

Aldasoro, Thais

Avellón Calvo, Mónica

González-Serrano , Fernando

Jarast, Ricardo

Jiménez Pascual, Ana María

Martín Tarrasón, Sergio

Palacio-Espasa, Francisco

Panera, Consuelo

Ponce de León, Ema

Tapia, Xabier

**N.º 56**  
**2º semestre**

2013

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

---

# LAS INTERACCIONES TEMPRANAS PADRES-BEBÉ Y SU INFLUENCIA EN LA PSICOPATOLOGÍA\*

## THE INFLUENCE OF EARLY PARENTAL-BABY INTERACTIONS ON PSYCHOPATHOLOGY\*

Fernando González-Serrano \*\*, Thais Aldasoro\*\*\*, Consuelo Panera\*\*\*\*, Xabier Tapia\*\*\*\*\*

---

### RESUMEN

A partir del concepto de interacciones tempranas desde el punto de vista psicodinámico y en una triple dimensión (comportamental, afectiva y fantasmática), los autores plantean una visión comprensiva del desarrollo y de la organización del psiquismo y la personalidad, así como de la psicopatología en los primeros años del niño. Para ello recogen las nociones teóricas de la denominada escuela de Ginebra que, con una concepción epigenética y multifactorial, estudia la organización del vínculo o relación de apego a partir de la calidad de las funciones parentales y de las características temperamentales del bebé. Son los trastornos del apego los que pueden dar lugar a grados variables de trastorno del humor del bebé que pueden acompañarse de trastornos del desarrollo, y originar trastornos psicopatológicos diversos a lo largo de la infancia. Finalmente se esbozan algunas propuestas preventivas y asistenciales.

**Palabras clave:** interacciones tempranas padres-bebé; psicopatología del bebé; funciones parentales; apego.

### ABSTRACT

From the notion of early interactions, and a psychodynamic and a triple dimension point of view (behavioral, affective and imaginative) the authors propose a comprehensive vision about the development and organization of the mind and personality, as well as the psychopathology, during children's early years.

To accomplish this, they gather the School of Geneva's theoretical notions which study the attachment organization from the quality of parental roles and the baby's temperamental characteristics. The attachment disorders may lead to various degrees of mood disorders that could settle along with developmental disorders and originate various psychopathological disorders throughout childhood. Finally, some proposals for prevention and care are outlined.

**Key words:** parent-infant early interactions; baby psychopathology; parenthood; attachment.

---

\* Este artículo está desarrollado a partir de la ponencia presentada en las XXV Jornadas de la AEN, que bajo el título "Los Escenarios de la Salud Mental" se celebraron en Almagro los días 13, 14 y 15 de Junio de 2013.

\*\*Psiquiatra. Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Uribe. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

\*\*\* MIR Psiquiatría. Hospital de Cruces. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

\*\*\*\* Psicóloga clínica. Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Bilbao Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

\*\*\*\*\* Centro de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

\*\*\*\*\* Psicólogo clínico. Centro de Atención Temprana Altxa. Bilbao

## INTRODUCCIÓN

Al iniciar un tema tan apasionante como el de las interacciones tempranas, que está para nosotros unido inevitablemente al de los orígenes del psiquismo en el ser humano, nos viene la cita de García Márquez en su novela “El amor en los tiempos del cólera” que con su magia resume en pocas palabras la relación de una de las protagonistas y su hijo de tierna edad: “...aprendió a conocerlo, se conocieron, y descubrió con un grande alborozo que los hijos no se quieren por ser hijos sino por la amistad de la crianza”.

Queremos, de entrada, plantear nuestra comprensión acerca de que el psiquismo (la personalidad) se organiza en un contexto de relación entre el bebé y su cuidador. Es Bowlby (1989), a través del paradigma del apego, uno de los autores e investigadores que más ha divulgado esta concepción. Plantea que, cuando dicho vínculo se establece internamente en el psiquismo -como representación de una base segura- se han creado las condiciones de la salud mental del niño y el adulto en el futuro.

Podemos considerar que hay un consenso general entre investigadores y profesionales de la psicología y psicopatología del desarrollo en que los primeros tres años de vida constituyen un periodo crucial del desarrollo, incluso añadiríamos que ya en el 1º año se han jugado muchas cosas en el psiquismo (Alvarez, Beauquier-Maccotta y Golse, 2012; Guedeney, Rabouam y Moralès-Huet, 2001; Manzano, 2001; Mazet y Stoleru, 1990; Torrás de Bea, 2010).

Los que venimos del campo de la clínica y la asistencia pública encontramos ejemplos abundantes de lo anterior en nuestra actividad cotidiana. Citaremos 3 situaciones clínico-asistenciales que lo ilustran:

1. Los actualmente denominados Trastornos del Espectro Autista, que constituyen la psicopatología más grave cara al desarrollo y la calidad de vida del niño. Se hace patentes con claridad a partir del 2º año de vida pero sabemos que ya estaban presentes en forma de signos de riesgo desde antes (Jiménez Pascual, 2002; Maestro et al., 2001).

2. Otro grupo importante son los niños que presentan Trastornos graves de la personalidad (concepto nosográfico controvertido) y que son, en un gran porcentaje de casos, evolución de situaciones familiares y socioeconómicas de grandes dificultades y carencias (incluimos un número importante de niños adoptados, en familias de acogida o tutelados), mediatizadas por graves desajustes de las funciones paterna-materna o de clara psicopatología, lo que origina trastornos del apego.

En las investigaciones se encuentran hallazgos cada vez más evidentes de cómo estas situaciones que afectan al desarrollo temprano en forma de estrés relacional crónico tienen consecuencias importantes a nivel hormonal (corticoides y catecolaminas), de neurotransmisores, llegando a afectar a las sinapsis e incluso provocando una verdadera desaparición de neuronas en zonas cerebrales como hipocampo y sistema límbico. Estos daños neurológicos son en muchos casos irreversibles: no se pueden modificar por experiencias posteriores (Berger et al., 2010).

Ambos grupos de trastornos precisan de una gran cantidad de recursos tanto sanitarios como educativos y sociales a lo largo de la infancia y tienden a perdurar desde la infancia a la vida adulta (Knauer y Palacio-Espasa, 2010; Rutter, 2005)-

3. El tercero es el amplio grupo de niños con dificultades emocionales y comportamentales que no afectan de manera importante a su desarrollo y que, si nos tomamos el tiempo necesario para una anamnesis retrospectiva de la crianza temprana, podemos encontrar aspectos de las interacciones bloqueados y que se reflejan en los síntomas actuales.

Se habla de multideterminación de factores y de elementos aleatorios (lo imprevisto) que van a ir organizando el psiquismo y poco a poco la personalidad a través de la infancia y adolescencia.

Para terminar la introducción nos gustaría dar un doble argumento de porqué nos interesa el estudio de las interacciones tempranas. Por un lado, porque nos aportan un modelo comprensivo del desarrollo y la organización del psiquismo y la psicopatología (Manzano, 2005). En segundo lugar, y con un interés más práctico, porque permiten un campo de prevención e intervención temprana del que sólo esbozaremos unos puntos al final (crianza saludable, terapias breves padres-hijo).

## LAS INTERACCIONES TEMPRANAS

D. Winnicott (2006), pediatra y psicoanalista, de gran influencia en la comprensión del desarrollo desde el punto de vista psicodinámico -tachado de poco científico pero de grandes capacidades intuitivas y de observación y complicidad con los niños que atendía, algunos muy pequeños, a través del juego y del dibujo- dejó frases aparentemente absurdas como cuando decía “Un bebé solo,...eso no existe, es esencialmente parte de un vínculo”. Y otra que resume su concepción del desarrollo: “El niño posee una tendencia innata al crecimiento y desarrollo pero necesita los cuidados maternos, un ambiente facilitador para ello. Será la madre suficiente

buena la que facilite la continuidad existencial”.

Resumiendo, el equipamiento biológico de base necesita la complementariedad de un entorno sensible y adaptado a la situación de dependencia del bebé para satisfacer “suficientemente” sus necesidades y responder a sus solicitudes.

Citaremos, muy resumidamente, dos modelos de estudio que tratan de conceptualizar este proceso con bastantes puntos comunes: el Apego (Fonagy, Gergely y Target, 2007; Marrone, 2001) y las Interacciones bebé-cuidadores (Lamour y Levovici, 1989; Mazet y Storelu, 1990).

El modelo del Apego ha sido tachado a menudo de comportamentalista al haberse ocupado de las conductas interactivas reales (observables) entre niño y cuidador. Con un punto de vista riguroso pero similar, las neurociencias también se han interesado cada vez más por la relación directa entre la maduración de las estructuras cerebrales y las competencias del bebé.

El modelo psicodinámico de las interacciones tempranas introduce el funcionamiento mental del bebé y del cuidador-madre como elemento crucial (Mahler, Pine y Bergman, 2000).

La definición de Interacciones podría ser el conjunto de fenómenos dinámicos que se desarrollan en el tiempo entre el bebé y su cuidador, habitualmente la madre que es la más estudiada (Lamour y Levovici, 1989). En este artículo utilizaremos este concepto en una dimensión cronológica amplia, incluyendo los 3 primeros años. La concepción ha ido cambiando en base a las investigaciones pasando de un primer momento en que se atribuía casi toda la influencia en la organización de la interacción a la madre, a otro en el que se atribuye un papel mucho más activo y protagonista al bebé a medida que se han ido descubriendo las competencias que pone en marcha desde el nacimiento e incluso antes. Al mismo tiempo, de una concepción lineal de la relación se ha pasado a una teoría transaccional en la que bebé y cuidador se influyen mutuamente en un proceso continuo de desarrollo y de cambio (Alvarez et al., 2012).

De un modo artificial se pueden diferenciar tres niveles o dimensiones de las interacciones, que en realidad se dan simultáneamente (Alvarez et al., 2012; Lamour, 1989):

- Dimensión comportamental: La manera en que el comportamiento del niño y de la madre se articulan el uno en relación al otro.
- Dimensión afectiva: La influencia recíproca de la vida emocional del bebé y la de la madre.
- Dimensión fantasmática: La influencia recíproca del curso de la vida psíquica de la madre y la

del bebé, incluyendo lo que está implícito en el nombre: el mundo de las fantasías o fantasmas inconscientes.

Hoy se puede afirmar, sobre la base de múltiples trabajos de observación e investigación, que el psiquismo del bebé se construye en estas interacciones que irán tomando la forma de verdaderas estructuras cognitivas y afectivas (Brazelton y Cramer, 1993; Stern, 1997). Algunos ejemplos nada más de este complejo proceso: las repeticiones y cambios, los ciclos de atención y repliegue del bebé están en el origen de las capacidades de memorización, de atención, de adopción de un rol activo. La armonización afectiva (Stern, 1997) y los fenómenos en espejo con el cuidador se encuentran en el origen de las bases del sí mismo y de la autoestima.

## LA CONCEPCIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA

A partir de este modo de comprensión del desarrollo normal y de la personalidad se pueden deducir también diversas alteraciones que se expresarán en la psicopatología.

En este punto vamos a ponernos en la concepción de autores de la escuela de Ginebra, desarrollada especialmente por Francisco Palacio Espasa en varias publicaciones y encuentros científicos (Palacio Espasa, 2006, 2007). Este autor se basa en el modelo psicodinámico comentado de instauración del vínculo o apego e incorpora la idea de las interacciones tempranas en su triple dimensión: comportamental, afectiva y fantasmática.

Esta concepción es coherente con el conocido concepto de Epigénesis procedente de las neurociencias que recoge la complejidad del desarrollo temprano para salir de la dualidad reduccionista entre biología y psicología. Estudia las influencias mutuas entre los procesos de maduración (neurológica incluida) y las variadas experiencias del individuo desde que nace (Ansermet y Magistretti, 2007).

Concretamente Palacio Espasa (2006, 2007) plantea que el desarrollo normal así como la psicopatología se organizan en la encrucijada entre:

1. La calidad de las funciones parentales y
2. Las características temperamentales del bebé

El autor se centra en el proceso de establecimiento de una relación. En otras palabras, en la calidad del vínculo o apego. Esta calidad supone que “los vínculos deben ser

sólidos y, al mismo tiempo, flexibles con las personas significativas (pero también con el mundo externo, continuidad con momentos de discontinuidad relacional) para posibilitar el objetivo último del desarrollo que es permitir la autonomía” (Palacio Espasa 2006), y no una mera repetición de experiencias de estar con el otro que rozan una concepción simbiótica del desarrollo.

El primer eje, referido a la calidad de las funciones parentales, nos remite a las tensiones psíquicas internas inherentes al ejercicio de dichas funciones. Incluye modalidades diversas de identificaciones y proyecciones (atribuciones o valoraciones de las necesidades del hijo más o menos influidas o alteradas por el psiquismo de los padres) que van a marcar de una manera más flexible o rígida las interacciones pudiendo llegar a generar problemas graves del apego.

De forma resumida se pueden agrupar en:

- Tensiones psíquicas de carácter neurótico: padres con personalidad sana o neurótica con proyecciones de carácter predominantemente libidinal en las relaciones con el hijo y en general con los otros.
- Tensiones psíquicas de carácter depresivo-masoquista: con una culpabilidad demasiado intensa en los padres en relación a sus propias experiencias infantiles. Un ejemplo son algunos trastornos afectivos (depresión) en los padres, o relaciones caracterizadas por el sometimiento a las demandas del bebé o, por el contrario, por la rigidez de las exigencias a éste.
- Tensiones psíquicas de carácter narcisista-disociado: las más problemáticas para el hijo ya que alteran la interacción con proyecciones muy negativas y persecutorias hacia el bebé, cargadas de agresividad y de aspectos de rechazo. Corresponden a personalidades muy inestables o claramente patológicas (Trastornos graves de personalidad, afectivos, esquizofrenia). Los modos de interacción derivados de este tipo de tensiones se producen desde muy temprano y si persisten largo tiempo originan graves problemas del apego que suelen acompañarse de trastornos del desarrollo (lenguaje, motricidad, cognición, simbolismo) y del comportamiento, así como funcionales y psicósomáticos en el bebé.

El segundo eje son las características propias del bebé, incluyendo la noción de temperamento y de competencias (el equipamiento neurobiológico de base de Ajuriaguerra)

que van a permitir al bebé influir en el entorno (cuando éste cumple de manera suficiente su función de referente social y emocional, que le acerque el mundo en pequeñas dosis) para convertirlo en base de seguridad.

Las buenas cualidades de este equipamiento de base (aquí adquieren todo su interés las nociones de vulnerabilidad y resiliencia en sentido amplio: genética, neurológica, sensorial, motriz) son cruciales en la construcción de los vínculos.

Determinadas combinaciones entre estos elementos (características del bebé y tipo de tensiones psíquicas de los padres) pueden generar diferentes tipos de trastornos del apego, frecuentes en la clínica, que adoptan básicamente dos formas o polaridades opuestas:

- Un apego insuficiente que se observa en bebés o niños pequeños que presentan vínculos débiles e inespecíficos, se van con cualquiera, no tienen reacciones de angustia ante los extraños, tienen una pseudo-autonomía precoz. El grado más severo lo vemos en los niños con síntomas del espectro autista.
- Un apego excesivo de tipo simbiótico que sirve para intentar compensar la inseguridad del apego subyacente. Va de los funcionamientos regresivos con gran ansiedad en situaciones de separación del cuidador-es habitual-es a verdaderas simbiosis con aspectos psicóticos.

En este modelo de comprensión (basado -no solo en anamnesis reconstructivas- sino, cada vez más, en la observación de bebés y díadas bebé cuidador-es en situaciones de riesgo) y según una dimensión de gravedad creciente, estos trastornos del apego (por defecto o por exceso) generan problemas del humor del bebé (desde apatía, limitación en la exploración, actividades, demandas y respuestas afectivas, hasta la evitación o el rechazo de la relación con las figuras de apego y el bloqueo en la expresión de los afectos en los casos más graves) así como diversos trastornos del desarrollo (psicomotricidad, cognición, lenguaje preverbal o verbal) que pueden llegar hasta los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD o TEA).

Es decir, Palacio Espasa (2006, 2007) plantea una correlación entre el grado de depresión del bebé (trastorno del humor) y la gravedad del trastorno del desarrollo, y más globalmente la aparición de un trastorno psicopatológico a lo largo de la infancia y la adolescencia. Con finalidad didáctica lo resume en tres grupos:

### 1. *Depresión crónica ligera del bebé*

Síntomas: apatía, escasez de las demandas y respuestas afectivas, limitación de la exploración y actividades con el mundo externo. A veces síntomas de excitación y turbulencia (hipomaniaco). Puede estar acompañado de pequeños retrasos fácilmente recuperables si se tratan los trastornos del vínculo. A nivel nosológico da lugar a Trastornos de la Regulación (Clasificación 0-3 años) y a lo largo de la infancia Trastornos mixtos de la expresión emocional (Clasificación 0-3<sup>2</sup> y CIE 10) y posteriormente Trastornos leves de la personalidad (Grupo C: evitativa. Clasificación DSM-IV-R).

### 2. *Depresión crónica grave*

Síntomas: la apatía se acompaña de desapego emocional, gran pobreza en las interacciones e inhibición en las actividades exploratorias. Los retrasos adquieren aspecto de disarmonías del desarrollo no psicóticas. A menudo la presentación clínica adquiere forma hipomaniaca (defensiva) en el bebé y el niño: excitación, problemas de comportamiento. A nivel nosográfico se incluyen en los Trastornos Multisistémicos del Desarrollo tipo C y a veces B (Clasificación 0-3) y la tendencia evolutiva es hacia los Trastornos de la Personalidad del grupo B (Clasificación DSM-IV-R) y Trastornos y Organizaciones Borderline.

### 3. *Depresión preautística*

Se ha observado en investigaciones sobre las situaciones de riesgo de evolución autística (en los primeros 18 meses) que el desapego depresivo se acompaña o evoluciona en los bebés hacia la evitación y el rechazo de la relación con las figuras de apego y un bloqueo masivo de la expresión de los afectos. Se acompaña de trastornos graves del desarrollo con o sin rasgos de autismo. Se incluyen en los Trastornos Multisistémicos del Desarrollo tipo B y A (Clasificación 0-3) y posteriormente Trastornos Generalizados del Desarrollo (TEA o Psicosis infantil) y tendencia a evolucionar a Trastornos de Personalidad del grupo A (Organización psicótica de personalidad, esquizoide o esquizotípica. Clasificación DSM-IV-R).

Dos breves situaciones clínicas para ilustrar esta relación entre psicopatología e interacciones tempranas.

- La primera es la que podemos constatar en la mayoría de niños y adolescentes (con trastornos importantes del desarrollo y la personalidad) atendidos en dispositivos asistenciales de tipo centro de día terapéutico educativo (en nuestro caso se trata del CTE Supracomarcial de Bizkaia en el que dos de los autores participan en tareas clínicas y de supervisión). La relación terapéutica continuada a diario con los niños y con sus familias, lleva a recordar y reconstruir experiencias interactivas tempranas muy cargadas de discontinuidad cuando no de claro abandono tanto del niño como de los padres en su propia infancia. Relatan situaciones de soledad también en el presente, encontrándose a menudo rupturas de la alianza parental frente a los cuidados y la relación con el hijo (desestructuración familiar) a veces ya desde el nacimiento o antes. Asistimos a la violencia que sobrevuela de diversas maneras sus vidas como una especie de destino inmodificable, generación tras generación. Los padres “justifican” en el presente la violencia actual o durante los primeros años, atribuyendo de forma sorprendentemente precoz a sus propios bebés intenciones malsanas que “obligaban” a actuaciones correctoras y previsoras de futuros riesgos de violencia incontrolable: “es que era malo-malo de verdad”, “ya se le veía venir, lo hacía solo para fastidiarte”, “no se le ocurría nada bueno”, “era o tú o él”... Se van tejiendo así espirales interactivas que desembocan en una narración que lejos de reflejar una evolución más apaciguada, evidencia un presente muy difícil, caracterizado por un amasijo de proyecciones persecutorias mutuas difíciles de desenredar sin una intervención externa de una mínima intensidad.
- Otro tipo de situaciones -en general más favorables

<sup>2</sup> “Clasificación Diagnóstica (de 0- 3) de la salud mental y desórdenes en el desarrollo de la infancia y niñez temprana”. Ed. Paidós 1999.

evolutivamente- son los problemas emocionales en niños muy pequeños con angustias de separación intensas en los periodos de incorporación a la escuela infantil y que, en no pocas ocasiones, se prolongan a lo largo de meses. Estamos asistiendo a consultas de niños de 3 años (incluso menos) por dificultades de adaptación con desorganización conductual que acaban siendo englobados en la sospecha o primeros signos de déficit de atención o hiperactividad (¡con 3 años!). Es el caso de Juan que, con 3 años recién cumplidos es enviado a consulta por sugerencia del centro escolar (es el 1º año en dicho centro tras haber estado el curso anterior en otro) “porque no sabe estar sentado”, a menudo está solo, aunque es querido por sus compañeros, y apenas responde a la maestra –persona con muchos años de experiencia que se pregunta con ansiedad qué hacer con el niño sabiendo que tiene que atender a otros 24 niños de la misma edad. Juan es un niño vivo, con buen nivel de lenguaje y comunicativo, especialmente con los padres a los que viene a enseñar muy alegre y excitado los juguetes que descubre en la caja que le hemos dejado. Ciertamente tiene una intensa reacción de angustia con llanto cuando en la segunda consulta probamos a que salga la madre. Algunos datos de su corta biografía: 2º hijo con una hermana 3 años mayor, que nació con gran prematuridad sufriendo, durante su hospitalización, una hemorragia intraventricular sin secuelas importantes pero que requirió -y aun hoy requiere- una gran dedicación especialmente de la madre, además de recibir recursos de atención temprana. Juan nació tras un aborto previo y durante su embarazo la madre tuvo pérdidas. No pudo darle pecho por heridas en el pezón y lo define como muy ansioso y glotón. Siempre con dificultades en el sueño que se intensificaron claramente a la vuelta de la madre al trabajo, a los 4 meses de vida. A causa de esto, hacia los 2 años el pediatra le puso medicación psicotrópica que solo tomó unas pocas semanas con mejoría sintomática. Desde que empezó a andar con 10 meses, refieren que era inquieto e impulsivo y no veía el peligro. Tuvo una cuidadora en casa con la que parece hizo un buen vínculo y a los 2 años recién cumplidos entró en el primer centro escolar, por cercanía a su domicilio, donde ya les comentaron el exceso de inquietud motriz. Juan ha dejado -sin evidenciar a ojos del entorno ninguna dificultad- el pañal de noche y el chupete

-del que era un adicto, según la madre- el verano anterior a entrar en el centro de educación infantil actual. Tampoco ha llorado ni un solo día (como suele ser lo habitual) en las primeras semanas de adaptación a este centro. A nivel familiar decir que, unos meses antes de la consulta, el padre se ha visto obligado a aceptar un traslado laboral a otra ciudad. Como se puede ver todo un cúmulo de sucesos vitales -no banales- para un niño en sus primeros 3 años que no deberían impedir que cumpla su cometido adaptativo en el colegio como el resto de compañeros. Como, además de todo ello, desde que el padre está fuera entre semana, le ha dado por tener pesadillas y sólo se calma en la cama de su madre, el pediatra les ha recomendado otra vez algo de medicación y el consejo de que acudan a un neuropediatra ya que hay signos de que va a ser un niño con TDAH. Encontramos un niño con dificultades en sus primeros 3 años de vida, expresión de una vulnerabilidad, llamémosle temperamental, pero inmerso en una familia que ha vivido y vive situaciones de estrés psicosocial que tienen sus efectos sobre sus funciones parentales, evidentemente dificultándolas, y sobre las interacciones que Juan ha experimentado desde el nacimiento y antes. A todo ello se han añadido los cambios en el entorno extrafamiliar, que no han sido banales en este niño. En la actualidad Juan lleva 2 meses acudiendo encantado una vez por semana -y sin mostrar especiales signos de ansiedad cuando su madre le deja- a una terapia psicomotriz con otros 2 niños y los padres acuden también a consultas. A pesar de los contactos con los dispositivos escolares a ese nivel no se ha podido cambiar nada de su situación, es decir, no se han logrado apoyos complementarios para la tutora.

## REFLEXIONES Y PROPUESTAS FINALES

La concepción descrita de la aparición de problemas en la organización de la personalidad desde muy temprano, ya en el bebé, nos permite y exige la evaluación de las situaciones de riesgo, incluyendo el eje interactivo o del apego.

Estas situaciones, que resultan a menudo decisivas en la aparición de los diferentes trastornos graves de la relación y del desarrollo, se prestan para una intervención precoz en el ejercicio de las funciones parentales y en

las interacciones, favoreciendo evoluciones positivas e incluso muy favorables a veces. Pero es preciso insistir en la precocidad e intensidad de las intervenciones para evitar la fijación de funcionamientos patógenos psíquicos y neurofisiológicos.

Queremos apuntar 3 áreas de reflexión vinculadas con la actividad asistencial.

1. La primera se podría incluir en el campo amplio de la prevención y promoción de la salud mental. Está relacionada con la atención a los modos de crianza y los cambios que están dándose en algunas sociedades desarrolladas (la tendencia generalizada al recurso a medios de cuidado extrafamiliar de los bebés). Se denomina atención a la crianza saludable. Se basa en una comprensión adaptada a las necesidades del bebé en los 3 primeros años y sus cuidados. Tiene en cuenta los conocimientos actuales del apego, de la psicología del desarrollo y de las neurociencias. Plantea intervenciones de sensibilización con pediatría y atención primaria (y también con servicios sociales), incidiendo en los momentos más adecuados para la inclusión del bebé en la escuela infantil, las condiciones deseables de estos contextos (flexibilidad y respeto de los ritmos biológicos del bebé, número de niños por cuidador,...) y las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral (Lazartigues, Planche, Saint-André y Morales, 2007; González-Serrano y Tapia, 2009; Torras de Bea, 2010; Casado y Sanz, 2012).
2. La segunda área, referida a la detección, atención precoz y prevención de la cronicidad, es la de los programas de atención a los trastornos graves del desarrollo. En nuestro contexto asistencial (Red de Salud Mental de Bizkaia, País Vasco) se atienden fundamentalmente a niños que presentan trastornos del espectro autista (antes TGD o psicosis infantiles) y disarmonías evolutivas graves, en coordinación y colaboración con asociaciones de padres y con dispositivos privados subvencionados (Servicios de atención temprana).
3. La tercera tiene también un perfil asistencial y es el abordaje denominado “psicoterapia breve padres-hijo” o “psicoterapias focales”, aplicable a un número relativamente importante de niños pequeños y escolares con problemas somatofuncionales y emocionales de poca o moderada gravedad. Estas intervenciones teorizadas y preconizadas por diversos autores

(Cramer, Robert-Tissot y Rusconi, 2002; Levobici, 1988; Liberman, 1991; Manzano, Palacio Espasa y Zilkha, 2002; Muratori y Palacio Espasa, 2008; Nanzer et al., 2012; Sala Morell et al., 2013) son asumibles, con una adecuada formación, en la asistencia pública y posibilitan evoluciones favorables duraderas o sirven para poner en marcha abordajes psicoterapéuticos posteriores si son necesarios.

Queremos finalizar con una cita de J. Manzano (2001): *“Felizmente padres y madres no tienen en general necesidad de conocer muchos detalles de la relación y la competencia del niño. Son capaces espontáneamente de ajustarse y participar. Sin embargo se trata de un proceso frágil y delicado y los trastornos pueden surgir. Es en estas situaciones cuando debemos pensar e impulsar medidas preventivas”*.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, L., Beauquier-Maccotta, B. y Golse, B. (2012). *Approche Chinique du bébé en pédopsychiatrie. Encyclopédie médico-Chirurgicale Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-200-D-20.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004). *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*. Paris : Odile Jacob. Versión castellana (2007): *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Madrid: Katz.
- Berger, M., Castellani, C., Ninoreille, K., Basset, T., Frere-Meusnier, D. y Rigaud, C. (2010). *Stress dus aux traumatismos relationnels précoces: conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. Neuropsychiatrie de l’Enfance et l’Adolescence*, 58, 282-292.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge. Versión castellana (1989): *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Brazelton, TB. y Cramer, B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Casado, D. y Sanz, MJ. (2012). *Seminario de intervenciones y políticas sociales. Crianza saludable: Fundamentos y propuestas prácticas*. Madrid: Polibea.
- Cramer, B., Robert-Tissot, C. y Rusconi, S. (2002). *Du bébé au préadolescent. Un étude longitudinal*.



- París: Odile Jacob.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3/4), 288-328.
- González-Serrano, F. y Tapia, X. (2009). Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 48, 177-186.
- Guedeney, A., Rabouam, C. y Moralès-Huet, M. (2001). Développement précoce. *Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie/Pédopsychiatrie* (Ed española) 37-200-B-05, 8 p.
- Jiménez Pascual, A.M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (82), 115-126.
- Knauer, D. y Palacio Espasa, F. (2010). La destinée des bébés peut-elle changer? Paris: PUF.
- Lamour, M. y Lebovici, S. (1989). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Encyclopédie Médico Chirurgicale Psychiatrie* 37-190-B-60, 22 p.
- Lazartigues, A., Planche, P., Saint-André, S. y Morales, H. (2007). Nouvelles sociétés, nouvelles familles: nouvelle personnalité de base? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. *Encephale*, 33(1), 293-299.
- Lebovici, S. (1988). Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle. En B. Cramer (Dir.), *Psychiatrie du Bébé*. Nouvelles frontieres. París: Eshel (pp 321-336).
- Lieberman, AF., Weston, DR. y Pawl, JH. (1991). Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Development*, 62, 199-209.
- Maestro, S., Muratori, F., Barbieri, F., Casella, C., Cattaneo, V., Cavallaro, M., Cesari, C., Milone, A., Rizzo, L., Viglione, V., Stern, D. y Palacio-Espasa, F. (2001). Early Behavioral development in autistic children: the first 2 years of life through home movies. *Psychopathology*, 34, 147-152.
- Mahler, M., Pine, F. y Bergman, A. (2000). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- Manzano, J. (2001). Las interacciones precoces padres-hijos: una nueva frontera. En J. Manzano (Ed.), *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). Los escenarios narcisistas de la parentalidad. *Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.
- Manzano, J. (2005). La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 39-40, 107-116.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Mazet, P. y Stoleru, S. (1990). *Psicopatología de la primera infancia*. Barcelona: Masson.
- Muratori, F. y Palacio Espasa, F. (2008). *Manuel de psychothérapie brève des troubles émotionnels de l'enfant*. Paris: PUF.
- Nanzer, N. (coord.), Knauer, D., Palacio-Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. Le Scouëzec, I. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris: PUF.
- Palacio Espasa, F. (2006). Evaluación clínica del bebé. *Psicopatología y Salud Mental*, 8, 11-18.
- Palacio Espasa, F. (2007). Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso el bebé. *Psicopatología y Salud Mental*, 10, 21-31.
- Rutter, M. (2005). Environmentally mediated risk for psychopathology: research strategies and findings. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 13-18.
- Sala Morell, J. (ed.), Chanco, A., Ger, E., Miquel, C., Montserrat, A., Noguera, R., Rios, C. y Sanchez, C. (2013). *Psicoterapia focal de niños*. Barcelona: Octaedro.
- Stern, DN. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Torras de Bea, E. (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: sus indicativos en relación a la crianza. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 153-171.
- Winnicott, DW. (2006). *Obras escogidas*. Barcelona: RBA-Colección de Psicoanálisis.