# Universidad de la República

# Facultad de Psicología

**Trabajo Final de Grado.**

**Monografía.**

# INTERVENCIONES CLÍNICAS EN LA TEMPRANA INFANCIA.

Kathereen Mespolet

4. 589 916 – 9.

*Tutora:* Verónica Cambón.

*30 de Octubre, 2016.*

*Montevideo – Uruguay.*

# Índice

**Resumen…….....p.3.**

**Introducción……p.4.**

**Función materna……p.5.**

**Función Paterna…….....p.15.**

**El bebé…….....p.18.**

**Juego……...p.24.**

**Apego……..p.25.**

**Intervenciones clínicas……p.31.**

**Conclusiones…….p.43.**

**Bibliografía…….p.45.**

## Resumen

La presente monografía enmarcada en el Trabajo Final de Grado de la Facultad de Psicología, pretende sistematizar algunas de las modalidades que pueden tomar las Intervenciones Clínicas en la Temprana Infancia.

Se realiza un breve recorrido por las distintas concepciones y teorías que se han ido desarrollando sobre lo que se ha denominado función materna y paterna; y el establecimiento del vínculo con el bebé.

Se delimita el desarrollo del bebé de los 0 a 12 meses, describiendo algunos de los principales acontecimientos que se perciben en estos meses.

A partir de la descripción de cada una de estas funciones (madre, padre, bebé) y de la reflexión acerca de la importancia de un apego seguro para el establecimiento del vínculo madre-bebé y padre-bebé saludable, se expone la intervención clínica. Tomando diferentes aportes desde distintas teorías de intervención, con sus encuadres y objetivos particulares; incorporando lo más actual que se ha implementado en nuestro contexto social.

Las intervenciones desarrolladas, se focalizan principalmente en el encuentro de los padres con su bebé, en la estimulación de la sensibilidad parental, en potenciar una comunicación saludable que fortalezca la capacidad de representación de los padres, sobre ellos mismos y su bebé; intentando promover una mayor comprensión y visualización de las características y necesidades de su bebé.

Observando no solo la importancia de cada uno de los integrantes de la díada y/o tríada familiar como parte de la intervención sino también, haciendo hincapié en el quehacer del profesional que lleva adelante dicha intervención.

Se pretende con este trabajo generar conocimiento de los cambios en las concepciones que se han ido elaborando sobre cada uno de los integrantes de la tríada y sobre la intervención clínica en la actualidad; impulsando la constante actualización de conocimientos y desarrollo de investigaciones sobre estos temas.

**Palabras claves:** Intervención Clínica – Interacción madre-bebé; padre-bebé – Apego.

## Introducción

Para realización de este trabajo se tomaron diferentes autores con sus respectivas teorías (teorías que fueron cambiando a lo largo de los años) sobre la función materna y paterna y su implicancia en el desarrollo del niño; sobre el crecimiento del bebé hasta su primer año; y la intervención propiamente dicha del trabajo clínico en la interacción madre-padre-bebé. Nos encontramos con algunos autores que dejan por fuera o excluyen al padre sobre todo en los primeros años de vida del bebé, pero se lo intentará incorporar en el desarrollo de este trabajo.

El tema a abordar es tan amplio y con tantas vertientes que nos vimos obligados a agregar subtemas brevemente desarrollados que no podían faltar, como por ejemplo la lactancia como forma de comunicación entre la madre y el bebé; la conducta del apego y con esta la sensibilidad materna; y el juego, como parte del vínculo entre el bebé y sus padres, y por su rol fundamental en el desarrollo del bebé.

Entender la intervención temprana en la interacción madre - padre – bebé, exige conocer la función que cada uno cumple en sí mismo y en la vida del otro. Y es necesario saber cuan implicados están para el desarrollo del bebé. Es el bebé quien se convierte en síntoma, siendola alarma que se enciende, cuando surgen obstáculos que dificultan las interacciones.

## Función Materna

Si bien algunos autores prefieren hablar de progenitor, o cuidador sin hacer connotaciones madre – padre o algún familiar específico, otros ligan de forma inherente a la mujer, la función materna. No toda mujer desea o cumple dicha función, algunas de ellas encuentran dificultades al hacerlo, mientras que otras disfrutan plenamente poder cumplir con dicha función.

Dentro de esta temática podemos encontrar un sinfín de autores que la abordan y cuestionan desde diversos puntos de vista y planteando diferentes concepciones. Nosotros nos vamos a centrar en autores y conceptos, que creemos fundamentales para este trabajo.

Freire de Garbarino(1992) en su libro Interacción temprana, se pregunta ¿de dónde surge la representación materna?, y nos dirá, que es una construcción de la mujer de experiencias infantiles tanto las reales como las fantaseadas con su propia madre y con otras mujeres o madres de su entorno.

La categoría madre, "sería un "lugar" aparte del hecho biológico de ser madre, y que utiliza la cultura a lo largo de las generaciones para contener a la mujer en su función materna". (Freire de Garbarino, 1992: 46)

Esta autora nos habla de la crisis de la maternidad, la cual cumple un rol fundamental en la categoría de madre, definiéndola como "un alto en el camino de la vida de una mujer donde se manifiestan desequilibrios súbitos, agudos temporarios, ante un suceso que lo desencadena: el parto". (Freire de Garbarino, 1992: 50)

> Hay una respuesta rica en expresiones tanto orgánicas como psíquicas. Se producen cambios hormonales altamente significativos, cambios en el esquema corporal: su cuerpo que habitado por otro ser, queda trasformado por la experiencia real de contener otro cuerpo, del cual el parto le separa solo desde el punto de vista físico.
>
> Se producen también cambios en las representaciones de sí y un aflojamiento de los mecanismos defensivos habituales que favorecen el surgimiento de los síntomas, fantasías y angustias. Movimientos psicológicos que unas veces (determinada por sus recursos de salud y patología) la madre vive y procesa en ella y otras deposita en su bebé. (Freire de Garbarino, 1992: 51)

Para Winnicott, (citado por Freire de Garbarino, 1992) la maternidad es una crisis esencialmente narcisista, se produce un corte con la vida que seencontrabadesarrollando. Hay un desinterés por el mundo en que vivía y un desapego hacia sus objetos, para entregarse casi totalmente a su bebé. Además, la

capacidad de recibir los mensajes de su bebé y semantizarlos, permite pensar que es un momento de resignificaciones, resignificaciones de su mundo interno.

Esta crisis vital y evolutiva según Alicia Oiberman (2008), reactiva conflictos del pasado (historia personal, estructura de su personalidad e identidad) y potencia las problemáticas presentes (situación personal, familiar y social), sobre todo las relacionadas con los vínculos con los otros; influenciando también en esta crisis las características del propio bebé, su temperamento, su lugar en la trama familiar, y la imagen de la madre y su entorno respecto del bebé.

Oiberman (2008), (siguiendo a Racamier, 1984) plantea que el "amor maternal" no es: "un sentimiento puro e ideal, ni tampoco simple, sin conflictos", como se piensa en el imaginario social. Sino que más bien podríamos definirlo como "un sentimiento ambivalente, complejo y ambiguo, donde se mezclan estrechamente el amor y la agresividad, el investimento y el reconocimiento del otro y la confusión con él" (Oiberman, 2008: 52). La ambivalencia del sentimiento maternal, se puede observar en los primeros meses del bebé cuando la madre se siente abrumada, requerida constantemente por su bebé, impidiendo el ejercicio de su vida habitual, social y sexual. Sin embargo, por más que esto genere una corriente agresiva en la madre y se lo perciba como algo evidente, es un sentimiento natural y sobre todo, no debe exaltarnos porque no son en general los más fuertes. Son sentimientos naturales y normales, necesarios tanto para la madre como para el bebé.

Oiberman (2008) enumera algunas de las razones propuestas por Winnicott (1947) por las que la madre podría vivenciar este sentimiento ambivalente, por ejemplo el hecho de que su bebé no corresponda con la concepción mental que ella tenía, porque representa un peligro para su cuerpo durante el embarazo y el parto, entre otras.

Con respecto a la ambigüedad, podemos decir que se lo considera como tal porque el bebé es "vivido por su madre como diferente y propio a la vez". (Oiberman, 2008: 52)

Esta autora plantea que "la madre no sostiene en sus brazos a un solo niño, sino al menos tres:

-El primero es el bebé, imaginado durante su embarazo, producto de sus ensueños.

-El segundo es el hijo de sus fantasías, el que la remonta a su propia infancia, y el producto de sus deseos inconscientes.

-El tercero es el hijo producto de la interacción, el bebé real"

(Oiberman 2008: 70)

Marina Altmann de Litvan(2015) nos habla sobre "la constelación de la maternidad" siguiendo los planteos de Stern (1985) quien la define como "organización

psíquica en la que la madre ingresa con el nacimiento del bebé, especialmente con el primer hijo" (Altmann de Litvan, 2015: 30) Y describe tres preocupaciones y discursos que surgen interna y externamente en la madre: - el discurso de la madre con su propia madre, sobre todo con su madre como madre en su infancia; - el discurso consigo misma, siendo ella madre; - su discurso con el bebé. Esta organización psíquica se vuelve fundamental para la madre, ya que reordena sus intereses como madre, con su madre, con otras mujeres madres y hombres padres, construyendo su propia identidad.

A su vez, describe varios cuestionamientos culturales críticos sobre la maternidad, se cuestiona la capacidad de la madre de mantener la vida y el desarrollo del bebé, el desarrollo socioemocional de la madre para con su bebé (posibilidad de establecer una buena comunicación y decodificación de las señales del bebé, de establecer un buen vínculo de apego, seguridad y afecto), entre otras.

> Sociedad y bebé demandan de la madre algo para lo que ella no se encuentra preparada, aquí las figuras maternas relevantes de la vida de la madre cobran vital importancia, proporcionando los aspectos psicológicos y educativos de la matriz de apoyo. (Altmann de Litvan, 2015: 31)

Daniel Stern sostiene que las mujeres se convierten en madres progresivamente, por etapas, comenzando el proceso durante el embarazo, dándose de manera más completa tras el nacimiento y realizarse plenamente tras los primeros meses de cuidado, cuando ya la mujer se da cuenta de que se percibe como madre. (Del Castillo 2013: s/n)

Consideramos pertinente hacer mención del postulado de Estructura Interaccional Temprana (EIT) de Freire de Garbarino (1995), para este apartado y para el posterior desarrollo de la intervención clínica.

La estructura interaccional temprana "es la base o modelo primario de todo vínculo humano", es inherente a la categoría madre, es la capacidad que tiene ésta de mentalizar, decodificar y semantizar las demandas – acciones del bebé. (Freire de Garbarino, 1995: 41)

Para esta autora la interacción temprana no es simplemente la relación madre-bebé en los primeros años del desarrollo del bebé, es una estructura vincular que puede llegar a definir parte de la estructura psíquica del bebé.

La EIT está compuesta por tres elementos: Imagen interna que la madre tiene de su bebé, necesario para que se habilite el espacio psíquico en la madre para crear el psiquismo del bebé.

Encuentro de ritmos y sincroníasen la interacción madre-bebé, que siendo un encuentro positivo favorecen el desarrollo del bebé. Se entiende por ritmo la actividad desarrollada tanto por parte del bebé como de su madre, que incluye un estado afectivo subyacente; y por sincronías la coincidencia temporal de los ritmos de la actividad de la díada.
Semantización y decodificación, el accionar de la madre en respuesta a las señales emitidas por su bebé.

> El estrecho vínculo que une a la madre con el niño permite que ambos conozcan el ritmo, tiempo y secuencia de los movimientos del otro. Hay un elemento organizador, en el comportamiento de ambos, con sus expectativas. Por un lado cada uno señala sus expectativas y, por otro, responde a las expectativas del otro. Cuando esto falla, surge la insatisfacción. (Bernardi; Díaz Rossello&Schkolnik, 1982: s/n)

Si bien se plantea que, la acción de la madre como la del bebé se produce simultáneamente; se pone en cuestión cuál de los dos inicia la "danza de las sincronías", si es él bebé que lleva a la madre a ese balanceo o es la madre quien incita al bebé. Es tanta la simbiosis, la fusión entre madre-hijo, que esta autora nos dirá que el espacio que existe entre estos, es casi un espacio virtual.

> Es difícil deducir a partir de la observación de estas experiencias como desde el "vamos" de la madre se introduce en un mundo más allá o más acá de lo cronológico y cotidiano para compartir con su bebé algo diferente. Lo que parece difícil es detectar quien arrastra a quien. (Freire de Garbarino, 1995: 40)

Más adelante dirá que, las representaciones que tenga la madre de su bebé dependerán de su propia historia personal y de la interacción que tenga con su hijo.
Serán de mayor importancia las representaciones que se formen a partir del nacimiento del bebé, ya que son las que establecen el tipo de vínculo que tendrán.

Es importante destacar la habilitación que se le da al bebé de hacerse sentir para influir y generar "su imagen" dentro de su madre, modificando las representaciones que ésta va creando.Se puede llegar a conocer estas representaciones a través del significado que le da la madre a las acciones de su hijo; "*cómo* la madre semantiza y decodifica y *cómo* desarrolla su actividad rítmica" (Freire de Garbarino, 1993: 20)nos permite conocer las representaciones internas del hijo.

> Las sincronías nos hacen pensar que durante los primeros meses de vida del niño, madre e hijo buscan hacer coincidir sus ritmos mediante miradas, vocalizaciones y movimientos. De

> este modo alcanzan una situación de acoplamiento que es placentera para ambos. Las sincronías constituyen modelos de vínculo objetal narcisista, vinculados a identificación primaria, que juegan un importante papel en la estructuración de las representaciones de sí.(Altmann de Litvan, 2001: s/n)

Freire de Garbarino(1995) plantea tres posibles orígenes de representaciones patológicas:

-Dificultad para identificarse como madre.

- Relacionar a su hijo con alguien muy influyente de su propia historia.

- Por falta de decodificación y encuentro de ritmos en relación a vivencias traumáticas en el embarazo y/o parto, o ansiedad y depresión, producto de la crisis narcisista.

Más adelante en su libro, esta autora va a diferenciar dos factores esenciales para una saludable interacción madre-bebé: los encuentros y los tiempos de reacción; y la imagen interna que la madre tiene de su bebé (desarrollada anteriormente).

A partir de las observaciones se pudieron identificar tres tipos de encuentros madre-bebé. El *desencuentro*, que implica la ausencia de afecto o interés sobre las necesidades y deseos del niño. El *encuentro trófico*, en el cual se observa una interacción esperable, permitiendo la unión y el intercambio entre ambos "en tiempo y forma", es decir, siguiendo los ritmos e intensidades de respuesta a las señales emitidas por el bebé. Esta sintonía favorece el desarrollo del bebé, "se prevalece la investidura libidinal, y donde se dan las sincronías, base para la identificación primaria y la constitución en un futuro de un Yo autónomo". (Freire de Garbarino, 1992: 67). Y el tercero, el *encuentro agresivo*, agresión mutua que se da por el desencuentro entre los ritmos de cada uno, no pudiendo conectarse, entenderse ni amoldarse el uno con el otro. No respetando los tiempos ni intensidad de respuesta, imponiendo o ignorando el rimo del bebé.

Además de los factores psicológicos maternos y de los factores sociales, las características del bebé también influyen en el comportamiento materno. Sus características comportamentales innatas (su temperamento) inciden en la interacción social. Las diferencias individuales afectan la manera en que ellos responden al comportamiento de sus padres.

A lo largo de los años, a partir de las inquietudes por conocer al bebé desde su nacimiento, su desarrollo y evolución psíquica, física y social, se han ido revelando diferentes teorías, sobre todo con respecto a la función que debería cumplir la madre.Desde el psicoanálisis diversos autores se han dedicado a observar el vínculo madre-bebé para llegar a elaborar los conceptos que aludiremos a continuación. Con la intensión de conocer algunos de estos postulados, se realizará un breve recorrido de las ideas centrales.

Como inicio tomamos lo expuesto por **S. Freud (1895/1982)**, quien describe a la madre como objeto de las pulsiones de autoconservación, única fuente de nutrición, objeto de pulsiones sexuales, estimuladora de libido y con gran influencia en la estructuración del psiquismo del bebé. Colocando al bebé en una situación de total desamparo e indefensión, sin otro que satisfaga sus necesidades.

Más tarde **M. Klein (1952)**, descubre la capacidad del niño de reconocer y relacionarse con otro distinto a él. Describe el mundo interno del bebé, diferenciando malo y bueno, desde sus sensaciones corporales. Por ejemplo, identifica la distinción entre el pecho bueno y el pecho malo de la madre. Haciendo hincapié en las identificaciones proyectivas de la madre hacia el bebé. El aprender, saber y conocer (del bebé con su mamá) se inscribe en el contexto de la hostilidad y el duelo, la envidia y la reparación (Altmann de Litvan, 2015).

**R. Spitz (1965),** paraLebovici (1988) estudió los efectos causados en el bebé por la separación de su madre. Sus postulados platean que el desarrollo del sistema psíquico del bebé está íntimamente ligado a la relación madre-bebé. El bebé pasa de una indiferenciación al desarrollo de una relación diferenciada con un objeto interno estable, que sería la madre. Esto se da a partir de tres etapas: la primera sonrisa (identificación de la presencia materna), la fobia al rostro del extraño (demuestra que el niño percibe la presencia o ausencia de la madre) y la tercera, el “no” (capacidad del niño de comprender las prohibiciones maternas).

Por otro lado, **W. Bion (1966)**introduce el concepto de “rêverie”, para referirse a la función materna, ésta implica la contención de sentimientos, emociones y ansiedades del bebé, es decir, la madre debe pensar en cómo piensa el niño, para así ayudarlo a pensar sobre sí mismo, organizando a partir de su “rêverie”, toda la mezcla de sentimientos incomprensibles del bebé.

> “Bion describe la “función alfa”, que si bien es la forma del buen diálogo con el otro, sin embargo la ubica como absolutamente necesaria en la madre con el recién nacido como

> punto de partida para el buen desarrollo del ser humano. El bebé proyecta en su madre estados, sensaciones, que la madre recoge y metaboliza para devolvérselo y así establecer el vínculo con el ambiente, en tanto al devolverle su mensaje, incluye las cosas del ambiente"(Freire de Garbarino, 1992: 27)

Freire de Garbarino (1992) aclara: "nosotros pensamos que el niño no proyecta, sino que es la madre que por su estado especial y por el especial vínculo que establece con su bebé, es la que recoge los signos que el bebé realiza" (Freire de Garbarino 1992: 27).

Díaz Rossello, et al. (1993), describen brevemente el planteo de Bion (1985) del modelo continente-contenido, afirmando que:

> La principal capacidad materna consiste en poder "contener" dentro suyo, la angustia del bebé. (…). La madre: funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo de estar muriendo en tranquilidad (Grinberg, 1973).(DiazRossello et al., 1993: 105-106)

**M. Mahler (1975)**estudió el proceso de individuación- separación a través de la comparación del desarrollo de los niños "normales" con el desarrollo de los niños psicóticos; a través de esta comparación plantea que existen dos psicosis, una autista y otra simbiótica, relacionándolas con la teoría de la representación de sí y del objeto. En la psicosis autista el niño no percibe a su madre en el mundo exterior, no la reconoce, no pudiendo diferenciar la representación de sí mismo, de la representación de objeto (madre). Mientras que en la psicosis simbiótica se da entre el niño y su madre una unidad diádica, produciéndose una "armonía rítmica de interacción", permitiendo la representación de sí mismo y del objeto diferenciada, pero no independientes. (Lebovici, 1988).

Como uno de los principales autores sobre el vínculo madre-hijo encontramos a**D.Winnicott (1960)**quien sostiene que el bebé como entidad no existe, "no hay tal cosa como un bebé", lo que existe es una unidad dual madre-bebé, el bebé se construye en el vínculo con su madre, hay una dependencia absoluta. (Altmann de Litvan, 2015).

En breve síntesis, postula que el bebé es parte de una relación, que necesita de una "madre suficientemente buena" para su desarrollo. En la primera fase se da la unidad madre-bebé, con dependencia absoluta, atravesando simultáneamente la denominada "preocupación maternal primaria"; luego la madre proporciona y habilita un medio ambiente facilitador, que permite el desarrollo saludable del bebé.

Winnicott, en palabras de Bonavita, Cerutti, &Defey (1995):

> Observó el estado que presentan las madres desde el mes anterior al parto hasta los dos meses luego del mismo, señalando que éstas se encuentran en un periodo hipersensible. "Las madres adquieren una capacidad especial para ponerse en el lugar del bebé, para casi "perderse" en una identificación de manera tal que saben (al menos de forma genérica) lo que él necesita en un momento determinado. Al mismo tiempo sigue siendo ellas mismas, y son conscientes de su necesidad de protección mientras se encuentran en un estado que las hace vulnerables. Asumen la vulnerabilidad del bebé.
>
> Este estado de sensibilidad materna previa y posterior al parto es lo que Winnicott denomina "preocupación maternal primaria". Sería un estado que se va adquiriendo gradualmente en las madres sanas, que son las que pueden luego de haber transcurrido éste periodo, "salir" de él. La preocupación materna primaria permite no solo detectar como se siente su hijo y cuáles son sus necesidades y satisfacerlas, sino también encontrar satisfacción en este quehacer. (Bonavitaet al., 1995: 30)

La preocupación maternal primaria va acompañada de la identificación primaria, todo se va dando de forma natural y gradual entre la madre y el bebé. Esta identificación le permitirá al bebé confirmar su propia individualidad e identidad, ya que para éste, al principio la madre forma parte de él, a partir de la identificación nace el *ser*. El comienzo de este *ser,* también va a depender de cuán facilitador fue el entorno suficientemente bueno; un entorno suficientemente bueno habilita la integración del bebé, la posibilidad de conformarse como una unidad dependiente, que más tarde a partir de la identificación materna, el bebé podrá experimentar su propia individualidad.
Un ambiente facilitador, determina la salud mental del bebé (para Winnicott). Un ambiente que permita el crecimiento, los procesos naturales del bebé y sus interacciones con el entorno, identificando el carácter y la personalidad del bebé; sentaran las bases para su saludable desarrollo mental.
"El desarrollo emocional primitivo (…) incluye tres tareas principales: integración del yo, establecimiento de la psique en el cuerpo, y formación de relaciones objetales. Con ellas corresponden, aproximadamente, las tres funciones de la madre: sostén, manejo y presentación de objetos." (Winnicott, 1990: 59)
Un buen sostén y un manejo adecuado permiten un desarrollo emocional y madurativo en el bebé sobre todo para el contacto con el entorno, como ya veníamos exponiendo. A partir de este desarrollo y gracias al sostén y la seguridad maternal, el bebé está preparado para vincularse con los objetos del entorno. Para Winnicott el inicio de la relación objetal comienzacon el inicio de la alimentación.

Winnicott(1990) también plantea la necesidad que tiene el bebé de que su madre falle en adaptarse, ya que esto le permitirá comenzar a adquirir las condiciones necesarias para tolerar la frustración. Las fallas que son reparadas inmediatamente conforman una comunicación, y permiten la confiabilidad del bebé en su madre, "una adaptación exitosa brinda un sentimiento de seguridad de haber sido amado" (Winnicott, 1990: 130). Mientras que la no reparación o la reparación tardía, generan privación en el bebé. Encontramos fallas en el sostén, lo cual genera gran ansiedad en el bebé, fallas en el ambiente, en las relaciones objetales, originando posteriores fracasos, entre otras. Cada una de ellas provoca dificultades en el desarrollo del bebé y en la comunicación e interacción de éste con el entorno.

Estos han sido algunos de los principales autores que desde el psicoanálisis han abordado la relación madre-bebé, y a partir de los cuales se fueron elaborando y reelaborando nuevas teorías. En el transcurso de este trabajo, se mencionaran autores contemporáneos que siguen y cuestionan estas mismas líneas de análisis, según la realidad histórico-social en la que se encuentran.

## Lactancia

Consideramos de fundamental importancia en los primeros encuentros madre-bebé, el momento de la lactancia. La postura de la madre y del bebéva a ir configurando parte de la comunicación, de la interacción entre ambos. Esta expresa la actitud mental de la madre, su posición afectiva, su comodidad, su distención o sus tensiones, su inhibición; como también la manera de sostenerlo define la relación que se irá estableciendo. Encontramos madres rígidas, que sostienen de forma incomoda al bebé, colocando al bebé alejado de su cuerpo, pareciendo que evitan el contacto piel a piel. De cierta forma se podría pensar que estas madres no proporcionan respuestas acordes, no perciben las señales del bebé o las interpretan erróneamente. Otras presentan actitudes incoherentes, cambian constantemente la posición del bebé, no encontrando acomodo, no logran identificar sus necesidades, en ocasiones ignora o no capta las señales y en otras son sobre exageradas. Mientas que otras madres pueden ser más flexibles, amoldándose mejor al bebé, sintiéndose más cómodas al sostener al bebé, estableciendo un contacto de piel a piel placentero para el bebé. Se

adaptan rápidamente a las necesidades del bebé, identificando y respondiendo a sus señales.

Podemos concluir que la interacción madre-bebé durante la lactación no es estática, al contrario, se va modificando, amoldando según las necesidades del bebé, y de las respuestas de la madre a estas, por ejemplo el ritmo de succión, el contacto visual, contacto corporal, entre otras.A su vez el bebé va a imponer su postura, su comodidad con respecto a su madre, buscando amoldarse, interactuando y comunicándose desde el inicio.

Se identifica durante la lactación momentos no nutricios, en los que el bebé no ingiere alimento, es decir,se da una "succión placentera no nutritiva", el bebé se mantiene en contacto con el pecho materno por placer, para sentir el contacto materno, disfrutando de la interacción. "Ambos pasan de un estado de tensión a uno de placer, saciedad y distensión." (Bernardi; Díaz Rossello&Schkolnik, 1982: s/n)

> La lactación permite también observar componentes que no son específicos de esa situación, pero que contribuyen de modo fundamental a determinar la experiencia alimentaria: miradas de la madre y del bebé, sonrisas de la madre y sonrisas del bebé después de la lactación, palabras maternas y vocalizaciones del recién nacido, caricias, arrullos y besos de la madre. Estos aspectos se observan en las interacciones madre-recién nacido cuando son armoniosas. (Lebovici, 1988: 152)

Para la madre, la lactancia genera movimientos psíquicos importantes, representa un sentimiento de unidad-separación con su bebé; en palabras de Oiberman (2008):

> El nacimiento "puede llegar a ser un momento "critico" para la madre, ya que ella debió integrar el niño a su propia imagen corporal y luego separarse de él. La lactancia le va a permitir seguir unida, en cierta forma al bebé".
>
> Pero el destete posterior, va a significarle a ella una ruptura, al igual que el inicio de la locomoción del niño por la cual este puede alejarse por sus propios medios, del cuerpo materno. Así se observa como los logros evolutivos que el niño adquiere y que lo llevan a una mayor independencia, tienen su correlato en la psiquis materna. (Oiberman 2008: 55)

## Función Paterna

La producción científica en torno al desarrollo psíquico en los primeros tiempos de vida del bebé se ha centrado en la díada madre-bebé. Ello se relaciona con el rol tradicional ocupado por el hombre cuya función ha estado principalmente asociada a lo laboral y al sustento económico de la familia, mientas que el cuidado de la familia y el hogar se ha relegado a la mujer/madre; no podemos ignorar la función paterna, no solo hacia la familia en general sino también hacia cada uno de los integrantes de esta. El padre es una figura fundamental para el desarrollo del bebé, al igual que la madre. Si bien, se lo ha ligado más que nada a la función del desarrollo psíquico del niño (función de corte en el complejo de Edipo, figura de autoridad) y a lo social, es quien "abre las puertas" al mundo; la presencia del padre también ofrece refugio, seguridad, estimulación y sostén emocional.

> "Hasta los cuatro meses el padre tiene un rol crucial como complemento de la madre, porque "un otro" puede ayudar a captar y descifrar las necesidades del niño. Entre los seis y doce meses se incrementa la interacción recíproca entre el padre y el niño, repercutiendo tanto en la esfera afectiva como en la esfera cognitiva del niño." (Oiberman, 2008: 91)

Gran parte de los autores que han desarrollado el vínculo madre- bebé, posicionan al padre por fuera de la díada durante el embarazo, y durante los primeros meses como decíamos, sin embargo estos comparten muchas de las sensaciones, fantasías, y miedos con la madre durante el embarazo y sobre todo después del parto. Ya que es a partir de ese momento que el padre comienza a relacionarse y a participar efectivamente en la relación con su hijo. En el texto de Lebovici (1988) se describen (información recabada de una investigación) los sentimientos expresados por padres luego del nacimiento de su bebé, como la satisfacción, exaltación, placer, necesidad y deseos de sostener a su bebé, describiéndolos como hermosos, perfectos, parecidos a ellos. Encontramos también en este texto, la descripción de tres modos distintos de describir la relación padre-bebé, de forma directa observando la interacción e intercambios padre-bebé; de forma indirecta, a través de la relación de pareja, por ejemplo apoyo que le brinda a la madre; y la tercera, de forma recíproca, sobre la influencia que ejerce la madre sobre la relación del padre con el bebé y del bebé con el padre a partir del discurso materno.

Oiberman (2008) citando a Bornholdt (2006):

> Los resultados mostraron que el padre tiene un importante rol afectivo, pero ese rol se circunscribe a ser el continente de la madre, al menos en los primeros momentos de la vida del

bebé (…) El rol de sostén del padre es de suma importancia pues constituye "la sustentación" de la madre para el ingreso en ese estado de sensibilidad intensa de Preocupación Materna Primaria (Winnicott, 1975), donde solo existe ella y su bebé. La madre puede entregarse más fácilmente a la simbiosis y "prestar su mente" y cuerpo al bebé, cuando existe el soporte de un padre (o de alguien que cumpla esa función) que da cuenta de la realidad. (Oiberman, 2008: 102).

Encontramos otras categorías de la función paterna, Denise Defey (1995), siguiendo al autor Cyrulink describirá tres formas en las que aparecerá la figura del padre en los primeros años del bebé. La primera, se da durante el embarazo, como "*padre intrapaternal*" en el que se da el reconocimiento del bebé de la voz del padre, respondiendo a través del cambio de postura, aumento del ritmo cardíaco. La segunda, denominada "*padre perimaternal*", "el recién nacido puede apoyarse en las percepciones conocidas y ahora reencontradas para reconstruir un cierto sentido de familiaridad tranquilizadora."(…) "el padre se construye en un intermediario entre lo familiar del cuerpo materno y lo social desconocido"(Defey, 1995: 51).El tercero y último, el "*padre social*", representa la norma o ley trasmitida el niño, se da entre los 2 o 3 años del bebé.

A medida que las nuevas investigaciones le dieron mayor lugar a la función paterna, se destaca que, el bebé percibe al padre como ser distinto que la madre.

> El bebé va conquistando progresivamente una diferenciación entre mundo interno y externo, y va percibiendo también que es distinto de su madre, a la vez comienza a darse un doble camino de inscripción de la huella del padre: 1) una incidencia directa a través de las sensaciones corporales, las manos más ásperas, la voz más ronca, y 2) el hueco que deja la madre por su deseo dirigido a otro. Estas inscripciones creemos que se resignificarían en la trama edípica, donde el padre tendrá una función determinante que posibilita la separación y el corte del vínculo dual madre-hijo.
>
> Sostenemos entonces que habría un proceso que va desde la ausencia de percepción del padre (todo formaría parte de la madre, lo que se correspondería con el concepto de dependencia absoluta de Winnicott) a la percepción del padre como distinto de la madre, y luego a la representación de éste dentro de la estructura edípica, a medida que se va produciendo la adecuada separación entre la madre y el hijo" (Freire de Garbarino 1992: 103)

Como parte de esta diferenciación y como ayuda para que el bebé identifique a su madre y a su padre a través de características específicas, se observa que padres y madres no adoptan las mismas posturas a la hora de mecer, llevar o alimentar al bebé. Del mismo modo, físicamente ambos padres se diferencian ampliamente, a medida

que pasan los días, el bebé va tomando contacto con estas diferencias, permitiendo distinguir a cada uno de estos, desarrollando un tipo especial de diálogo corporal con cada uno de sus padres. Por ejemplo: la piel, el olor, el tono de voz, el tipo de sostén y manipulación.

Freire de Garbarino (1992), propone que el padre también influye en la formación del síntoma del niño, a través de tres formas:

1) de forma directa, al igual que sucede con la madre, cuando se relaciona al bebé o a la función paterna con conflictivas de la historia personal del padre, no resueltas. 2) de forma indirecta, al presentar dificultades con el sostén hacia la madre, afectando negativamente en el vínculo madre-bebé. 3) a través de la confusión e inversión de roles, perjudicando el accionar de la madre. (Freire de Garbarino, 1992: 104).

Si bien algunos de estos aspectos se dan después de los primeros años del bebé, consideramos pertinente destacarlos como parte de la función paterna.

## El bebé

En este apartado nos centraremos en el rol del bebé, desde el nacimiento hasta su primer año de vida, abordando algunos de los principales acontecimientos que se perciben mes a mes, los cuales indican el saludable desarrollo del bebé; sin ignorar la singularidad y particularidad del desarrollo de cada bebé.

Insistimos en que los primeros años del bebé (principalmente de los 0 a 3 años), son fundamentales para el posterior desarrollo del mismo, es en estos años donde se construyen las bases de su psiquismo.Por lo qué, la participación y habilitación del entorno familiar son esenciales.

En el tiempo que el bebé está en el útero de su madre y se va desarrollando, su madre y padre van a ir notando y acompañando su crecimiento, en el momento que nace y se encuentra con un mundo nuevo, sus padres o cuidadores, serán quienes le enseñen a conocer y adaptarse al ambiente o entorno que lo reciba.

Su crecimiento progresivo, se va dando cada vez más rápido no solo a nivel corporal, sino también a nivel intelectual y emocional, a nivel de interacción como también a nivel comportamental;los padres y el entorno poden percibirlo a través de los diferentes tipos de respuesta que el bebé realizafrente a mismos estímulos que le fueron ofrecidos en otras oportunidades, entre otras cosas. A su vez sus padres también van cambiando y desarrollando diferentes y nuevas aptitudes en respuestas a estos cambios de su hijo, los cambios son recíprocos. Tanto el bebé se va amoldar a los padres, como los padres deberán adaptarse a los cambios del bebé.

Por años se consideró al bebécomo una “tabula rasa”, es decir, un papel en blanco, se pensaba que todos los bebes eran iguales por lo que actuaban de igual forma en diferentes circunstancias y frente a cuidados distintos. Por lo tanto, lo único que diferenciaba a un niño de otro era la historia de vida de su madre, quien “cargaba” al bebé con su historia de vida, proyectaba en este sus angustias y temores.
Si bien se continua pensando que la madre al igual que el padre proyectan aspectos internos en su bebé, ahora a través de nuevas investigaciones y postulados teóricos, podemos decir que el lactante posee su propio temperamento, que tanto la madre como el padre poseen cada uno su historia personal y sus conflictos, y que lo que está implicado en el vínculo es la interacción entre las partes, es como se amoldan el uno con el otro, y sobre todo “la decodificación que los padres realizan de la conducta del bebé estará condicionada por las características propias de cada bebé” (Zito, 1995: 127).

ParaBonavita, Cerutti&Defey (1995), (citando a Lamour yLebovici, 1989):

> Se pasó de la teoría de la madre organizadora de la interacción, al reconocimiento del rol del bebé partenaire activo en la interacción.Aparece así la noción de bebé recibiendo las influencias del entorno, pero también con capacidades para ejercer él su influencia en el medio.(Bonavita et al., 1995: 61)

Al ser una adaptación recíprocaentre los cuidadores y el bebé, se van a dar constantes vaivenes en búsqueda de una regulación para percibir, comprender y satisfacer las necesidades del bebé, el bebé tendrá diferentes llantos según la inquietud que tenga, son los cuidadores quienes le ofrecerán diferentes respuesta en busca de entender que es lo que el bebé está pidiendo, después de varios encuentros y desencuentros estos ya sabrán identificar el tipo de llanto con el malestar del bebé.

También el bebé, a medida que los cuidadores van respondiendo acorde a sus exigencias, va a ir incorporando y asimilando que medios utilizar para que sus necesidades sean satisfechas. Estableciéndose señales y decodificaciones entre las partes. A este período de adaptación del bebé se le llamo, "adaptación primaria" (Freire de Garbarino, 1992).

A medida de que se van instalando patrones de conducta y las partes van entendiendo las necesidades y los ritmos de cada uno, se logra establecer cierto orden rutinario de alimentación, sueño, eliminación y vigilia, entre otras, acordadas por el bebé y sus padres.

Freire de Garbarino (1992) dirá:

> La interacción madre-bebé es específica y diferente a cualquier otra, dado que el bebé emite signos biológicos, es decir una puesta en acción en el cuerpo a través de gestos, movimientos, ruidos, llantos, etc. Estos signos muestran la presencia de situaciones en general de incomodidad o de plenitud. (…)
>
> Es decir, el bebé responde de acuerdo a sus potencialidades, con lo que trae genéticamente y con lo que en la propia interacción con su madre va creando.(Freire de Garbarino, 1992: 24)

Encontramos en el libro de Lebovici (1988) El lactante, su madre y el psicoanalista, autores que nos hablan de la homeostasis a la que llega el bebé, ésta implica la regulación fisiológica (respiratoria, cardiovascular, entre otras), la regulación de los movimientos corporales, la regulación de los estados de vigilancia, y la regulación de su nivel de atención hacia las personas y los objetos del ambiente. Para regular estas áreas y llegar a la homeostasis, el bebé no solo necesita de sus propias aptitudes sino también de la habilitación y contención que le brinde su madre. Cuando el bebé se ve con dificultades es la madre quien le ayuda a restablecer el estado de

homeostasis. La calidad, los medios o el tipo de respuesta que utilice la madre para responder a las exigencias del bebé, repercutirán en la regulación y desarrollo del bebé.

> Según el gusto que encuentre en contemplar los ojos de su bebé, según el tiempo que dedique a mirarlo y/o hablarle cara a cara, el bebé vive dentro de ese estado calmo y atento experiencias que, a nuestro entender, influyen sobre la manera como organiza sus estados de vigilia, y la rapidez con que organiza sus estados en el transcurso de su desarrollo. (Lebovici, 1988: 111)

Stern (1990) en su libro Diario de un bebé, describe que es lo esperable de un bebé según las semanas de vida que tenga y plantea lo siguiente:

Durante las primeras seis semanas, el bebé se encuentra inmerso en el mundo de los sentimientos, de sus sentimientos.

> Una asociación vital entre en ciclo de satisfacción-placer-reanimación, y la presencia, la cara y las acciones de la madre se establece para ahora y para largo tiempo en el futuro. Suponemos que el bebé está empezando a formar un modelo mental, o representación, de su madre. Este modelo se compondrá en definitiva de muchas piezas diferentes de interacción, una de las cuales es esta secuencia de alimentación. Otras serán las características interacciónales de tranquilizarle cuando este inquieto o de estimularle para sentir alegría, etc. También suponemos que el modelo mental que hace de su madre actuará como prototipo de lo que esperará que ocurra con otras personas amadas con quienes se encuentre en la vida.(Stern 1990: 53)

Entre las ocho y doce semanas, se da un salto en el desarrollo del bebé, surge la capacidad de interacción social, comienza a aparecer la sonrisa social, como también la vocalización y se extienden los contactos visuales del bebé con las personas de su entorno. La cara del otro le atrae, le fascina. La mirada se transforma en su medio de comunicación, combina la mirada con la sonrisa expresando que algo le gusta, o disgusta, evitando o desviando la mirada.

A partir de estas semanas se da lo que Stern (1990) describió como, estructuración del mundo social del bebé.

El bebé comienza en estos momentos, a percibirse como ser activo, participante del medio que lo rodea, su accionar provoca movimientos y efectos en los demás. Esto a su vez le permite descubrirse como un otro, separado de su madre, cuando empieza a identificar su cuerpo, a sentir y entender cuando mueve sus extremidades y observa a su madre distante de él, y cuando ella se mueve él no lo hace, descubre que son dos cuerpos separados.

Otro logro del bebé, es el sentido que comienza a darle a sus sentimientos, por ejemplo el hambre, sabe cuándo tiene hambre y que debe hacer para saciarla.

Es importante resaltar, que en este nuevo aprendizaje del bebé de las caras y sentimientos que transmite sobre todo con su madre y que él ha ido identificando, cuán importante es el estado emocional de ésta. El bebé en esta etapa va a ir identificándose e imitando las expresiones faciales y los gestos de su madre y a su vez se va a ir contagiando de su estado emocional; cuando la madre está en un estado de depresión, de angustia recurrente o casi permanente, el bebé va a identificarse e imitar ese estado, "aprende a forjar una imagen mental de una madre que está allí como presencia física"(Stern, 1990:72). Después de largos intento de evitar el contacto directo con su madre para mantener su entusiasmo o de buscar otras caras, personas con quien establecer contacto y estimulación, y de esperar encontrar en ella alguna señal de estimulación, el bebé puede terminar identificándose con el estado emocional depresivo de su madre. Si de lo contario, la madre estimula al bebé, lo contagia de alegría, le sonríe y se conectan, el bebé se identificará con esa sonrisa, logrando un intercambio estimulador para este.

"Cuando más estimulo reciba un bebé, más se activará o excitará. Esta relación directa entre la intensidad del estímulo exterior (realizado por la madre) y la excitación provocada por el bebé es una regla general de la interacción madre-bebé." (Stern 1990: 73)

De los siete a nueve meses, surge el miedo y desconsuelo frente al extraño, considerado un hecho fundamental, porque permite reconocer que el niño percibe la ausencia de su madre, y expresa emoción al volver a verla. Se desarrolla el juego de "esta – no está". El bebé más que reaccionar frente a la aparición de la madre, reacciona porque anticipa mentalmente el regreso de ésta. El miedo forma parte de la relaciones madre-bebé, se da el miedo no solo al extraño sino el de perder a su madre. Comienza a observarse la diferenciación madre-bebé, el bebé está separado de su madre, se da una autonomía del bebé.

> Nos preguntamos si con el placer que extrae esta autonomía no sentirá el lactante también miedo por su deseo de separarse de la madre. Es posible que viva la separación como un acto agresivo hacia su madre y que esto alimente sus temores de ser abandonado en retribución. Esta interacción afectiva depende, es claro, de los afectos de la madre durante las tentativas de autonomización del hijo. Cada vez se advierte con mayor diafanidad que si la madre consigue vivir sin demasiada frustración –o sin sentirse demasiado abandonada- el desplazamiento del interés del bebé hacia objetos externos a ella, la autonomización será promovida y el bebé se sentirá libre para explorar e investir su ambiente, así como al padre

> y a las demás personas allegadas. En cambio, si la madre se siente abandonada y no soporta la autonominación del niño, esta percibirá mensajes afectivos negativos asociados a su autonomización. Por lo demás se le hará difícil precisar si su angustia de separación se liga a sus propias necesidades o alas de su madre. (Lebovici, 1988: 191)

Por otro lado Hoffmann(2002) en su libro Los árboles no crecen tirando de las hojas, expone la importancia de la *iniciativa*, como voluntad propia del bebé para su desarrollo, y cuán importante es para éste que sus padres la habiliten y la fomenten. Coloca a la iniciativa como el primer paso en el proceso de organización del bebé.
Según su libro, podríamos dividir el desarrollo del bebé en dos etapas, de los 0 a 6 meses y de los 7 a los 12 meses.

Plantea que el bebé, nace y tiene una hora (45 – 60 minutos) para vincularse con el entorno y sobre todo con los padres, al que se le denomina periodo sensible. En este momento el bebé va conociendo sobre todo a su mamá, sus olores, su piel, reconociendo su voz. Algunos psicólogos reconocen la importancia de estos primeros minutos tan violentos (traumático) para el bebé como es el nacimiento, la salida de ese lugar tan cómodo y tranquilo en el que estaba para ser intervenidos por médicos y aparatos; por lo que recomiendan que en cuanto nace se lo debe colocar sobre el cuerpo de la madre propiciando el primer contacto.

> Lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia. (Puig &Sguassero, 2007: s/n)

Volviendo al texto de Hoffmann (2002),a partir de las primeras 72 horas y durante el primer mes, es fundamental la conexión y sintonización entre la madre y el bebé, en base a investigaciones se puede decir que el impedimento de esta conexión provoca, la disminución de sueño nocturno, despertando continuamente, tardando más tiempo para dormirse, al igual que en el día, y dificultando el establecimiento de horarios de amamantamiento.

Hasta que no comienza a reconocer el sentimiento interno que le genera la sensación de hambre, el bebé la vive y siente con gran desespero, de angustia total, una y otra vez, hasta quelogra identificar esa sensación y lo que la calma. Reconoce la leche de mamá, junto con su aroma, su piel, sus caricias y su voz. Representación de la teta – madre, fundamental para el desarrollo psíquico del bebé.

A partir de los seis meses, el bebé aprende a pararse solito, gatear y a caminar, esto implica muchos cambios, sobre todo implica el alejarse de mamá para conocer el mundo. Extenderse al campo de la exploración y encontrarse con nuevas experiencias.

El salir a explorar conlleva alejarse de lo conocido, de lo que da seguridad, en este contexto se observa claramente la función del apego, el bebé a medida que se va alejando necesita en determinado momento volver con su cuidador, sobre todo cuando siente miedo, para que este lo "cargue" de confianza, de seguridad, afectos y estímulos para que continúe su exploración. Quien cumpla el rol de cuidador, mamá, papá será la base segura dentro de todo lo desconocido que está explorando el bebé, por este motivo, necesita por momentos ir a él para sentirse seguro.

Para Hoffmann, esta experiencia de explorar el "mundo" por deseo propio, por iniciativa del bebé, impulsa su desarrollo, sobre todo los "diferentes fines psicológicos: el conocimiento, los afectos, las relaciones interpersonales, la relación con el mundo y también la relación con uno mismo". (Hoffmann, 2002: 93)

Habilitar, estimular y orientar al bebé en su iniciativa, permite la construcción de su mundo interno, "es decir el aprendizaje del modo en que accede a las experiencias y sus resultados en tanto conocimientos y comprensión. Conocimiento que abarca también el intercambio con ese ser o esos seres que están en función de cuidar y por lo tanto, son el modelo de todos los intercambios futuros". (Hoffmann, 2002: 116)

A su vez, estas primeras experiencias o vivencias permiten generar nuevas percepciones, revivir o elaborar nuevas impresiones. Y sobre todo permite al bebé "ser uno mismo", con capacidades y talentos propios, desarrollando su propia creatividad.

> Poder ejercer su propia creatividad, satisfacer sus propios intereses, hacer sus descubrimientos, aprender su realidad, conocer su mundo, darle forma a sus impulsos, lograr formas de expresión que ansía, conocerse por como es y desconocer lo que otros desearían que sea. (Hoffmann 2002: 125)

Por su parte la figura de la madre, no solo permite, habilita y empodera este "ser uno mismo" del bebé, potenciando la exploración, la creatividad y los impulsos, también lo valora, acompaña los descubrimientos y envía las señales correspondientes para que el bebé comprenda esta valoración, que es la que permite la continuidad de la experiencia como algo positivo para el bebé.

> "El bebé necesita un interlocutor, alguien con quien intercambiar, orientar su búsqueda, canalizar los impulsos y a quien imitar. Ese alguien requiere sensibilidad especial para saber cuáles son las necesidades de un bebé explorador, experimentador, juguetón y para que no

prejuzgue las intenciones del bebé en un sentido negativo, como desorden, hostilidad, salvajismo. Y la eficacia del cuidador no la vamos a medir en la construcción de su discurso educativo, sino en el resultado de sus acciones en la relación con el menor." (Hoffmann 2002: 115).

## El juego

*Símbolo de confianza y de la unión madre- bebé. Originario del afecto y el disfrute de la experiencia.* (Winnicott, 1990).

Se vuelve necesario destacar dentro de la interacción madre-padre-bebé, el lugar que ocupa el juego. El bebé aprende a jugar a partir de la interacción con su cuidador, es éste quien le "enseña" a jugar. Este jugar posee un rol fundamental en el crecimiento del niño, es el que posibilita los procesos de desarrollo del pensamiento, permite el reconocimiento de la separación mental madre-bebé, esto a su vez permite el surgimiento del self, el reconocimiento de sí-mismo y de un no-sí mismo. (Lebovici, 1998: 14) Además de su función simbólica para el desarrollo de los posteriores años del bebé.

> Los movimientos del juego tienen que ser lo bastante estimulantes para mantener animado al pequeño. Pero no deben serlo demasiado, para que el bebé no se excite en exceso y se altere en seguida. Por otra parte, no pueden ser demasiado monótonas, pues aburrirán al bebé. Deben mantenerse en un nivel óptimo de excitación y de placer. No es fácil mantener ese nivel. Los bebes se familiarizan en seguida con todo aquello que se repite. Se convierte en habitual y ellos se aburren. Por esta razón, la madre no debe hacer exactamente los mismos movimientos una y otra vez en un juego reiterativo, sino variarlos a la siguiente ocasión. (Stern, 1990: 74)

> (…) "sobrepasada la zona óptima de excitación, vacila el borde de sentirse abrumado, temeroso y desorganizado" (Stern, 1990: 75)

Como respuesta a este exceso de estimulación, el bebé puede mirar para otro lado, alejándose del contacto visual con su madre, y puede darle nuevas señales de lo que desea, dando a entender el fin del juego inicial. Es importante en este caso que la madre y/o padre perciba estas señales del bebé y que pueda seguir y responder a ellas. De todas formas el bebé se dará a entender.

Esta situación permite mostrar un rol activo del bebé, un bebé con decisión y autonomía como para darle fin al juego, le comunica a través de la evitación a su

progenitor su “aburrimiento”; al exceso de estimulación, el bebé lo identifica y lo transmite.

Se observa que a través del juego el bebé distingue e identifica a su padre distinto de su madre, ya que cada uno establece una interacción particular con su hijo, éste lo percibe y establece una diferenciación entre ambos. Es decir, el padre despliega un juego más estimulante con el bebé desde las primeras semanas, generando en el bebé un estado de vigilia y atención constante. Se da interacción más bien física, excitativa y de mayor estimulación que la relación madre-bebé. Los tipos de juegos son distintos, las madres realizan juegos más bien visuales, mientras q los padres desarrollaban juegos mayormente táctiles, incitando el movimiento corporal del bebé. “El bebé, dice Kestenberg, siente al padre más activo y agresivo, más brusco, más audaz y más distante que la madre, y en esto el padre fomenta su independencia y agresividad.” (Lebovici,1998: 200).

## Apego

El vínculo del niño con su madre y padre es el resultado de un conjunto de pautas de conducta características desarrolladas en los primeros meses del bebé, con la intención de mantener a éste en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna y paterna.

Vale destacar que la conducta de apego se produce tanto en bebés, niños, adolescentes y adultos, ya que no importa la edad sino la intensidad de la emoción generada por el tipo de vínculo que se establezca. En este caso, nos vamos a centrar en el bebé y su figura de apego (sus padres).

Según se sostiene,la teoría del apego es parte de la naturaleza humana, la capacidad de establecer lazos emocionales íntimos entre individuos, a los que se recurre en búsqueda de protección, consuelo y apoyo; es a su vez considerada, un factor fundamental para el desarrollo de la personalidad y de la salud mental del individuo.

Bowlby (1989) plantea que, “la conducta de crianza en los seres humanos no es producto de un instinto de crianza invariable, pero tampoco resulta razonable considerarla en un simple producto del aprendizaje” (Bowlby, 1989: 17)

La autora Crittenden (2002), siguiendo los postulados de Bowlby para sus investigaciones plantea que:

> La relación de *apego* tal como fue propuesta por John Bowlby, es una teoría sistémica acerca de la organización, la función y el desarrollo de la conducta de protección de los seres humanos. La teoría se desarrolló a partir de la integración de postulados provenientes de la etología, la teoría de la evolución, el psicoanálisis y la teoría cognitiva. Las tesis centrales de la teoría se pueden resumir los siguientes puntos:

- Que los seres humanos están innatamente preparados para formar relaciones de apego con sus cuidadores principales.
- Que tales relaciones funcionan para proteger a la persona apegada, y
- Que tales relaciones existen de forma organizada al final del primer año de vida.
  (Crittenden, 2002: 7-8)

En otras palabras,

> La relación de apego es un vínculo duradero con una persona específica a la que el niño se dirige cuando se siente vulnerable o en necesidad de protección. Las conductas de apego tienen como meta mantener la proximidad a la figura de apego percibida como más sabia y protectora. Esta búsqueda de proximidad se puede llevar acabo por medio de conductas diferentes, pero funcionalmente equivalentes. Por ejemplo, llorar, aferrarse, acercarse o gritar son conductas distintas, pero en el contexto de la relación de apego, todas ellas pueden servir al mismo propósito funcional de mantener la proximidad. A la vez, el sistema de apego está coordinado con otros sistemas comportamentales, también enraizados biológicamente, como el sistema de conducta exploratoria o de filiación. (Crittenden, 2002:7-8)

Según esta autora,Bowlby no solo podía explicar a través de la relación de apego el funcionamiento interpersonal sino también el funcionamiento mental del niño (percepciones, emociones, recuerdos, etc.)

Bowlby (1989) define la conducta de apego como:

> Cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada con el consuelo y los cuidados. (Bowlby, 1989: 40)

Y describe a la figura de apego como una persona accesible y sensible que brinda sentimientos de seguridad, que potencia la continuidad del vínculo. Si la relación es

buena, genera alegría y seguridad; si va mal y resulta amenazante, genera celos, inseguridad, ansiedad e ira. Y si se rompe dicha relación, habrá angustia y depresión.

> El modelo particular según el cual se organiza la conducta de apego durante el desarrollo está muy influido por el modo en que responden a él los principales dadores de cuidados de un niño, en la amplia mayoría de los casos su madre y su padre. En resumen, parece claro que los cuidados cariñosos y sensibles dan como resultado un niño que desarrolla la seguridad de que los demás lo ayudaran cuando él recurra a ellos, que se sentirá cada vez más seguro de sí mismo y audaz en sus exploraciones al mundo, cooperativo con los demás, y también –lo cual es muy importante- solidario y colaborador con quienes se encuentren en apuros. A la inversa, cuando la conducta de apego de un niño se vuelve ansiosamente apegado -o sea aprensivo por temor a que la persona responsable de los cuidados se ausente o no lo ayude cuando él la necesita- y por lo tanto reacio a apartarse de su lado, obediente de mala gana y de manera ansiosa, y poco preocupado por los problemas de los demás. (Bowlby, 1989: 99)

Dentro de la teoría del apego encontramos a Mary Ainsworth, quien también colaboró en los trabajo de Bowlby, investigando y realizando nuevos aportes.

> La principal aportación de Ainsworth a la teoría del apego reside en el constructor de calidad de apego. Éste hace referencia a las expectativas únicas de los individuos respecto a la disponibilidad y capacidad de respuesta de figuras de apego específicas para atender sus necesidades de protección. (Crittenden, 2002: 9)

Ainsworth junto a sus colaboradores para evaluar la calidad de apego realizaron observaciones e investigaciones sobre la díada madre-bebé, implementando lo que denominaron “La Situación Extraña”, llegando más tarde a identificar los tres principales tipos de calidad de apego:

- **Tipo de apego seguro**, los niños cuyas madres responden adecuadamente a las conductas de apego. El bebé confía en sus figuras parentales, como figuras sensibles, accesibles y colaboradores, para lograr realizar sus exploraciones del mundo. Comparten un contacto mutuo agradable.
- **De evitación**, los niños cuyas madres rechazan la conducta de apego. El bebé, espera rechazo y ser ignorado por sus cuidadores. Estos presentan una actitud ansiosa, difícil y hostil frente a las figuras paternas.
- **Tipo de apego ambivalente**, los niños cuyas madres respondían inconsistentemente a las conductas de apego. Presentando una actitud insegura, inestable y ansiosa para explorar el mundo.

Las primeras observaciones que se realizaron hacia la díada madre-bebé a cargo de este equipo, dieron a conocer cuatro características del comportamiento materno del cuidado temprano: 1) Aceptación-rechazo, 2) cooperación-interferencia, 3) accesibilidad-ignorar y 4) sensibilidad-insensibilidad. Se basa en que toda relación existe una cuota de sentimientos ambivalentes, lo fundamental para que la relación madre-bebé no se vuelva negativa, es que esta pueda equilibrar e integrar tanto los sentimientos negativos como los positivos. Ambos sentimientos están presentes como polos opuestos en cada uno de estos comportamientos:

En la aceptación-rechazo, encontramos en el polo positivo la aceptación, el cuidado y protección, todo sentimiento positivo compartido con el bebé. Mientras que en el opuesto podemos observar lo negativo, el rechazo, frustración, enojo, entre otros. Estos sentimientos dependerán de lo que le genere al cuidador los comportamientos del bebé, las demandas del cuidado y las exigencias de crianza.

Cooperación-interferencia, la primera tiene que ver con el apoyo y el respeto que se le brinda al bebé como ser autónomo y activo. La interferencia implica el rechazo de éste ser autónomo, no teniendo presente sus deseos ni necesidades del bebé, primando los deseos de la madre sobre el niño.

La accesibilidad-ignorar se observan en la disponibilidad tanto física como psíquica del cuidador a satisfacer las necesidades del bebé, al compartir momentos de disfrute, el extremo opuesto sería el rechazo, la ausencia de esta disposición, negando o ignorando los deseos y necesidades del niño.

Y el último comportamiento es la sensibilidad-insensibilidad, lo cual implica un rol activo del cuidador, estar alerta a las señales del bebé para poder entenderlas y satisfacerlas; mientras que la insensibilidad es el desatender o ignorar estas señales, o el no entenderlas ni satisfacerlas correctamente, sobre todo la imposibilidad de interpretar los sentimientos o estados emocionales del bebé, muchas veces cargándolos de aspectos negativos.

> El comportamiento sensible de cuidado, es producto de una relación recíproca y coordinada donde ambos interlocutores, adulto cuidador y niño, están en una relación de cooperación y sintonizada, tanto emocional como comportamentalmente. No obstante, las relaciones vinculares madre o cuidador sensible con el niño o la niña están inmersas en un clima emocional y afectivo positivo. (Carbonell, 2013: 7)

> Estudios durante las últimas cuatro décadas por parte de múltiples investigadores de la teoría del apego en distintos países del mundo y en diferentes contextos sociales y situaciones, han encontrado una asociación significativa entre la sensibilidad del cuidador y la seguridad emocional del niño o niña (Van

> Ljzendoorn&Sagi, 2008). Estos estudios han permitido determinar el papel clave que juega el cuidador principal como una base de seguridad desde la cual el niño o la niña pequeña organiza su comportamiento, logra seguridad, explora y aprende sobre el ambiente, tanto físico como social (Ainsworth, 1967; Bowlby, 1969/1993; Posada, Carbonell, Alzate, & Plata, 2004). Especialmente los niños en las situaciones de estrés, tales como hambre, sueño, cansancio, temor, enfermedad, usan al cuidador principal como refugio de seguridad (Sroufe&Waters, 1977). (Carbonell, 2013: 8)

Las conductas de apego están enmarcadas por comportamientos que permiten la aproximación hacia a la madre y a su vez sirven de señales de alerta para la misma; estos comportamientos son enumerados por Bowlby de esta forma: llantos y llamado, parloteo y sonrisa, aferramiento, succión, locomoción para aproximarse, seguimiento o búsqueda, etc. (Lebovici 1988: 66)

> Los primeros días, y aún las primeras horas, siguientes al parto constituyen un periodo durante el cual las madres tienen una particularísima sensibilidad para el bebé, y esta incrementado nivel de sensibilidad -decían- facilita y favorece el proceso de apego que habrá de unir cada madre con su bebé. (Lebovici, 1988: 130)

Es importante mencionar, para despejar falsas creencias que se han establecido socialmente, que:

> El rol de las fallas de la figura de apego (rechazo, falta de respuesta y comportamiento inconsistente) y el apego inseguro, se asocian con patrones de relacionamiento inadecuados y una mayor vulnerabilidad ante la psicopatología. Si bien apego inseguro no es igual a psicopatología, sumado a un alto estrés aumenta el riesgo de padecerla; y a la inversa, el estado de apego seguro es un factor protector contra el desarrollo de la psicopatología de modo que, para un niño seguro, la tensión tiene que ser mucho mayor para producir una psicopatología (Beebe, 2005).(Altmann de Litvan, 2015: 41)

Cabe mencionar que la teoría de apego es mucho más compleja de lo descrito en este apartado, pero dada la consigna de este trabajo, desarrollamos brevemente lo que creímos necesario para permitir entender su importancia para el desarrollo del bebé, en el vínculo con sus padres; y sobre todo para la intervención clínica.

En esta búsqueda bibliográfica (que ha implicado este trabajo) nos encontramos con el texto “Apego y Juego. Marcas epocales en la conformación de las funciones parentales” dePaolicchi et al. (2014) donde realiza una interesante relación entre el juego desarrollado por Winnicott y el apego de Bowlby, que creemos propicio citar:

> Donald Winnicott (…) Postulará que entre el espacio interior –intrapsíquico- y el espacio exterior –signado por la percepción de la realidad objetiva- existe un tercer espacio: ni interno, ni externo, al que llamará “intermedio”. Este territorio de transición – que demarca límites entre el mundo subjetivo y el mundo objetivo- permite los intercambios tempranos entre el niño y sus padres, dando lugar a acontecimientos particulares denominados “fenómenos transicionales”. Entre ellos se destaca el jugar. El espacio transicional se co-construye entre el bebé y su madre, gracias a la contención y sostén que los padres despliegan tempranamente permitiendo que en el niño crezca la ilusión, la creencia y la confianza sobre su propia capacidad creadora (Winnicott, 1971).
>
> Se podría pensar que existe una relación entre esta confianza y aquello que Bowlby señaló como una de las funciones centrales de los vínculos de apego: contribuir a la conformación de una base segura desde la cual explorar el mundo. A su vez, se podrían trazar similitudes entre los momentos en que el apego se va transformando a lo largo de la vida según Bowlby y la teoría sobre el juego en Winnicott que supone cuatro momentos estructurantes: a) fusión entre el niño y el objeto, b) el objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva; c) jugar solo en presencia de alguien y d) el niño permite una superposición de dos zonas de juego y disfruta de ello. Para que el jugar constituya una actividad saludable, es necesario hacer lugar a la creatividad, a la espontaneidad, a que el niño “se sorprenda a sí mismo”; porque si el adulto busca imponer sus ideales en el intercambio, se genera un juego de “acatamiento o aquiescencia” que sólo redunda en empobrecimiento subjetivo” (Winnicott, 1971, pp76).
>
> De esta manera, la aparición de la actividad lúdica en el niño estará condicionada por las funciones parentales con la conformación de vínculos de apego de tipo seguro, e indica la presencia de trabajos psíquicos instituyentes de subjetividad: la actividad transformadora y elaborativa del Yo frente a lo traumático, el recurso de ilusionarse y de crear, la producción de símbolos –memoria- en relación a los lazos afectivos tejidos en el vínculo con los padres y finalmente, la capacidad de ocupar un lugar, un tiempo, dominando a los objetos gracias a su uso. (Paolicchi et al., 2014: s/n)

## Intervenciones clínicas

Como se ha ido exponiendo a lo largo de este trabajo, las concepciones de bebé, madre y padre se han ido modificando a lo largo de los años, y sobre todo el trato y el vínculo que se debe tener para con el bebé. Al reconocer que el bebé impone sus propios deseos y necesidades y que los cuidadores deben entenderlos y satisfacerlos, cambia por completo la interacción entre estos. Ahora se lo debe escuchar, el bebé también tiene "cosas para decir".

Para poder intervenir en la interacción madre-padre-bebé, debemos tener presente que:

> Ni lo que le ocurre a la madre o al padre, ni lo que le ocurre al bebése explican mirando un solo integrante del conjunto. Por eso hablamos de interacción: hay un feed-back permanente que debemos tener siempre presente. Por eso la intervención psicológica se centra en el vínculo, en la interacción. El síntoma es vincular aunque lo exprese el niño a través de trastornos funcionales tales como: dificultades en el sueño, trastornos en la alimentación, etc.(Zito, 1995: 133).

Los padres se convierten en tales a partir de la llegada del bebé, presentándose para ellos (al igual que para el bebé) un mundo nuevo que implica la adaptación a una nueva rutina de vida.

> La sensación de los padres en las primeras semanas es que la vida transcurre en una sucesión interminable de pañales, mamadas y rituales como el "provecho" y el acunamiento para que el bebé concilie el sueño. El estado de ánimo de los padres oscila. Hay momentos de elación, fascinación y embelesamiento con su nuevo bebé, con la gratificación por haber cumplido con una expectativa personal y social. Pero hay también otros momentos de agotamiento, desborde e irritabilidad, en los cuales se anhela intensamente volver al mundo de antes, ahora idealizado como un paraíso de autonomía, descanso y libertad. (Bonavita, Cerutti&Defey, 1995: 26)

Existe la creencia que pordesbordarse la madre y el padre frente a esta nueva vida, no están cumpliendo con su función, o que son "malos padres", como toda nueva experiencia implica una adaptación a nivel general:

> Las modificaciones producidas por la llegada de un hijo en el psiquismo de los padres son tan amplias y profundas que algunos autores (Cramer y Palacio-Espasa, 1993) han hablado de un tipo especial de funcionamiento mental al que han llamado, en términos psicoanalíticos, una nueva tópica. (Bonavita, Cerutti, Defey. 1995: 25)

Muchas veces, la exaltación y angustia de los padres tiene que ver con las exigencias sociales que se han impuesto, se presionan para cumplir con “lo esperable”, siguen todos los “tips”, los consejos de libros y manuales, sus temores se potencian, la ansiedad se vuelve angustia al ver que no cumplen con los requisitos exigidos. Llegando a la consulta desesperanzados en busca de ayuda.

> El hecho de que los padres se vean enfrentados a ideales parentales demasiado elevados o exigentes hace que se vuelvan receptivos a la ayuda técnica formal o informal, dado que se precisan crear imágenes parentales externas receptivas y tolerantes. La presión de su conflictiva intrapsíquica transforma a estos padres en aliados del técnico en la búsqueda de la comprensión de las dificultades de sus hijos. (Bonavita, Cerutti&Defey, 1995: 34)

Se observa que frente a tal situación, de extrema vulnerabilidad de los padres y sobre todo de las madres (ya que es ella quien se ve más exigida socialmente) de no saber cómo actuar, qué hacer, la presión que esto les genera y la demanda del bebé, los bloquea, sin saber qué hacer.

Robson (1967) en palabras de Oiberman (2008):

> Las madres parecen tener miedo de expresar lo que ellas sienten y se tiene la impresión que el shock del nacimiento paraliza a la vez sus comportamientos y su capacidad de idealización. Hemos sido a menudo impactados por su inhibición verbal y motriz…las madres de nuestro estudio no sabían cómo tocarlo, acariciarlo y a menudo no sabían cómo sostener a su hijito en sus brazos. La extrema fragilidad del recién nacido es expresada, al mismo tiempo por un sentimiento de incompetencia…tanto a nivel de técnicas de alimentación como de la manera de tener en brazos al niño o manipularlo. (Oiberman 2008: 152-153)

En casos como este, el psicólogo que interviene, escucha atentamente las inquietudes de los padres intentando comprender que está sucediendo, y como viven cada uno de los participantes dicha situación. Este podrá intervenir de forma verbal a través de señalamientos, y en situaciones puntuales, realizar interpretaciones. Los señalamientos se utilizar para resaltar conceptos o percepciones percibidas de la madre, del padre o de ambos, influenciadas por sus propias proyecciones. Mientras que a las interpretaciones se las utiliza para relacionar conductas de la madre o padre con su bebé, o vivencias actuales con historias personales pasadas.

En la intervención del vínculo madre-padre-hijo, la función del psicólogo es compleja, ya que no solo está implicado en la escucha del discurso materno y paterno, también está presente en el “aquí y ahora” del encuentro, en lo que está sucediendo en ese momento del encuentro clínico, está observando que va sucediendo en él, en la

madre, en el padre y en el bebé, a quien a su vez le pone voz, para trasmitirle a sus padres que es lo que el bebé está sintiendo en ese encuentro.

Altmann de Litvan (1996), aconseja hablar al bebé en primera persona, poniendo en palabras los gestos, expresiones e iniciativas que el bebé va haciendo, generando proximidad en la relación y colaborando con una mayor identificación, a su vez, esto permite que los padres puedan entender mejor que es lo que le va sucediendo al bebé.

> El entrevistador cumple diferentes funciones: Funciones de reflejo y espejo: al hablar en primera persona al bebé permite que la madre, por identificación, pueda escuchar el "diálogo" con su hijo desde otro lugar y mirarse en el vínculo. También esta función de espejo posibilita que el niño se vea a sí mismo. Una función de eco, siguiendo los balbuceos y gestos espontáneos del bebé, actuando como un anexo y acompañando a la madre en la semantización de los mismos. (Altmann de Litvan ,1996:s/n)

Freire de Garbarino (1992) le llamó a este accionar del profesional, "identificación semantizante" en la que el terapeuta se aproxima y emite una identificación quebusca sentir con y junto al bebé. Se está atento a la interacción y a lo que va surgiendo en el encuentro de la madre y el bebé. El terapeuta intenta darle sentido a las acciones del bebé y/o de la madre y lo hace a través de sus propias vivencias.

Para Marina Altmann de Litvan (1996) es importante observar e investigar la disponibilidad de la madre y el padre para acompañar afectivamente a su bebé, identificando carencias, excesos o insuficiencias; como también la constitución familiar y la disponibilidad de los padres. Para así comprender mejor cómo se ha ido construyendo y organizando el encuentro y el vínculo entre la madre-padre con su bebé. Sobre todo, se intenta entender y darle sentido a las representaciones que tienen los padres sobre su hijo, y a su vez que importancia les dan ellosmismos a sus propias representaciones. En el encuentro, estos aspectos se van identificando a través de los significados que les dan los padres a las expresiones y acciones de su bebé. En este momento se revelan y se entrelazan las expectativas y fantasías que tenían de su bebé, de ellos mismos como padres, de la imagen que ellos tienen de sus propios padres, con lo que realmente está sucediendo, con el hijo real que tienen enfrente y, en el encuentro específico de la consulta, en el aquí y ahora.

Para conocer las técnicas y herramientas de las distintas prácticas clínicas en la intervención temprana de la interacción madre-bebé, tomamos tres autoras de épocas distintas, con diferentes abordajes y perspectivas de trabajo, con contextos y encuadres particulares de intervención, que habilitan la mirada a la díada desde diversas posturas pero que a su vez se complementan ampliamente, entre ellas encontramos a Mercedes Freire de Garbarino (1992), Alicia Oiberman (2008) y a Marina Altmann de Litvan (2001-2015).Y como cierre, agregamos lo último que se ha venido implementado en las intervenciones en madre-padre-bebé,con la inclusión de la tecnología, las Terapias de Interacción Guiadas.

**-Mercedes Freire de Garbarino (1992)**

Técnica o estrategia utilizada por el equipo de Freire de Garbarino enla intervención terapéutica de la díada madre-bebé, en casos de trastornodel sueño. Basada en elementos de dos líneas de trabajo, la comportamental y la psicoanalítica. Desde la comportamental, se plantea como objetivo la modificación de la interacción madre-bebé. Y desde la psicoanalítica, se toma en cuenta la historia de la madre, el papel activo del bebé en la interacción, y que el bebé asume y actúa en función el rol que se le es adjudicado por su madre y su familia.(Freire de Garbarino, 1992)

Es importante destacar que no se incluye al padre en los tratamientos de los primeros meses del bebé, ya que consideran que el padre tendrá mayor influencia en años posteriores, cuando haya que iniciar al bebé en lo social.

Parten de la base de que la madre y el bebé componen una unidad psicosomática, considerando que los síntomas del bebé surgen de la vivencia de interacción madre-bebé.

Frente a la pregunta central “¿Qué elementos están presentes o influyen en la díada madre-bebé?” Se evalúa “tomar” la historia de la madre (cómo deviene madre y su función de madre), interpretando algunos aspectos de su vida, pero siempre depositando mayor interés en el aquí y ahora de la interacción madre-hijo/a.

En la intervención se incluye el uso de la contratransferencia,

> Siguiendo la línea de la contratransferencia es que se logra hacer consciente los deseos del niño por un lado y los de la madre por otro. Desde el lactante, a través de su lenguaje corporal, y desde la madre a través de su discurso verbal y también de sus actitudes y conductas manifiestas durante las sesiones o aquellas relatadas por ellas. (Freire de Garbarino 1992: 39)

Freire de Garbarino (1992) esquematiza su estrategia técnica e instrumentos de intervención de la siguiente manera:

Estrategia técnica:

- Narcisización materna, y reubicación en la categoría de madre, de la cual se siente despojada por el síntoma del hijo.
- Favorecer la posibilidad de mayor simbolización de la madre, en relación a una adecuada semantizacion y decodificación de su bebé.
- Cambio en la representación que la madre tiene sobre el bebé y sobre sí misma.
- Encuentro de ritmos y sincronías en la interacción comportamental.

Instrumentos:

- Favorecer la verbalización de las experiencias afectivas en lo referente a su maternidad (embarazo, parto, destete, etc.)
- Intervenciones verbales del terapeuta tales como: señalamientos, interpretaciones, cantar canciones de cuna, etc. Las intervenciones muchas veces se realizan en primera persona, es decir hablando en lugar del bebé o de la madre.
- Utilización del cuerpo en la intervención terapéutica, por ejemplo al hamacarse junto al bebé y la madre en un momento significativo de la sesión o realizar diferentes juegos con el bebé, etc.

(Freire de Garbarino 1992: 40)

Como mencionamos en el primer apartado (función materna), el postulado de Freire de Garbarino (1992) sobre la Estructura Interaccional Temprana (EIT) también nos va a servir para la intervención clínica.

Esta autora considerar tres aspectos del trabajo terapéutico, que serían algunos de los puntos de interés, del quehacer con la díada.

1) Discurso interactivo que incluye lo no verbal y verbal, tanto de la madre como del bebé y que abarca aquello que denominamos Estructura Interaccional Temprana. Dicho discurso en lo concreto se revela a través de cuatro elementos: acciones de la madre, acciones del bebé, interacción entre ambas acciones y el sentido que da la madre a estos elementos. Sentido que emerge a través de comentarios sobre lo que ocurre entre ella y su hijo.

2) Discurso verbal materno, no dirigido hacia la interacción en el aquí y ahora, sino referido a sí misma y a sus vivencias entorno al embarazo, parto,

lactancia, etc., e incluso en otros momentos, otros aspectos de su vida e historia personal.

3) Las diferentes vivencias del terapeuta a lo largo de la sesión y el procesamiento de estas como forma de conocer lo que puede estar sintiendo la díada.

**-Alicia Oiberman (2008)**

Se seleccionó también la modalidad de intervención clínica de la díada madre-bebé, desarrollada por Alicia Oiberman (2008) en su libro observaciones del vínculo madre-bebé en donde caracteriza dos perfiles de observación, de 0 a 6 meses de vida del bebé y de los 7 a los 15 meses. En este caso se observa la interacción madre-bebé, la comunicación que se va estableciendo según el desarrollo evolutivo del bebé, y como la madre incentiva y a su vez responde a las demandas de su hijo/a.

Enumera diferentes funciones de observación:

**Función visual**: se basa en los comportamientos visuales que mantienen ambos miembros de la díada. En el primer semestre los indicadores van desde la mirada momentánea, no reciproca hasta la mirada mutua entre la madre y el bebé.
A partir de los siete meses, existe por parte del bebé una búsqueda neta hacia la madre: el niño gira la cabeza para mirarla.

**Función corporal:** se refiere a las conductas táctiles que mantienen ambos miembros de la díada. Pueden ser caricias, u otras expresiones táctiles ya sea por iniciativa del bebé o de la madre. A partir de los siete meses esta conducta es más notoria.

**Función verbal:** se toma en cuenta lo que dice la madre (el contenido), como lo dice (rasgos prosódicos) así también, desde el bebé, los laleos, el balbuceo, durante el primer semestre y las vocalizaciones; y palabras a partir de los siete meses.

**Función de sostén:** esta función se estudia observando las distintas modalidades de tener en brazos al bebé y como el bebé se acomoda en los brazos de la madre. Durante el primer semestre, el bebé puede estar: moldeado, rígido, u ofrecer resistencia a estar en brazos de su madre. Y la madre, puede: sostenerlo con los antebrazos hacia adentro o hacia afuera, acunarlo permanentemente, apoyarlo sobre el hombro, u ofrecerle otras formas de sostén.

**Función lúdica:** se refiere a los intentos del niño y/o de la madre de mantener conductas de juego. Ya sea parte del bebé de buscar jugar con su madre o de la madre de incitar a jugar al bebé.

**La sonrisa:** la sonrisa es para ambos miembros de la díada un movimiento de mímica con carga afectiva. Para la madre es parte del lenguaje que ofrece al bebé, permitiéndolo estimularlo en esa dirección. Para el bebé, se trata de expresar un sentimiento de bienestar y comunicarlo a la madre.
(Oiberman, 2008: 178)

**-Marina Altmann de Litvan (2015)**

En contextos más actuales, estudiamos los trabajos de Marina Altmann de Litvan, por su implicación en el desarrollo de la interacción madre-bebé. Tomamos el libro Encuentros Clínicos madre-infante (2015), que si bien es una investigación de casos únicos con objetivos y metodología específica, podemos observar elementos importantes que hemos venido desarrollando en este trabajo. Encontramos a su vez planteos sobre la intervención del psicoterapeuta, y de lo que va surgiendo en la intervención clínica propiamente dicha. Consideramos fundamental para tomar este trabajo el hecho de que se toman en cuenta la teoría del apego, se aborda la intervención desde una perspectiva del modelo dinámico y comportamental. Dejando a un lado que se trata de una investigación de bebés asmáticos y entre 12 y 14 meses de vida.

Esta intervención apunta a descubrir, en conjunto con los padres, a su bebé, destacando las iniciativas (a través de su cuerpo, vocalizaciones y juego, y teniendo en cuenta los conflictos y emociones del momento específico de desarrollo en el que se encuentra el bebé) que van surgiendo en éste durante la sesión, para que éstos puedan ir percibiendo y entendiendo las distintas emociones que va transitando su bebé.

La técnica psicoterapéutica aplicada se basa en el modelo dinámico y comportamental. Se toman tanto las acciones del bebé (iniciativas, comportamientos, espontaneidad) y lo que va generando en su madre como parte de la relación; como también aspectos de la historia de vida de la madre (infancia, duelos, pérdidas, situaciones de desamparo), detectando las identificaciones proyectivas que perturban su percepción de las manifestaciones del bebé. Y las distintas variables que también forman parte e influyen directamente sobre la interacción madre-bebé, como son: los factores sociales y familiares; factores biológicos del bebé, calidad de apego; hechos

críticos de la vida de la madre, patrones de ansiedad, personalidad, representación de apego; entre otros.

Plantea al psicoterapeuta con una mirada binocular, atento a los aspectos dinámicos y conflictivos de la relación que van surgiendo, y a los aspectos percibidos y observables de los comportamientos de los padres y el bebé, que surgen en la sesión. Nos dice, la visión binocular representa al psicoterapeuta que mira "con sus ojos" y "con sus entrañas". (Altmann de Litvan, 2015: 98)

Para esta autora:

> La observación clínica implica ver como el niño responde a situaciones nuevas y a nuevas personas y como cambian sus respuestas a lo largo del tiempo. El clínico a su vez observa el rol que cada padre juega en la regulación de sus estados, atención, conducta y afecto. La presencia de una determinada conducta del niño o de interacción entre madre y niño deben ser observadas en su contexto y en una estructura más amplia de múltiples interacciones y conductas (LelelandBenham, 2000, p.250). (Altmann de Litvan 2015: 18)

Como parte del trabajo de investigación, Marina Altmann de Litvan(2015) incluye en la intervención clínica una videocámara, para poder observar con mayor claridad qué es lo que se da y cómo se da la interacción madre-bebé. Se detuvieron a observar principalmente "los diferentes tipos de mirada, gestos, el sostén de la madre, el tono muscular, los ruidos corporales, etc., atendiendo especialmente al lugar de la sincronía, la reciprocidad, la sintonía afectiva" (Altmann de Litvan 2015: 19)

Dentro de su intervención encontramos un tipo particular de "intervención temprana singular", que podríamos considerar como herramienta fundamental para observar y trabajar los distintos espacios de encuentro entre la madre y el bebé, **la canción de cuna**. Para esta autora la canción de cuna "constituiría una de las medidas de apoyo que intenta rescatar prácticas y códigos de la comunidad humana para apoyarse en ellos, reactivándolos y fortaleciéndolos"; es decir madre y bebé envueltos por la música, "con su contenido rítmico y melódico, entran en una concordancia de vivencias que actúan como profundo puente de unión. Integrándose progresivamente ambos se aproximan en un entre dos que se convierte en uno", restableciendo la unidad perdida.(Altmann de Litvan, 2001: s/n)

Definiéndola como: "un fenómeno vincular, una zona de encuentro entre la madre y él bebé, intima, secreta, serena, donde se abre un tiempo de espera y esperanza que pone en juego las sincronías y ritmos entre estos". (Altmann de Litvan, 2001: s/n), destacando que también se produce con el padre, hermanos, abuelos o cuidadores y el bebé.

> Cantar una nana es un acto libre y espontáneo, que se repite, recrea y renueva. Es expresión de ternura, de amor, acompañadas y transmitidas a través de gestos, miradas, sostén, balanceo. Refuerza la posibilidad del encuentro o bien la separación con las diferentes personas que se ocupan del bebe en el diario vivir. Crea la ilusión de continuidad frente a la amenaza de separación. Es como un juego, un jugar con el otro que cautiva, como la magia. (Altmann de Litvan, 2001: s/n)

La canción de cuna y el espacio que se establece a partir de ella es considerada una zona intermedia:

> Que no está ni afuera ni adentro; área que podríamos ubicarla entre la fantasía y la realidad. Al decir de W. Winnicott: "se enlazan fantasías o pensamientos del bebé con experiencias funcionales como balbuceo, emisión de sonidos, primeras notas musicales". Manifestaciones que acercan al bebé en un juego de mimos y sonidos que resulta de vital importancia para la unificación del cuerpo del niño y la construcción de su psiquismo. (Altmann de Litvan, 2001: s/n)

Otra de las herramientas utilizadas por Altmann de Litvan desde el inicio de sus investigaciones fue el protocolo de Massie Campbell (1983) sobre el apego, donde se observa la interacción madre-bebé.

Esta escala introduce seis modalidades básicas de apego:

- El intercambio de miradas que se produce entre madre y bebé; es decir, el contacto a través de estecanal sensorial y el mantenimiento del mismo.
- La vocalización o realización de sonidos vocales de mutuo beneficio para la díada madre- bebé.
- El contacto físico o la comunicación piel a piel, iniciado tanto por la madre como por él bebé.
- El sostén, como la mutua y recíproca postura del pequeño y su madre, mientras el pequeño estásostenido por aquélla.
- El afecto, a través de las expresiones faciales como señal de estados emocionales.
-La proximidad y distancia.

(Altmann de Litvan, 2001: s/n)

**Innovación**

Desde hace algunos años en diferentes paísesy recientemente en Chile, se ha ido implementando nuevasherramientas de intervención. Las mismas incorporan el uso de video-feedback,otras agregan el microanálisis, mientras que otras, se denominan específicamente "terapias de interacción guiadas" las cuales toman estos nuevos recursos, definiéndose como un nuevo estilo de terapia. Las mismas tienen como base la teoría del apego, se focalizan en la interacción madre-padre-hijo/a, e

intentan potenciar la sensibilidad materna y paterna. Son prácticas y flexibles, ya que se pueden aplicar en diversos contextos y a bebés o niños/as de diferentes edades.

Para situarnos, encontramos las Intervenciones Tempranas del equipo de Álvaro Pallamares (2016), la cual se caracteriza por ser breve y estar dirigida a la relación de apego construida por la díada papá/mamá- hijo/a y apuntar principalmente a dos objetivos:Aumentar la sensibilidad de los padres frente a las señales del infante, así agilizar y mejorar su respuesta frente a éstas. Y a aumentar la calidad y capacidad de los padres para reflexionar en torno a los estados mentales del infante como sus emociones, intenciones, deseos, creencias, pensamientos, etc. Este equipo incorpora, visitas domiciliarias video-filmadas, el microanálisis y videofeedback.

Las visitas domiciliarias video-filmadas implican la filmación del encuentro de los padres con su hijo en el contexto familiar, se realiza una filmación de unos minutos a cargo de uno de los integrantes del equipo, en este caso el terapeuta no participa.

El microanálisis consiste en el análisis de la filmación que realiza el terapeuta con el equipo de lo que surgió en la intervención clínica, y se agrega la filmación de las visitas domiciliarias, como otro aporte enriquecedor para observar la interacción padres-bebé, en el contexto cotidiano.

Al observar que las filmacionespodían ser más que una herramienta evaluativa para el terapeuta, se comienzan a mostrar la filmaciones (partes seleccionadas previamente por el equipo) a los paciente, con el fin de abordar y trabajar lo que se generó en ese momento de la filmación y lo que se va generando en el aquí y ahora. Surge así la implementación del video-feedback en la intervención, como instrumento interventivo, el cual permite al cuidador verse a sí mismo interactuando con su bebé, observando la comunicación que se da entre ellos, y los comportamientos y reacciones de cada uno frente a esta interacción. Esta herramienta permite corregir desde patrones de comunicación desorganizados hasta pequeños detalles de coordinación de la interacción madre-bebé.

El video-feedback posibilita:

– Aprender a reconocer el comportamiento de búsqueda de contacto y de exploración del bebé.

– Desarrollar una mejor percepción de las señales y expresiones sutiles del bebé.

– La importancia de responder adecuada y prontamente a las claves del bebé.

– Y la mejoría en la sintonía afectiva y el intercambio de emociones entre la madre y su bebé. (Gómez, Muñoz, Santelices, 2008: 246)

Como mencionamos, actualmente encontramos las denominadas Terapia de Interacción Guiadas (IG), es también una terapia breve, que se focaliza en mejorar las

interacciones cuidador- niño/a, desde un enfoque sistémico y la teoría de apego. Para su intervención intercala sesiones de juego familiar grabadas en video, con sesiones de observación en secuencias de interacción positivas y negativas seleccionadas por el terapeuta. Busca reforzar los comportamientos interactivos funcionales y modificar los patrones disfuncionales, particularmente aquellos relacionados a los síntomas que presenta el niño/a, los cuales constituyen el foco terapéutico(Suarez et al., 2009: 204). Forcada-Guex, 2007, citado por Suarez, et al (2009):

> La IG tiene el objetivo de ayudar a los padres a reconocer y desplegar sus capacidades y a sentirse más competentes, a disfrutar más de la relación con su hijo/a, a desarrollar una mayor comprensión de sus comportamientos, recursos y necesidades ligadas a su desarrollo evolutivo y características particulares. (Suarez et al., 2009: 205)

Esta intervención cuenta con una metodología particular, se incluye la grabación en video de cada sesión de una secuencia de juego de algunos minutos. Es decir, se le pide a los padres que jueguen con su hijo, ofreciéndoles un set de juguetes acorde a la edad del niño/a, en este caso, el terapeuta adquiere una actitud pasiva, de observador neutro. Se intercalan estas sesiones de juego con sesiones de exposición y discusión de secuencias de interacción positivas y negativas seleccionadas por el terapeuta, la selección de secuencias de video depende del foco de intervención desarrollado por el terapeuta. El juego en este tipo de intervención se vuelve fundamental, desde el lado de las familias es algo novedoso y diferente, genera un nuevo espacio de interacción, de comunicación y vinculo lúdico entre los padres y su hijo/a. Del lado de la observación permite identificar aspectos conductuales concretos de la interacción. Para esto, se toman como guía los criterios propuestos por Crittenden (1981): expresiones faciales, expresiones vocales, posición y contacto corporal, expresiones de afecto, ritmo de la toma de los roles, control y tipo de actividad. Tomando a su vez secuencias negativas y positivas de la interacción, para que posteriormente la madre y/o padre o cuidador, puedan percibir la diferencia y discutir cómo poder generar una interacción más positiva con su hijo/a. Esto permite a su vez, generar mejorías y potenciar la sensibilidad del cuidador.

> La IG tendría un elemento técnico central que consistiría en la generación de una dinámica clínica que estimula la sensibilidad y la función reflexiva parental, facilitando con posterioridad la generación de conductas sensibles en la relación, lo que se ha visto tiene un impacto significativo en diversas áreas del desarrollo infantil, especialmente en el desarrollo de un apego seguro(Kivijarvi et al., 2004; Vereijken, Riksen-Walraven& Kondo-Ikemura, 1997). (Suarez et al., 2009: 206).

La Terapia de Intervención Guiada, posee características significativas para su desarrollo y adaptación en diferentes contextos, entre ellas encontramos: - Fuerte énfasis en las fortalezas y recursos de las personas, por sobre la consideración de carencias, limitaciones o patologías.

– Se centra en las interacciones sistémicas del aquí y ahora (aunque, si se requiere las historias, fantasías, representaciones pueden ser exploradas brevemente).

– Se utiliza el término foco de intervención, como filtro para priorizar las necesidades de intervención y evaluar las posibilidades de cambio.

– Se basa en la retroalimentación constante de los aspectos que sí funcionan en la interacción entre padres e hijo/a, generando alianzas de trabajo que permitan el posterior trabajo de los aspectos negativos de la interacción.

– Se plantea como una intervención breve, (promedio de 6 a 12 sesiones), permitiendo grandes mejorías a corto plazo.

Cabe destacar que la IG al ser una herramienta de intervención, breve y focalizada, puede ser implementada en paralelo y de manera complementaria con otras intervenciones tanto familiares como de los miembros de la familia en forma individual. “Esta modalidad técnica es un medio para trabajar una mejor vinculación entre padres e hijo/a, no un fin en sí misma”. (Suarez et al., 2009: 212-213).

Encontramos en cada una de las intervenciones mencionadas, la importancia de observar la interacción madre, padre o cuidador con el bebé en el aquí y ahora; el aquí y ahora se vuelve fundamental cuando trabajamos con un bebé, es a partir del ahora que podemos modificar la interacción, el bebé esta en desarrollo y crecimiento, y cuanto antes podamos intervenir en el obstáculo que imposibilita la comunicación de éste con su madre, padre o cuidador, mejor será para su posterior desarrollo. Al estar adquiriendo nuevos aprendizajes y conociendo constantemente cosas nuevas, para el bebé será más fácil adaptarse a las nuevas pautas propuestas por la intervención (como por ejemplo la inclusión de la canción de cuna). A su vez, si se ha establecido una interacción perturbada o desencontradas entre el bebé y su cuidador, cuanto más pronto se identifique esta situación, más posibilidades habrá de que el bebé no se “canse” y desista de intentar comunicar sus necesidades y sentimientos, incomprendidos hasta ahora por sus padres.

Observamos también, como desde diferentes posturas cada una de estas intervenciones toma como central la teoría del apego, depositando gran valor a la sensibilidad materna, paterna, o del cuidador, para el fructífero desarrollo del bebé. Resaltando cada mínimo detalle como fundamental en el encuentro de la madre, padre con su bebé.

## Conclusiones

A partir de la elaboración de este trabajo se logró observar cuán importante es la intervención en la interacción cuidador/es-bebé. Tomando la intervención como: promotora y generadora de cambios en el encuentro madre-padre-bebé y en reencuentro de cada uno consigo mismo en su rol, de madre, de padre e hijo.

La intervención clínica en la temprana infancia apunta al conocimiento y reconocimiento de los padres con su bebé y de éste con ellos. Considerando fundamental la comprensión y aceptación las particularidades de cada uno, por parte de los padres, sus conflictos, sus deseos y fantasías respecto a su hijo/a y a ellos mismos como padres; y del bebé, sus momentos evolutivos, su ritmo, su deseos y necesidades.

Los padres devienen padres con el nacimiento de su hijo, por lo tanto, para ellos también esto implica un mundo nuevo de adaptación, con desafíos, con un sinfín de sentimientos, muchas veces ambivalentes. La madre, suele verse exigida socialmente en su rol, sintiéndose muchas veces desbordada frente a esta nueva situación. Mientras que al padre algunos autores no le dan la trascendencia que realmente tiene tanto desde el embarazo como desde el acompañamiento en las funciones parentales. El bebé,quien fue por años considerado una “hoja en blanco”, pero que sin embargo actualmente se le ha reconocido su participación activa dentro de vínculo madre-padre-bebé, y del entorno.

Observamos que las familias son singulares y que cada una de ellas ejerce las funciones parentales de acuerdo a sus posibilidades. En tal sentido no es posible hablar de buenos o malos padres, se trata de interacciones diádicas o tríadicas en las que encontramos padres más dispuestos, con más posibilidades internas y externas y otros con menor disponibilidad a entender y acompañar a sus hijos en su desarrollo; así como también encontramos bebés más demandantes, más comunicativos o con más carácter que otros. Cada uno se va formando en el encuentro con el otro, amoldándose y adaptándose al entorno y al ambiente que lo rodea. Cada bebé es único, cada relación madre-bebé y padre-bebé es única y particular.

Comprendiendo la situación en la que se encuentran los padres al verse desbordados y angustiados, por no entender las necesidades de su hijo, y al observar que el bebé se vuelve síntoma de esta incomprensión, surgen los diferentes aportes, teorías y herramientas desde la clínica, con respecto a cómo enfrentar dicha situación, cómo ayudar a estos padres y al bebé a poner en palabras lo que viene sucediendo.

Es en este momento que se vuelve primordial la intervención clínica, y sobre todo la mirada y el aporte del psicólogo para ayudar a comprender que pasa en el aquí y ahora, en el encuentro de estos padres con su bebé, ofreciendo sostén y contención. Restablecer la armonía en la relación padres-bebé, cuando se ve afectada en sus interacciones constituye un aporte fundamental para la salud mental tanto del bebé, como de sus padres.

Identificamos que las intervenciones clínicas en la temprana infancia se focalizan principalmente en el encuentro de los padres con su bebé, en la estimulación de la sensibilidad parental, en potenciar una comunicación saludable que fortalezca la capacidad de mentalización de los padres, intentando promover una mayor comprensión y visualización de las características y necesidades de su hijo/a. Permitiendo un vínculo saludable, potenciador de un apego seguro.

Considerando fundamental para la observación e intervención en el vínculo cuidador-bebé, la teoría del apego, como teoría explicativa del comportamiento materno-paterno y del bebé, para un desarrollo vincular saludable. Cuanto más seguro sea el apego (más sensible sea el cuidador a decodificar y responder a las necesidades del bebé), más seguro de sí mismo será el bebé, más cooperativo con los demás y sobre todo más audaz en sus exploraciones al entorno.

Percibimos como actualmente la tecnología ha invadido también a nuestro encuadre y quehacer como psicólogos, aportando nuevas herramientas de trabajo, favoreciendo nuestra mirada, ya que permite mostrar a través de video-filmaciones o imágenes lo que nosotros vemos, lo que nosotros reconocemos como fundamental en la intervención que con solo nuestra palabras no podríamos trasmitirles a los padres. En tal sentido se identifican y manifiesta a los padres los intercambios de miradas, los momentos de conexión con el bebé y la respuesta de ese bebé a su madre y/o padre, como por ejemplo el momento justo en el que el bebé busca el contacto con su cuidador a través de la mirada o de la sonrisa, que quizás éste no lo vio por estar atendiendo algo más.

Tomando como propias las palabras de Puig &Sguassero (2007), se vuelve crucial proyectar intervenciones que tiendan a fortalecer las relaciones intersubjetivas que se liguen al interior de la pareja, la familia y la comunidad. Y que estás puedan sostener, reforzar y ayudar a los padres de hoy, potenciando la co-construcción de “bases seguras” para explorar su mundo así como para ofrecerlo a las nuevas generaciones, más aún cuando se trata de desplegar el deseo de ser padres y madres en estos tiempos de complejidad e incertidumbre. (Puig &Sguassero, 2007: s/n)

# Bibliografía


Altmann de Litvan, M. (1996). Correlato entre el bebé reconstruido y el observado. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 84-85, 153-170. Recuperado de: http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471996848512.pdf

Altmann de Litvan, M. (1998). Juegos de amor y magia entre la madre y su bebé. La Canción de Cuna. Montevideo. Editorial Mano a mano.

Altmann de Litvan, M. &Gril, S. (2000). Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana. En Revista Uruguaya de Psicoanálisis, Nº 91. Recuperado de: http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf

Altmann de Litvan, M.(2001). Arrullo, ritmos y sincronías en la relación madre-bebé. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas corporales, 1; 49-62. Recuperado de: https://es.scribd.com/document/73604653/Sincronias-en-La-Relacion-M-B

Altmann de Litvan, M. (2007). La observación de bebés: un campo de preguntas y desafíos para el psicoanálisis contemporáneo. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 104; 241 – 259. Recuperado de: http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup104/rup104-altmann.pdf

Altmann de Litvan, M. (2015). Encuentros clínicos madre – infante. Estructuras relacionales subyacentes en procesos psicoterapéuticos breves. Buenos Aires. Editorial Biebel.

Bernardi, R; Díaz Rossello, J; &Schkolnik, F. (1982) Ritmos y sincronías en la relacion temprana madre-hijo. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 61, 93-100. Recuperado de: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/ritmos_y_sincronias_en_la_relacion_temprana_madre-hijo.pdf

Bowlby, J. (1989) Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Carbonell, O. A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas VII* (2): 201 - 207.Recuperado de:http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200008

Coriat, E. (1996) El psicoanálisis en la clínica de bebés y los niños pequeños. Buenos Aires. Ediciones de la Campana.

Crittenden, P. (2002) Nuevas implicaciones clínicas de la teoría de apego. Valencia. Editorial Promolibro.

Defey, D. (1995). El bebé, sus padres y el hospital. Serie Mujer y Maternidad Tomo III. Montevideo. Editorial Roca Viva.

Del Castillo, M (2013) El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad cambia la vida para siempre. Publicado en Aperturas Psicoanalíticas nº44 el 10/06/2013. Recuperado de: http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000818&a=El-nacimiento-de-una-madre-Como-la-experiencia-de-la-maternidad-cambia-la-vida-para-siempre-[Stern-D-y-col]

Díaz Rossello, J., Guerra, V.,Strauch, M., Rodriguez , C &Bernardi, R. (1993) La Madre y su Bebé: Primeras Interacciones. Montevideo. Editorial Roca Viva.

Dio Bleichmar, E. (2005) Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos.Buenos Aires. Editorial Paidós.

Freire de Garbarino, M. (1992) Interacción Temprana. Investigación y terapéutica breve. Montevideo. Editorial Roca Viva.

Freire de Garbarino, M. (1993) 1as Jornadas Nacionales. Interacción Temprana. Tomo II. Montevideo. Editorial Roca Viva.

Gomez, E. & Muñoz, M. (2011). Efectos de la Terapia de Interacción Guiada sobre el bienestar de díadas en riesgo psicosocial. Publicado en Terapia psicológica 2012, vol. 30, N° 1, 15-24.Copyright 2012 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa) · ISSN 0718-4808 (en línea) Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082012000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

Gómez E., Muñoz M., Santelices M. (2008).Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile. Publicado en terapia psicológica 2008, Vol. 26, Nº 2, 241-251. Copyright 2008 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa) · ISSN 0718-4808 (en línea). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Esteban_Gomez_Muzzio/publication/41025102_Efectividad_de_las_Intervenciones_en_Apego_con_Infancia_Vulnerada_y_en_Riesgo_Social_Un_Desafio_Prioritario_para_Chile/links/0046351d2fad47f5cf000000.pdf

Lebovici, S. (1988). El lactante, su madre y el psicoanalista. Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

Oiberman, A. (2008) Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé. Buenos Aires Editorial Lugar.

Pallamares, A. (2008). Uso de la tecnología en la investigación y práctica de la psicología infantil. http://psinfantil.blogspot.com.uy/

Paolicchi, G., Kohan Cortada, A., Pennella, M., Maestro, C., Garau, A., Colombres R., Abreu, L., Bosoer, E., Rodríguez, M. F. (2014) Apego y Juego. Marcas epocales en la conformación de las funciones parentales. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Publicado el Domingo, 07 Septiembre 2014. Recuperado de:

http://www.campusvirtual.psi.uba.ar/joomla/index.php/articulos-investigaciones/ninos/172-apego-y-juego-marcas-epocales-en-la-conformacion-de-las-funciones-parentales

Puig, G; &Sguassero, Y. (2007) Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/

Stern, D. (1990). Diario de un bebé. Qué ve, siente y experimenta el niño en sus primeros cuatro años. Buenos Aires. Editorial Paidós.

Suárez N., Muñoz M., Gómez E., Santelices M. (2009). Terapia de Interacción Guiada: una nueva modalidad de intervención con familias multiproblematicas y en riesgo social. Publicado en Terapia Psicológica 2009, Vol. 27, N° 2, 203-213. Copyright 2009 by Sociedad Chilena de Psicología Clínica ISSN 0716-6184 (impresa) · ISSN 0718-4808 (en línea). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718 48082009000200006

Winnicot, D. (1990). Los bebés y sus madres.Buenos Aires. Editorial Paidós.

Winnicott, D. (1993). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires. Editorial Paidós.