

LAS INTERVENCIONES SOBRE EL VÍNCULO MADRE-BEBÉ EN PADECIMIENTOS ORGÁNICOS¹

Participation on mother-baby link with respect to organic ailments

*Esperanza Pérez de Pla**

Resumen

La autora presenta la experiencia de un grupo interdisciplinario de psiquiatras y psicólogos que han compartido una formación específica en el campo del desarrollo temprano del niño y desde una concepción psicoanalítica de los fenómenos mentales abordan la consulta terapéutica madre-bebe, con fines preventivos, específicamente en un grupo de bebes con afecciones graves y consideradas irreversibles desde el punto de vista orgánico y otro grupo de niños de padecimientos muy molestos pero clásicamente descritos como transitorios y no alarmantes.

Palabras clave: relación madre niño

Abstract

The author presents the experience of an interdisciplinary group of psychiatrists and psychologists with have shared a specific training in the field of the child early development and from a psychoanalytic conception of mental phenomena they approach therapeutic consulting mother-baby, with preventive objectives, specially in a group of babies with serious ailments which are considered irreversible organically speaking and another group of children with very annoying ailments but classically described as transitory and no alarming.

Key words: mother-child relationship

* Asociación Mexicana para el estudio del Retardo Mental y la Psicosis Infantil.

1. Presentado en el I Congreso de Psicología Clínica del Centro Médico La Raza del IMSS, México, D.F., 6-a 10 de octubre de 1997.

“El primer año de vida es el prólogo de cualquier acto de amor del futuro”

S. Lebovich

Como introducción a esta mesa me propongo hablarles de manera muy resumida de una de las actividades más recientes y a mi parecer más interesantes mediante la cual el equipo “psi” logra integrarse a una efectiva interdisciplinariedad en el ámbito del hospital pediátrico o en la práctica privada. Me refiero a la intervención sobre el vínculo madre- bebé cuando éste se encuentra perturbado ya sea por circunstancias anormales del pequeño, de la madre, del entorno familiar y social o por varias de estas causas a la vez. Intervención que a mi parecer merece el nombre de *psicoterapia madre-bebé* tal como intentaré mostrarles aunque también podríamos llamarle *consulta terapéutica madre- bebé*.

Aclaro que hablo de una manera amplia del equipo “psi” porque en nuestro caso, y pienso que es recomendable que así sea, no se trata de un grupo con un solo tipo de formación profesional, sino de especialistas capaces de realizar una forma particular de intervención sobre el vínculo madre- hijo utilizando un pensamiento que integra diferentes disciplinas para acceder a un trabajo más integral en el campo asistencial. Tal como en esta mesa, cada día, compartimos la tarea médicos psiquiatras, como es mi caso, y psicólogos clínicos como son las compañeras aquí presentes. Y somos equipo porque tenemos en común dos instrumentos esenciales: 1. Una formación específica en el campo del desarrollo temprano y 2. Una concepción psicoanalítica de los fenómenos mentales que nos permiten abordar de una manera profunda la complejidad de factores que entran en juego en la relación madre- bebé.

Ahora bien, ¿de qué manera conceptualizamos y aplicamos esta forma tan peculiar y delicada de psicoterapia vincular a la que me estoy refiriendo?

El trabajo psicológico con bebés, al inicio realizado fundamentalmente de manera especulativa, ha ido tomando una forma más clínica desde hace unos cincuenta años y el auge, actualmente importante de estas actividades, que involucran sobre todo a psicoanalistas y psicólogos del desarrollo, tiene unos veinte años. Diferentes aportaciones respecto a la normalidad y patología del primer año de vida han ido configurando un amplio terreno de investigación y paralelamente de aplicación clínica. Las instituciones asistenciales y de investigación, sede preferencial de este trabajo han ido abriendo el campo al consultorio privado y a los

centros de atención infantil. Autores como Brazelton, Spitz, Winnicott, Bick, Bowlby y Lebovici han sido pioneros en este tema en diferentes países.

El trabajo que queremos relatarles de manera central, tiene como sede el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y reúne dos servicios de la institución: el de Psiquiatría y el de Gastroenterología y Nutrición, con el equipo de AMERPI¹, institución de la que somos miembros fundadores hace más de 10 años. ¿Cuál es la historia de esta convergencia? La experiencia recogida tratando niños con patologías muy graves, con resultados muchas veces limitados, nos llevó a plantear la necesidad de intervenir lo más precozmente posible sobre ciertos casos, y tratar de evitar o por lo menos frenar y suavizar las evoluciones graves hacia las psicosis, el autismo, el retardo mental, o los diferentes trastornos severos del desarrollo. Prevenir o en su caso modificar las evoluciones mórbidas, antes de llegar a los cuadros clínicos más graves, nos hizo dirigir los ojos a los bebés y a las patologías del primer año de vida. Además se trataba de aplicar una serie de conocimientos ya implementados exitosamente a nivel privado, ahora en el ámbito hospitalario y con otro tipo de padecimientos. Pusimos así en marcha, gracias a la amable recepción de los respectivos jefes de servicio, una investigación clínica incluida en la parte asistencial del hospital, y nos mantenemos allí observando y realizando intervenciones precoces, cuyo valor e importancia futura debemos investigar aún, pero que percibimos ya como muy promisorias.

Hay hechos clínicos indiscutibles que nos permiten **fundamentar** nuestros conceptos y nuestra forma de intervenir. Ya no podemos hablar del bebé aislado: **no hay psicopatología del bebé que no incluya a sus padres y en especial a su madre**, Winnicott, verdadero pionero en este campo de la psicopatología temprana, al cual lo había introducido naturalmente su doble identidad de pediatra y psicoanalista, ya lo había dicho y de la manera más enfática, en medio de una discusión que marcó derroteros en el pensamiento psicoanalítico inglés: “*Eso que llamamos bebé no existe*”, dijo. Y produjo una reacción de estupefacción. Pero su frase es clara, se refiere a lo inadecuado de tomar sólo al bebé como objeto de estudio y de teorizar respecto a él como individuo aislado. Por eso esta mesa, desde su planteo mismo se ubica en el espacio entre la madre y el bebé, en la interfase, en ese lugar donde se están creando las condiciones del desarrollo, en el vínculo materno- infantil.

1. Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo Mental y la Psicosis Infantil, Grupo Teseo.

Esto implica introducir los aspectos etnológicos y antropológicos para pensar al bebé en el seno de una familia que es parte de una cultura determinada, lo que amplía aún más el campo de investigación.

En realidad la vertiente cultural está en la base misma del proceso de pensamiento que culmina en este tipo de labor y en el creciente interés sobre el primer año de vida. Hemos cambiado mucho para animarnos a decir: no podemos seguir recibiendo los casos graves y cronificados cuando ya podían ser detectados y tratados varios años antes. Prevenir más que curar es también nuestra meta. Hoy por hoy podemos decir que debemos saber qué hacer con los bebés y sus padres, y por supuesto, queremos transmitir lo que hacemos, a los pediatras, autoridades de salubridad y ¿por qué no? al público en general. En realidad el camino es largo y que ahora se esté abriendo ostensiblemente implica la progresiva modificación de los puntos de vista respecto al lugar del niño en la sociedad, hasta llegar al bebé y a los estudios sobre su desarrollo normal y patológico. Que la conocida frase “Más vale prevenir que lamentar” no se olvide y que aquella mucho más dura y aparentemente paradójica: **“El niño es el padre del hombre”** sea oída con toda su fuerza inductora de medidas e intervenciones preventivas. Y el hecho indudable de que en ciertas clases sociales y países, el fruto de cada concepción sea altamente valorado y que sobre él recaigan elevadas expectativas de calidad - se espera que cada bebé sea perfecto - implica profundos cambios en la sociedad, cambios que por supuesto nos incluyen.

Hablo como psicoanalista. Pensábamos en el niño como el pasado a reconstruir en los adultos, y aún si éramos psicoanalistas de niños había un niño más pequeño a reconstruir, pero no podíamos aventurarnos cabalmente al primer año de vida porque el límite clásico estaba señalado por la aparición del lenguaje. Pero eso nos dejaba afuera de los momentos germinales de la normalidad y de la patología ¿No es esto algo paradójico? Y repito, sabemos hoy que no se trata realmente de actuar sobre el bebé, sino de enfocar el vínculo madre-hijo, conceptualizándolo dentro del psicoanálisis.

Proponemos plantearse algo que precede al lenguaje que nos lleva a su génesis misma, al período en que la actividad del bebé es incipiente y es más bien actuado (por otros), en que es dependiente y “pasivo”². Es la etapa, increíblemen-

2. Una pasividad relativa y aparente que merece un estudio muy cuidadoso.

te rica y determinante en que está emergiendo el pensamiento, la capacidad simbólica. Y esto se da en la economía interaccional, intersubjetiva. El bebé es a la vez actuado y activo, desarrolla vínculos y es capturado por vínculos. Reciprocidad de las inversiones madre-bebé y a la vez necesaria asimetría entre los participantes en la relación. Este modo de interacción diádica y el estudio bidireccional es central en este estilo de trabajo y ha dado un verdadero giro a los posibles hallazgos en este campo. Lo que allí ocurre es enormemente complejo y rico y ha sido designado de diferentes maneras: espiral transaccional de Escalona, negociaciones de Soulé, inversiones recíprocas de Kestenberg. Es un diálogo conductual el que allí se desarrolla, que incluye un "diálogo tónico" (corporal) que puede ser interpretado por la madre. Y aquí encontramos la matriz del aparato psíquico, la inscripción de las primeras representaciones inconscientes.

Es importante señalar que las técnicas de observación han sido la base del método, observación minuciosa, detallada, exhaustiva que intenta abstenerse de interpretar demasiado rápido, para no prejuiciar el conjunto de la observación. Pero que, sobre todo en nuestra manera de acercarnos a estas madres y a los bebés enfermos que encontramos en el Hospital es parte de una escucha, que incluye lo que nos dice la madre y que, a la vez, trata de captar el mensaje, el texto que expresan los movimientos, los gestos, las actitudes del bebé. Este trabajo implica un profundo compromiso en la situación de vínculo y promueve fuertes movimientos identificatorios que se ponen en juego en todos los casos. Tomo una frase de Lebovici: "La clínica de la interacción es una evaluación de lo que se organiza en las transacciones, del camino que lleva de la acción al pensamiento, de lo 'convivido', lo 'coafectivo', a lo 'copensado'." Es el camino que va del apego a la interacción, o mejor al vínculo.

La especificidad de estas psicoterapias del vínculo, su penetración y riqueza surgen básicamente:

1. De la teoría psicoanalítica en sí misma, de la profundidad de los conocimientos que ha logrado en el área del desarrollo infantil y los factores vinculares del mismo, del análisis de ese medio ambiente imprescindible que es la madre como persona total, de la dinámica familiar en su conjunto.

2. Del dispositivo clínico ideado con este fin que reúne una observación muy detallada del bebé y sus interacciones, una escucha atenta de los niveles tanto conscientes como inconscientes del discurso de los padres y una devolución muy

respetuosa y en general puntual de lo obtenido en el encuentro que intenta poner en marcha la dinámica de la relación materno- filial normal que se ha paralizado o distorsionado. El **atender observando** implica **poner atención**, en el sentido amplio del término, a detalles ínfimos que encuentran así su lugar de significación pleno y pueden entonces hablarnos de los sujetos en juego.

Queremos poner énfasis en ese tiempo de abstención propositiva de toda interpretación que nos ubica sin prisa de entender y sin urgencia de actuar, en una postura esencialmente psicoanalítica, que nos aleja del apresuramiento de la demanda de los adultos y nos acerca al bebé y a su lugar subjetivo, marcado por los síntomas pero no abarcable por éstos, abstención que nos aleja del furor curandis y de numerosas conductas médicas invasoras e irrespetuosas de lo original e irrepetible de cada situación. *Y, sobre todo les da tiempo a los padres para que, al ser observados, consigan verse y retomar su lugar natural de conductores del proceso del desarrollo y del vínculo y que no crean que lo deseable es que el terapeuta lo asuma.*

La intervención temprana según estos parámetros permite a la vez dos niveles de comprensión: el intrapsíquico y el relacional y responde entonces a diferentes aspectos del problema. Nuestra experiencia, tanto en ámbitos hospitalarios como privados, con lactantes que padecen diversas patologías orgánicas es de lo más positiva. La indicación de este tipo de intervención la pueden hacer los pediatras u especialistas que observan una evolución desfavorable del bebé que rápidamente se distancia de la evolución promedio y/o distorsiones del vínculo con la madre que le resultan alarmantes. A veces son los padres mismos que la solicitan para mitigar la angustia. En general se observa desequilibrio creciente de la madre que se deprime, se angustia o deja de ocuparse adecuadamente del niño y muy frecuentemente la familia entera entra en crisis con peligro de desmembramiento.

La duración de la intervención es muy variable, con frecuencia son consultas terapéuticas o terapias breves, de dos, tres o hasta diez sesiones, otras veces son psicoterapias más prolongadas porque la psicopatología del bebé se instala precozmente y porque la madre, muchas veces profundamente afectada, lo requiere. En esos casos se puede trabajar sin finalización prefijada y también es posible recomendar a los padres tratamientos personales. En conjunto y sea cual sea su duración son estas intervenciones en que la contención de la situación de ansiedad ocupa un lugar central. Es por eso que esta práctica ha recibido también

el nombre de *clínica del holding en el sentido winnicottiano del término. Ser sostenido para poder sostener.*

Quiero citar algunos otros conceptos importantísimos : **el concepto de riesgo o de bebé vulnerable** que requiere una rápida detección. El riesgo incluye la posibilidad nada rara de que su nacimiento desencadene conflictos conyugales, separación y divorcio. Vulnerable por razones biológicas o por haber llegado al mundo en familias perturbadas. Ellos requieren seguimiento y muchas veces tratamiento a través del vínculo, lo cual implica revisar las fantasías de la madre (se habla a veces de interacción fantasmática) para no permitir la mutilación, la instalación de una enfermedad mayor que deteriore las capacidades disponibles aunque sean limitadas y que es posible desarrollar aunque sea más difícil.

Pensemos ahora qué ocurre en el medio hospitalario. La enfermedad orgánica es la que determina, sobre todo inicialmente, todas las conductas, pero rápidamente podemos observar los otros factores que entran en juego y el vínculo madre-hijo se manifiesta como uno de los más esenciales.

Sin embargo este enfoque despierta grandes reacciones y resistencias. Resistencia de los padres y también de los pediatras. En el caso de los niños más graves suele vérselo como inútil o accesorio. En el de los niños menos afectados surge el temor de consultar y así etiquetar a los bebés de “anormales”. Habría mucho que discutir pero quiero aclarar que sólo abordando las **diferencias** se podrán enfrentar los problemas. El comienzo de la vida es un tiempo donde todo ocurre de manera muy acelerada y durante el cual debemos intervenir suave pero incisivamente para que un niño que se retrasa o desvía tome el paso de los otros.³ A nuestro favor está la plasticidad propia de la edad. Si esperamos unos pocos años, posiblemente ya habrá deterioros irreversibles. Por eso es tan importante que los pediatras estén cabalmente informados y recurran sin temor ni prejuicio, y a la vez sin exigir imposibles, al equipo psicológico, que con frecuencia en unas pocas sesiones consigue encauzar una evolución que dejada sin ayuda arriesga generar círculos viciosos sobre los cuales es luego sumamente difícil incidir.

Una postura necesaria en este campo es el respeto e incluso la defensa de las madres. Esto implica la desculpabilización que permita enfrentar los errores y

3. O que por lo menos lo intente, para que en los niños muy afectados congénita o muy tempranamente se obtenga el desarrollo y funcionamiento máximo posible, dentro de las limitaciones derivadas de sus problemas orgánicos.

sobre todo la negación de los problemas, para así llegar a las raíces de muchas actitudes que producen la indignación del equipo médico, pero que, por no hallar solución real más allá del regaño tienden a repetirse con gravísimas consecuencias. Informar y prevenir es nuestra obligación y un derecho de nuestros consultantes: bebés y adultos.

En suma, estamos en la avanzada de un campo apasionante donde investigamos y luchamos alrededor del tema de los orígenes, de las raíces de la normalidad y la patología, de la constitución subjetiva. Este es un enfoque indispensable.

Partimos de algunas afirmaciones básicas: la enfermedad orgánica es un factor que favorece la aparición de perturbaciones en el vínculo madre-bebé (ansiedad, depresión, sobreprotección, etc.) La magnitud, modalidad y persistencia de esas perturbaciones deberá valorarse en cada caso. A veces incluso, el desorden y la patología vincular no son consecuencias de la enfermedad orgánica sino causa principal o secundaria de la misma.

Me referiré solamente en esta ocasión, a modo de ejemplo y muy sucintamente, a las intervenciones precoces realizadas con dos tipos de patologías muy diferentes con las que he trabajado personalmente, pero creo y confío que podrán ustedes imaginar las posibilidades de nuestra propuesta en muchísimos otros casos. Ex profeso he seleccionado un grupo de afecciones graves y consideradas irreversibles desde el punto de vista orgánico y otro de padecimientos muy molestos, pero clásicamente descritos como transitorios y no demasiado alarmantes.

Empezaré por estos últimos, se trata de **los bebés con reflujo gastroesofágico (RGE)**. En primer lugar un poco de historia. Hace ya muchos años nos llamó la atención la frecuente aparición de RGE como antecedente patológico en niños con severos trastornos del desarrollo, incluidos psicóticos y autistas. Los pediatras suelen asociar este problema con la presencia de inmadurez o alguna afectación neurológica, sin embargo nunca nos pareció ésta una explicación totalmente convincente y pensamos que debíamos saber más sobre esta afección. Esta reúne cuadros bastante diferentes por su gravedad y evolución y cada día parece ser más frecuente. No estamos en momento de construir hipótesis causales y de ningún modo estamos proponiendo una postura etiológica psicogénica, sino que estamos en la etapa de observar y de contarles lo que vemos. Lo que sí podemos decir son dos cosas:

1. Que en esta patología el vínculo madre-bebé está frecuentemente muy perturbado, lo cual puede ser en gran medida consecuencia de lo doloroso para ambas partes de los síntomas del reflujo, que introduce en la relación nutricia primaria, que por excelencia debiera ser placentera y satisfactoria, elementos persistentes de dolor y rechazo;
2. Que las intervenciones sobre el vínculo tienen efectos notorios sobre la madre (y/ o padre) y el bebé, que se manifiestan por una disminución de la ansiedad y una modificación de aspectos conscientes conductuales de la relación madre-bebé, detrás de los cuales percibimos los conflictos inconscientes en juego que al irse solucionando hacen más fluido y saludable el vínculo. Pensamos, por nuestras observaciones clínicas, que asociar estas psicoterapias madre-bebé con los tratamientos médicos puede ser un factor que favorece la recuperación del padecimiento físico.

Por último quiero dedicar unos minutos a un tema que valoro mucho y sobre el que vengo investigando desde hace varios años junto con otros compañeros de AMERPI. Me refiero a la intervención con **los bebés con alteraciones genéticas**.

En el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil celebrado en Santiago de Chile, cuyo tema fue "Cambio de Futuro", hablé extensamente de este tema. Uno de los aspectos esenciales que intenté transmitir se refería a la importante transformación de la calidad de vida que han experimentado los sujetos afectados de alteraciones cromosómicas proponiendo como ejemplo el hecho de que el rendimiento y adaptación de una persona con Síndrome de Down es muy diferente en la actualidad que hace 50 años. Es bastante conocido que las técnicas de estimulación temprana dirigidas a la psicomotricidad son importantes para lograr estos saltos cualitativos, sin embargo poco se conoce de la eficacia de las psicoterapias madre-bebé, en los casos en que la madre, abrumada por la gravedad de la enfermedad, pierde las fuerzas y se llena de contradicciones justamente cuando más se necesita que sea fuerte para libidinizar un cuerpo congénitamente discapacitado. Puedo afirmar que en ciertos casos y en determinados períodos o circunstancias está formalmente indicado este tipo de intervención, que no sólo resuelve algunos problemas concretos, sino que lanza hacia adelante el desarrollo tan fácilmente estancado de estos niños y allana en gran medida su futuro.

Aquí entra el tema de los pronósticos presuntamente "objetivos" pero en el fondo prejuiciados por el desconocimiento de las nuevas herramientas que nos

dan estos métodos, el cual debe ser ampliamente debatido. Uno de los prejuicios claves es pensar que por tratarse de una patología genética, la manifestación clínica será fija e incambiable como lo es, por lo menos en nuestros días, la anormalidad cromosómica de base. Nada más erróneo que esta postura. Tenemos ya experiencia de que no pocos niños de los que se espera un retardo mental profundo o una retracción “autista” pueden tener una evolución muy diferente si se los trata adecuadamente, porque no son los genes los que determinan esta evolución de manera exclusiva, sino también el lugar en que se ubica a estos pacientes como irrecuperables. Sugerimos pensar siempre a estos pequeños como bebés en riesgo de la misma manera que a aquellos otros de los que se sospecha algún daño neurológico perinatal y actuar en consecuencia, o sea reuniendo la atención médica y psicológica de la manera más integral. Como lo ha mostrado la Dra. Sánchez y su equipo en el Instituto Nacional de Pediatría, esto puede cambiar notablemente su pronóstico funcional. Actualmente sabemos que la expectativa de evolución psíquica de este tipo de pacientes debe estar en constante revisión y que cada día se espera más de ellos, lo que es muy conocido como dije antes, sobre todo para quienes padecen S. de Down.

Por definición estos niños crecen en vínculos atacados y distorsionados por la gravedad del cuadro, por las fantasías monstruosas que se ponen en juego y por los prejuicios que jalonan toda su existencia. En situaciones como la relatada y en general en el campo de la discapacidad adquiere un extraordinario valor la observación de bebés desde la óptica psicoanalítica, que se ha venido describiendo, como método privilegiado que permite restituir un lugar al sujeto potencialmente pensante y deseante, promover la erogeneidad del cuerpo que suele verse en este proceso sólo como ámbito del daño, y para devolver a la crianza y al vínculo con la familia su lugar determinante de la evolución igual que para cualquier niño promedio. Quiero ser muy enfática al afirmar nuevamente que *la intervención sobre el vínculo materno infantil puede lograr cambios substanciales en su evolución.*

Es este un campo nuevo pero muy prometedor de nuestra práctica como psicoanalistas de niños que merece ser investigado. Su meta es modificar las condiciones no biológicas sino afectivas y ambientales del desarrollo que son básicas para cualquier ser humano y que, si no son adecuadas, promueven patologías muchas veces más severas que el déficit intelectual en sí mismo y que acaban confundiendo con él (cuadros que Misès llama “deficiencias con aspectos psicóticos” y Lang “retardos psicóticos”).

Tenemos mucho que hacer en este campo pero queremos insistir en algunos hechos capitales:

1. Que según como se plantee el problema serán las estrategias de abordaje.
2. Que la significación particular que adquiere la enfermedad se traduce en modalidades de vínculo y de crianza y que éstas tienen consecuencias sobre el desarrollo.
3. Que aunque haya una alteración genética las manifestaciones en el desarrollo particular de ese bebé serán fruto de un devenir histórico donde se enlazan sucesos concretos con significaciones como en cualquier niño.

Y por último queremos recordar que la genética es una rama del conocimiento que atraviesa una etapa de expansión y desarrollo con las nuevas técnicas, pero que sus resultados están aún muy lejos de ser confirmados por el tiempo y la experiencia. Por esa razón proponemos tener una actitud cautelosa y reflexiva sobre sus afirmaciones y sobre todo sobre sus predicciones.

Los dejo entonces para que, con ejemplos, sigamos reflexionando sobre este tipo de intervención psicoterapéutica que nos parece altamente promisorio para diversos padecimientos pediátricos.

REFERENCIAS

- Fleisher, D. (1995). Comprehensive management of infants with gastroesophageal reflux and failure to thrive. *Current Problems in Pediatrics*, 25, septiembre, 247-253.
- Gutton, P. (1983) : *El bebé del psicoanalista*, Bs. As. Amorrortu.
- Kreisler, L. (1981). *La desorganización psicósomática en el niño*. Barcelona: Ed. Herder, 1985.
- Kreisler, L., (1989). Semiología y clasificación en psiquiatría del niño muy pequeño. En S. Lebovici y F. Weil-Halpern (Comps.): *La psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI, 1995.

- Lang, J.L.: "Psychoses infantiles a expression déficitaire et arriération psychose" en *Confrontation Psychiatr.*, 1969, 3, 119 -36.
- Levovici, S.: "El bebé vulnerable: evaluación de los riesgos". En *La psicopatología del bebé*. compilado por Serge Levovici y Françoise Weil-Halpern. México, Edit. Siglo XXI. 1995.
- Mises, R.: *L'enfant déficient mental*, Paris, PUF, 1975.
- Levovici, S. (1983) *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Levovici, S. y Weill-Halpern (1989) *La psicopatología del bebé* (trad. de F. J. González y Ortiz). México : Siglo XXI., 1995.
- Soulé, M., Noël, J., y Frichet, A. (1989). El trabajo preventivo con la familia en favor del niño pequeño. En S. Levovici y F. Weil- Halpern (Eds.), *La psicopatología del bebé* (trad. de F. J. González y Ortiz. p. 441-465). México : Siglo XXI, 1995.
- Winnicott, D.W. (1960a). La teoría de la relación entre progenitores-infante. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (Trad. De J. Piatigorsky)(pp. 47-72).
- Winnicott, D. W. (1960b). La relación inicial de una madre con su bebé. En *La familia y el desarrollo del individuo* (pp.29-35). Buenos Aires: Hormé.