

Psicopatología del Lactante

E. Domènech

Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las denominaciones «psicopatología y psiquiatría del lactante», «psychiatrie du nourrisson» de los autores franceses o «infant psychiatry» de los anglosajones, se suelen emplear para referirse a los trastornos mentales de la primera infancia. Su límite con la etapa siguiente, o preescolar, lo podríamos situar alrededor de los treinta meses, sin que exista un acuerdo unánime y algunos lo aplacen hasta el final del tercer año. La aplicación de los términos lactante y preescolar para referirse a estas etapas nos parecen poco acertados: el primero porque hoy un niño ya recibe alimentación variada y no se nutre solo de leche antes de los dos años y medio y el segundo porque el niño «preescolar» suele ir a la escuela mucho antes de los seis años. Pero seguiremos de momento haciendo uso de ellos.

Los primeros tres años de vida constituyen una nueva adquisición para la psiquiatría y la psicopatología. Hasta hace poco tiempo el estudio de esta etapa se limitaba a los estudios retrospectivos y al examen de los antecedentes en las historias clínicas de los pacientes adultos o niños. Se habían descrito algunas entidades

clínicas puntuales tales como el autismo infantil (Kanner, 1943), la depresión anaclítica (Spitz, 1946) o la deprivación afectiva (Bowlby, 1951). Pero estos casos eran excepciones.

Actualmente la patología mental de esta primera etapa de la vida ha recobrado un interés en sí misma, entrando a formar parte del contenido de la psicopatología y de la psiquiatría. El examen clínico comporta la observación directa de los niños de esta edad y la entrevista con los niños y sus madres.

La psicopatología del lactante constituye una parcela de la psicopatología muy importante dentro del enfoque actual preventivo de la salud mental y de la salud en general. Epoca de desarrollo muy rápido y de gran dependencia del ser humano de la madre, los problemas de desarrollo y de interacción constituyen dos pivotes fundamentales para comprender la psicopatología de esta etapa tan prometedora en el campo de la prevención, identificación y tratamiento precoz de la patología mental.

AUTONOMÍA DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL LACTANTE

La «psiquiatría del lactante» ha empezado a crecer muy rápidamente desde hace un par de décadas y a independizarse tanto de la psiquiatría general como de la paidopsiquiatría.

Parece como si quisiera conseguir pronto su estatuto de autonomía. Esta tendencia se encuentra plenamente dentro de la línea actual de subspecializaciones dentro de la psiquiatría.

Son testimonios de la autonomía que está adquiriendo la psicopatología del lactante: 1. Los Congresos internacionales de psicopatología del lactante. 2. Las publicaciones propias. 3. La asociación internacional WAIPAD. 4. Los profesionales clínicos e investigadores que se centran en la psicopatología de esta etapa. Pasamos a comentar brevemente estos cuatro elementos:

1. Los Congresos

El primero se reunió en Cascais (Portugal) en primavera de 1980. Fué un acontecimiento importante organizado por los psiquiatras infantiles de Estados Unidos que aportaba a la psicopatología precoz, del nacimiento al tercer año su nivel de autonomía (Kreisler y Cramer, 1980). Este Congreso estuvo dedicado a René Spitz quien había introducido la observación directa de bebés. Se subrayó la importancia del desarrollo del niño y de los fenómenos de interacción precoz en la relación maternofilial y se señaló que pueden producirse alteraciones psicopatológicas desde el nacimiento.

A partir del primer Congreso ya encontramos una continuidad en su celebración. El segundo tuvo lugar en Cannes (Francia) en 1983. Luego siguieron Estocolmo (1986) y Lugano (1989). El quinto debe celebrarse en Chicago (Illinois, USA) en septiembre de 1992.

2. Las Publicaciones

Existen trabajos puntuales sobre el tema desde hace mucho tiempo pero no hemos encontrado publicaciones globales hasta los años setenta. En esta década quiero señalar un manual de Kreisler, Faim y Soulé pionero en su género. Lleva como título: «L'enfant et son corps», y trata especialmente la patología psicósomática en forma amplia incluyendo los trastornos psicofuncionales tales como la anorexia y el insomnio o el cólico de los tres primeros meses. La clínica psicósomática

ocupa un espacio fundamental en la psicopatología del lactante hasta tal punto que no es aventurado decir que la psiquiatría del lactante es esencialmente el estudio de sus alteraciones psicósomáticas (Cramer, 1982).

Un texto de psiquiatría infantil de 0 a 3 años en dos volúmenes con el título de «Frontiers of Infant Psychiatry» se editó en 1983. Este libro ha sido traducido a varios idiomas. Recientemente se ha hecho una traducción del primer volumen al japonés coincidiendo con la introducción en este país de la asociación mundial WAIPAD. Esta obra reúne muchas aportaciones importantes para la psiquiatría del lactante como por ejemplo las investigaciones de Klaus y Kennell sobre los efectos del tiempo de contacto entre la madre y el recién nacido en las primeras horas, la clasificación de la psicopatología de la primera infancia de Call, el fracaso de las primeras interacciones o la evaluación del autismo infantil con el BRIAAC. No aporta ni pretende ser una visión de conjunto de la psicopatología del lactante.

De otra parte existe desde 1988 una revista internacional de psiquiatría del lactante: «Infant Mental Health Journal» con cuatro números anuales.

3. Las asociaciones internacionales

La asociación con más relieve por ser la promotora de los Congresos Mundiales es la WAIPAD o «Word Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines». Fué creada en 1980 con el objetivo de promover la educación y la investigación en el campo de la salud mental infantil. Esta asociación tiene un empeño especial en promover seminarios interdisciplinarios y en favorecer los estudios transculturales y los intercambios de trabajos entre diferentes países y culturas.

Otra asociación es la IAIMH o International Association for Infant Mental Health. Existen también tres grupos de estudio internacionales y un cuarto francés en Montpellier dedicado a la investigación y a la formación de profesionales

4. Los profesionales dedicados a la psicopatología del lactante o de la primera infancia

van siendo cada día más numerosos. Podemos citar algunos entre los más destacados: Kreisler y Lebovici en Francia, Cramer, Stern y Palacio en Suiza, Gauthier y Minde en el Canadá y en los Estados Unidos Ossofsky, Emde, Brazelton, Greenspan, Call entre otros.

Lo que hemos descrito hasta aquí demuestra que la psiquiatría del lactante tiene un peso específico y unas aplicaciones asistenciales indiscutibles. Sin embargo le queda todavía mucho camino por delante. En esta comunicación se expondrán dos aspectos de la psicopatología del lactante: algunas características que le son propias y las clasificaciones de los trastornos. Finalmente se hará referencia al lactante que aunque no padezca una patología tiene el riesgo de sufrirla en el futuro. La detección de los niños de riesgo tiene sin duda un gran interés para la prevención por lo que considero importante incluirlos dentro del estudio de la psicopatología del lactante.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PSIQUIATRÍA DEL LACTANTE

El método de abordaje del niño en esta etapa difiere de los que normalmente se utilizan en niños más mayores. El lactante no se expresa verbalmente y no le podemos preguntar que le pasa. Hay que acercarse a él con la **observación** y con la **intuición**, y estas dos aptitudes no se encuentran a menudo reunidas en una misma persona. Para captar las señales de un bebé es preciso poseer unas cualidades especiales de **comunicación** y **sensitividad**. Hay que aproximarse al pequeño sin miedo, con la seguridad de que podremos conectar con él, utilizando la mirada, el gesto, el contacto corporal, con mucho cuidado, sin prisas y sin mirar el reloj. Y además con las antenas puestas para no dejar escapar ninguna señal que nos indique el camino para penetrar en el entendimiento del niño

La observación del lactante

La observación es fundamental sin ningu-

na duda. El tiempo dedicado a la misma ocupa la mayor parte de la exploración, con descripciones detalladas de todos los movimientos y comportamientos. Pero, como señaló muy acertadamente Cramer (1982), esta observación siempre conlleva una idea preconcebida, y se realiza a través de una atención flotante, lo que deja un lugar importante a la intuición y a la creatividad del observador. Esto significa que en la aproximación más directa al bebé siempre juegan un papel factores mediadores. Algunos cometen el error de hacer interpretaciones excesivas. Sin embargo el exceso contrario también puede conducirnos a un atolladero. Hemos podido ver en algunas ocasiones largos listados de categorías observacionales que no permitían encontrar la significación de todas aquellas descripciones pormenorizadas y alejaban al examinador del encuentro real con el pequeño enfermo.

El reto fundamental de la observación del lactante es la posibilidad de semantizar el comportamiento (Cramer, 1982). Sin ello se puede llegar a acumular grandes volúmenes de listados de datos que no permitan realizar una síntesis que tenga sentido. Y el gran interrogante de la psiquiatría del lactante es la relación entre los fenómenos observables y los mecanismos mentales que los determinan (Kreisler, 1989). Pero el no poder acceder a las representaciones y vivencias mentales nos obliga a considerar el comportamiento observable como índice del funcionamiento psíquico.

Uno de los escollos del clínico es querer salvar las dificultades de abordaje directo del lactante, interrogando a la madre y manejando únicamente las vivencias y percepciones maternas. Por muy importante que sea una madre de un lactante y por muy fundamental su aportación al diagnóstico consideramos que, además del estudio de la madre, debemos hacer el del niño. Hoy sabemos que éste tiene una participación muy activa en la interacción maternofilial y que está dotado de unas «competencias» que eran desconocidas hace unas pocas décadas.

El síntoma

Una vez se ha aceptado que la exploración directa del lactante es imprescindible, el examen clínico debe conseguir un análisis preciso de los síntomas. Como señalan Kreisler y Cramer (1981), no basta con un diagnóstico de espasmo del sollozo, de anorexia o de insomnio. Hay que precisar de qué tipo de espasmo o de anorexia se trata y cuál es la incidencia temporal de los síntomas. Un insomnio por ejemplo no tiene la misma significación ni el mismo pronóstico si se presenta en los tres primeros meses, de los tres a los seis o en el segundo semestre. Hay que tener también en cuenta el estadio evolutivo del niño cuando aparecen unos síntomas y valorar éstos dentro del contexto del desarrollo orgánico, psicomotor afectivo y cognitivo.

La madre

El abordaje directo y personal del bebé no libra de la entrevista clínica exhaustiva con la madre. Precisamente, una de las características más importantes de la psicopatología del lactante es su dependencia o, mejor dicho, su interdependencia con el funcionamiento psíquico materno. Hay comportamientos anómalos en un lactante como pueden ser por ejemplo la «ofensa capitis» u otro tipo de balanceos o bien una depresión que no se pueden resolver sin acceder la psicopatología materna. Las angustias y las depresiones de la madre tienen prácticamente siempre repercusiones en sus hijos pequeños. A menudo se puede apreciar una coincidencia entre la ansiedad materna y el síntoma del niño. Algunos autores hablan de estructura mental compartida entre la madre y el niño y de dialéctica entre la estructura individual y la estructura compartida (Kreisler y Cramer, 1981).

El vínculo y la interacción

Un tercer aspecto esencial en el abordaje clínico del lactante es el estudio del vínculo que el pequeño ha establecido con la persona más relevante del entorno, que es en general la madre. Actualmente se utiliza la palabra *inter-*

acción para denominar el conjunto de fenómenos que se suceden en el tiempo entre el niño y la persona más significativa de su entorno. La interacción es en sí misma uno de los objetivos principales en la investigación de la psicopatología del lactante. En el examen clínico de un bebé observamos los comportamientos de la interacción real: contacto ocular, mirada, sonrisas, gestos, acercamiento, vocalizaciones, movimientos, actitudes... etc. (Mitjavila y Domènech, 1991).

Puede haber una patología de la interacción que ha sido recogida por alguna de las clasificaciones nosográficas de esta etapa. Stern ya hablaba hace tiempo de madres hiperestimulantes y de madres controladoras en un estudio de interacción entre una madre y dos gemelos (1972). Desde entonces se ha llegado a una mayor sofisticación en el análisis de las interacciones precoces. Brazelton (1982) ha puesto de manifiesto ritmos de atención en la interacción entre una madre y un niño de dos meses. En un estudio del ajuste de las competencias de la madre y del recién nacido en la situación de amamantamiento, hemos podido observar la calidad de las interacciones y los efectos negativos de las intrusiones maternas inoportunas (Missio et al, 1991). En situaciones de gran conflicto se puede apreciar un comportamiento de evitación de la mirada por parte del niño que puede ir seguido de toda una conducta de interacción inadecuada.

La expresión somática

Un último aspecto, en el que queremos insistir, dentro de las características de la psicopatología del lactante es su interdependencia de la patología somática. El niño muy pequeño tiende a expresar su sufrimiento psicológico a través de su cuerpo. Esto explica la necesidad ineludible del trabajo conjunto del pediatra y del profesional de la salud mental. Sería un grave error tanto para el primero querer prescindir de los aspectos psicológicos y comportamentales como para el segundo omitir la consideración de la organicidad. Cuerpo y psique andan más unidos

que nunca en las primeras etapas de la vida del hombre. Ante cualquier patología, sea cual sea su expresividad sintomatológica y su funcionamiento mental subyacente, debemos ahondar en su doble etiología médica y psicosocial. Y debe recordarse que las dos formas de expresión psicopatológica más comunes en la primera infancia son de una parte la psicósomática y de otra las alteraciones de la psicomotricidad.

CLASIFICACIONES DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL LACTANTE

La nosología existente para estas edades es todavía precaria. Las grandes clasificaciones del DSM-III (1980) y DSM-III-R (1987) resultan insuficientes e insatisfactorias para esta etapa. Estas hacen referencia a algunos trastornos mentales del lactante como el mericismo, ciertas alteraciones del sueño o el autismo infantil. Pero son muchos más los que faltan.

Las escasas clasificaciones que conocemos de la psicopatología del lactante no tienen validadas sus categorías. Sin embargo las presentaremos brevemente.

1. Clasificación de Greenberg (1970)

La primera clasificación de la psicopatología del lactante que hemos encontrado es la de Greenberg (1970). Es una clasificación de inspiración dinámica muy pormenorizada, que reúne de forma lineal a más de cincuenta comportamientos anómalos de niños de edad inferior a los treinta meses. Los agrupa en los nueve apartados siguientes: Alteraciones alimentarias y digestivas, trastornos de la eliminación, esquemas rítmicos estereotipados de motilidad corporal, alteraciones de la formación de los hábitos, exageraciones del estado de «arousal», trastornos de las manifestaciones afectivas, desarrollos atípicos, alteraciones de las primeras relaciones con la madre y otros. Además relaciona el comportamiento atípico del lactante con la conducta y la personalidad de la madre. También insiste en la importancia de una detección precoz de las

anomalías para que las intervenciones puedan ser de menor duración.

2. Clasificación de Greenspan (1981)

Este autor pertenece al grupo de psicopatólogos que se basan en el modelo de la psicopatología evolutiva. Este es un nuevo modelo de análisis de la psicopatología infantil que explica el desarrollo tanto normal como patológico y se centra muy particularmente en las primeras etapas de la vida. El modelo de psicopatología evolutiva tiene una forma distinta e innovadora de definir, diagnosticar, clasificar, tratar, prevenir y pronosticar las alteraciones psicológicas de los niños. En este modelo se encuentran estrechamente unidas la psicología evolutiva y la psicopatología infantil. Siguiendo esta orientación, se ha presentado una clasificación muy compleja y distinta de la psicopatología que se basa tanto en las conductas desviadas como en los déficits comportamentales en cada etapa del desarrollo desde el momento del nacimiento. Una sistematización puede encontrarse en Garber (1984).

3. Clasificación de Call (1983)

La clasificación de Call está inspirada en la del «Group for the advancement of psychiatry» o GAP (1966). Esta reunía, según Call, a diversos intentos anteriores de clasificación de la psicopatología infantil y el 90% de su listado de síntomas podrían presentarse en la primera infancia (Call, 1983). Call añade todavía más síntomas para las primeras edades y en especial una categoría para la patología del vínculo. Se trata de una clasificación lineal, como la de Greenberg, que reúne las alteraciones en los diez grupos siguientes: Respuestas sanas, trastornos reactivos, trastornos del desarrollo, trastornos psicofisiológicos, trastornos de la vinculación, alteraciones de la relación padres-niños, trastornos de la conducta, factores etiológicos del entorno, factores genéticos y alteraciones de la comunicación. Señalamos que el autismo infantil se encontraba en esta clasificación dentro de los trastornos del desarrollo como ocurre en la reciente clasificación del DSM-III-R.

4. *Las clasificaciones de Kreisler (1978, 1984) :*

Las clasificaciones de Kreisler presentan una particularidad y es que son multiaxiales. Esta nota distintiva enriquece el diagnóstico de la psicopatología de la primera infancia.

Leon Kreisler presentó una primera clasificación en 1978. En ella consideraba la psicopatología de expresión somática, los trastornos del desarrollo, la psicopatología de expresión motora y la que se expresa con trastornos mentales. Ayudado por Soulé, Kreisler intentó sentar las bases para un diagnóstico multiaxial de las psicopatologías y propuso tres ejes. El primero hacía referencia a la expresión de la psicopatología, el segundo al modo de funcionamiento psíquico (neurótico, psicótico, reactivo etc) y el tercero a la etiología. Esta clasificación viene referida en el primer volumen de *Infat Psychiatry* (1983).

El progreso de los conocimientos sobre interacción, funcionamiento psíquico del lactante y riesgo futuro, desde 1978, llevó a Kreisler a introducir modificaciones en su clasificación inicial y a presentar una nueva propuesta nosográfica. Su nueva clasificación (1984) tiene cuatro ejes: expresión clínica, estructuras interactivas, factores etiológicos y evaluación del riesgo. La clasificación completa puede encontrarse en «Clasificaciones en paidopsiquiatría» (Domènech, 1990).

El autor justifica la diversidad de ejes señalando de una parte que un mismo síndrome puede deberse a etiologías diferentes (un retraso de desarrollo puede tener muchas causas) y de otra que una misma circunstancia etiológica puede tener diversas formas de expresión psicopatológica (así por ejemplo un déficit en la interacción puede manifestarse en un trastorno psicósomático, un retraso de crecimiento o un comportamiento depresivo). Esto sucede con suma frecuencia en la psicopatología del lactante. Así por ejemplo, una anorexia podría tener una base de oposición reactiva, o bien obedecer a una alteración fóbica, o depresiva o psicótica.

En su primer eje, es decir en las formas de expresión psicopatológica, Kreisler engloba los

trastornos de expresión somática (patología psicósomática, patología de conversión y consecuencias somáticas de comportamiento anómalo), las alteraciones del desarrollo y las formas de expresión psicomotora y conductual. El primer objetivo del autor fué explicar las formas de expresión clínica sin hacer un juicio a priori de las causas o de la estructura y señaló que la expresión somática ocupaba el primer lugar en la psicopatología diaria del lactante: «no hay por así decir ningún día que no se consulte al pediatra sobre una alteración del sueño o del apetito, trastornos digestivos o infecciones repetidas que tienen que ver con condiciones ambientales psicológicas» (Kreisler, 1984).

El segundo eje hace referencia a la estructura y consta de tres apartados: uno que estudia la estructura de las interacciones, otro que trata de la estructura funcional de la mente y un tercero que permite ubicar la cronología de las interacciones.

El tercer eje permite evaluar los factores etiológicos y distinguir entre los orgánicos y los ambientales.

Y finalmente el cuarto eje se refiere al riesgo, y considera de una parte la intensidad o el grado y, de otra, la naturaleza del mismo (riesgo neonatal, depresión materna, maltrato etc.).

LACTANTES DE RIESGO DE PSICOPATOLOGÍA

La evaluación del riesgo en la primera infancia tiene un interés especial para la prevención.

El eje IV de la clasificación de Kreisler permite hacer una estimación del riesgo cuando ya existe un trastorno. Pero querríamos ir más allá evaluando el riesgo en los niños que todavía no son portadores de una patología, pero que son susceptibles de presentarla más adelante.

Ya nos referimos a este tema en otra ocasión (Domènech y Costas, 1988) tratando del riesgo biológico y del riesgo psicológico. Dentro de este segundo grupo quiero recordar

aquellos niños que por sus características temperamentales son más frágiles ante el impacto de su entorno. El niño «difícil» de Thomas y Chess (1978), o de Brazelton, o de Meares y colaboradores (1982) no es más que aquél en el que confluye una constelación particular de rasgos temperamentales que hacen de él un niño de riesgo de desarrollo patológico.

Pero la vulnerabilidad no es sólo función de una predisposición genética. Fraiberg señalaba en 1978 que con una predisposición genética mínima y perturbaciones graves en el establecimiento de los primeros vínculos se podía formar un Yo inestable y mal organizado que podría eventualmente desembocar en una psicosis. De otra parte Brazelton et al (1979) han demostrado una y otra vez que la calidad de las interacciones tenía efecto sobre la organización del temperamento y del comportamiento.

Dentro del modelo de vulnerabilidad para la esquizofrenia algunos autores sostienen que hay elementos de esta vulnerabilidad que podría ya detectarse en la etapa de lactante (Fish, 1977, D'Angelo et al, 1983).

La detección del lactante vulnerable para la psicosis, o para otras patologías, puede un día llegar a tener mucha importancia. De momento el conocimiento de las continuidades y discontinuidades de la psicopatología es todavía escaso. Y debemos reconocer que ni toda la psicopatología tiene su origen en los primeros tres años de vida ni todas las alteraciones del lactante tienen repercusiones psicopatológicas más adelante.

CONCLUSIÓN

La psicopatología del lactante plantea cantidad de preguntas a las que todavía no sabemos responder. Su estudio constituye un punto de encuentro de profesionales diversos: pediatras, psicólogos, psiquiatras infantiles, sociólogos...

El campo es multidisciplinar.

Hasta este momento el abordaje de esta parcela de la ciencia se ha hecho desde escuelas psicopatológicas que parten de presupues-

tos muy diferentes. Muchas interpretaciones han partido del modelo psicoanalítico o de los estudios de la psicología evolutiva. Hay bastantes aportaciones excelentes pero fragmentarias. Encontramos en falta una visión de conjunto desde una perspectiva psicopatológica. Sería injusto no referir aquí el esfuerzo de Kreisler que en más de una ocasión ha intentado abarcar toda la psicopatología de la primera infancia (1978, 1981, 1989). Su trabajo es un punto de partida extraordinariamente útil. Pero sería bueno que otros investigadores, desde otros modelos psicopatológicos, hicieran algo parecido.

Actualmente la psicopatología del lactante constituye un campo que incrementa sus contenidos y que probablemente veremos crecer y variar substancialmente en los próximos años.

Bibliografía

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III (3rd ed.)* Washington: D.C. Author, 1980. (Edición española: Barcelona, Masson, 1983).
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R (3rd ed. revised)* Washington: D.C. Author, 1987. (Edición española: Barcelona, Masson, 1988).
3. D'ANGELO, E., KROCK, L., O'NEILL, L. y BOYLE, P.: *Developmental and temperamental characteristics of infants at risk for serious psychopathology*. En J. Call, E. Galenson, R. Tyson: «*Frontiers of infant psychiatry*». New York, Basic Books inc. Vol II, 1983 pp 190-200.
4. BOWLBY, J.: *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Association. 1951.
5. BRAZELTON, B.: *Le bébé: partenaire dans l'interaction*. En B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shäppi y M. Soulé: «*La dynamique du nourrisson*: Paris, E.S.F., pp 11-27. 1982.
6. BRAZELTON, T.B. y ALS, H.: *Four early stages in the development of mother-infant interaction*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 34: 349-367, New Haven: Yale University Press. 1979
7. CALL, J.: *Toward a nosology of psychiatric disorders in infancy*. En J. D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson: «*Frontiers of infant psychiatry*». New York, Basic Books, pp 117-128, 1983.
8. CALL, J., GALENSON, E. y TYSON, R.L. (Eds): *Frontiers of infant psychiatry*. New York, Basic Books. 2 vols.
9. CRAMER, B.: *Intéraction réelle, interaction fantasmatique. Réflexions au sujet des thérapies et des obser-*

- uations de nourrissons. *Psychothérapies*, 1, 39-47, 1982.
10. DOMÈNECH, E.: *Clasificaciones en paidopsiquiatría*. IMP psiquiatría, 4, 178-182, 1989.
 11. DOMÈNECH, E. y COSTAS, C.: *Factores de riesgo psicopatológico en el recién nacido y en el lactante*. *Rev Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 15, 2: 59-68, 1988.
 12. FISH, B.: *Neurobiologic antecedents of schizophrenia in children: Evidence for an inherited, congenital neurointegrative defect*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34: 592-597, 1977.
 13. FRAIBERG, S.: *The invisible children* En E.J. Anthony, C. Koupernik y C. Chiland: «*The child in his family: Vulnerable children*». New York: Wiley-Interscience, 1978.
 14. GARBER, J.: *Classification of childhood psychopathology. A developmental perspective*. *Child Develop* 55: 30-48, 1984.
 15. GREENBERG, N.A.: *Comportement atypique chez l'enfant en bas âge*. Trad. Franç. En E.J. Anthony y C. Koupernik (eds): «*L'enfant dans la famille*». Paris, Masson, vol. I, 76-108, 1970.
 16. GREENSPAN, S. y LOURIE, R.: *Developmental structuralist approach to the classification of adaptative and pathologic personality organizations: Infancy and early childhood*. *Am. J. Psychiatry*, 138: 725-735, 1981.
 17. GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY: *Psychopathological disorders in childhood: Theoretical considerations and a proposed classification*. GAP, Report No. 62. New York, Group for The Advancement of Psychiatry, 1966.
 18. KANNER, L.: *Autistic disturbances of affective contact*. *The Nervous Child*, 2: 217-250, 1943.
 19. KREISLER, L.: *Psychopathologie du premier âge. Bases cliniques. Regroupement nosographique* *Rev Neuropsyiatr. Infantile*, 26: 237-255. 1978
 20. KREISLER, L.: *Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge: Propositions nosographiques nouvelles*. *Confrontations psychiatriques*, 24: 221-250, 1984.
 21. KREISLER, L.: *Sémiologie et classification en psychiatrie du très jeune enfant*. En S. Lebovici y F. Weil (eds): *Psychopathologie du bébé*, i vol 882p. Paris, PUF, 322-340, 1989.
 22. KREISLER, L. y CRAMER, B.: *La psychopathologie du très jeune enfant: A propos d'un Congrès remarquable*. *Rev. Internat. Pédiatrie*, 106: 15-20, 1980.
 23. KREISLER, L. y CRAMER, B.: *Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson*. *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 1: 223-263, 1981.
 24. KREISLER, L. FAIN, M. y SOULE, M.: *L'enfant et son corps. Etudes sur la clinique psychosomatique du premier âge*. Paris, PUF, 1974 (3ème ed).
 25. MEARES, R., PENMAN, R., MILGROM-FRIEDMAN, J. y BAKER, K.: «*Some origins of difficult child: The Brazelton scale and the mother's view of her new-born's character*». *Brit. J. Med. Psychol.*, 55: 77-82, 1982.
 26. MISSIO, M., ROMERO, L., COSTAS, C., BOTET, F. DEULOFEU. y DOMÈNECH, E.: *Estudio del ajuste de las competencias de la madre y de su recién nacido en la situación de amamentamiento*. Manuscrito no publicado.
 27. MITJAVILA, M. y DOMÈNECH, E.: *La función de la mirada en la interacción comunicativa precoz madre-hijo*. *Rev. Neur. Psiq. Inf.* En prensa.
 28. SPITZ, P.A.: *Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. The psychoanalytic study of the child*. New York: International Universities Press, 2: 313-342, 1946.
 29. STERN, D.: *A microanalysis of mother-infant interaction: behavior regulating social contact between a mother and her 3 moth-old twins*. En N. Rexford, W. Sander y T. Shapiro (eds): «*Infant psychiatry*». New York. Int. Univ. Press, 1976.
 30. THOMAS, A., CHESSE, S. B y BIRCH, N.: *Temperament and behavior disorder in children*, New York : New York University Press, 1978.