



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Jaar H., Eduardo; Córdova V., Mariana

Prevención de la carencia afectiva crónica: nuevos paradigmas en el modelo de familia de
acogida temporal

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 55, núm. 1, abril, 2017, pp. 44-51

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331551004006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prevención de la carencia afectiva crónica: nuevos paradigmas en el modelo de familia de acogida temporal

Preventing chronic emotional deprivation: new paradigms in the foster family model

Eduardo Jaar H.¹ y Mariana Córdova V.^{2,a}

In Chile, most of infants whose biological family is not able to offer them a proper care are referred to a national child protection system and are early institutionalized. During their stay in the hospital and into childcare institution these infants lack of an exclusive and stable affect figure. This situation jeopardizes the child proper neurologic, affective and social development, commonly resulting in Chronic Emotional Deprivation. In this article the authors show a concise review of this concept and propose a novel foster family program, in an attempt to prevent and mitigate the occurrence of this disorder. The proposed program offers psychotherapeutic support and is based on the existence of a foster family having a one-time-only experience with exclusive dedication to just one child. This temporary family does not receive economic retribution and has the possibility to maintain contact with the child after his incorporation to a definitive family. The theoretical differences of the proposed program with the currently ongoing programs are explored and a clinical vignette is shown.

Key words: Infant care, maternal deprivation, object relations.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (1): 44-51

Introducción

En Chile, desde la firma y ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y Niñas (CIDN), en el año 1990, los esfuerzos del Estado se han dirigido a desarrollar un sistema que logre otorgar una protección y desarrollo integral para la infancia. En materia de

salud, ejemplo de ello ha sido la implementación del programa Chile Crece Contigo (año 2006), que puso como prioridad el bienestar y desarrollo de los niños desde la gestación hasta los 4 años de edad¹. Siguiendo esta línea, respecto a la protección de la infancia, el Servicio Nacional de Menores inició la búsqueda de alternativas distintas al sistema de institucionalización, vol-

Recibido: 28/06/2016

Aceptado: 03/01/2017

Este trabajo no cuenta con financiamiento alguno y los autores declaran no tener conflictos de interés.

¹ Médico Psiquiatra. Profesor Adjunto del Departamento de Psiquiatría Área Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Miembro de la Sociedad Chilena de Psicoanálisis-ICHPA.

² Departamento de postgrado de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez e Instituto Chileno de Psicoanálisis, Santiago.

^a Psicóloga Clínica.

viéndose prioridad la desinternación de niños entre 0 y 3 años¹.

A base de estas iniciativas, los primeros años de vida se han visualizado como un periodo crítico para el desarrollo tanto cerebral como afectivo, cognitivo, motor y social del niño. Pese a esta importancia, la experiencia indica que los programas asociados no han podido dar abasto.

El abandono de recién nacidos en el sistema asistencial de salud, así como la internación en hogares de protección son realidades dramáticas, existiendo para ambos escenarios cifras que despiertan alarma. En el año 2013 se registraron en la base de datos del Departamento de Planificación y Control de Gestión del Gobierno de Chile 1.753 niños entre 0 y 2 años en contexto de institucionalización por causales de negligencia, maltrato psicológico y/o físico, abuso sexual, abandono y casos sociales graves². De ese total, 667 niños, es decir, el 38% tenían entre 0 y 11 meses de vida. El período de internación se prolongó en más de un tercio de los casos (38%), por 1 a 6 meses; en 26% por 7 a 12 meses y, en un 20%, por 13 a 24 meses².

La legislación chilena determina resguardar y garantizar el vínculo y desarrollo del niño con su familia de origen, siendo obligación del Estado proporcionar las condiciones para ello. Si dicha alternativa no se hace posible luego de varias evaluaciones y/o intervenciones, tiene cabida la opción de la familia adoptiva. Esos periodos de espera para los bebés suelen caracterizarse por un contacto esporádico con algunos integrantes de su familia biológica, o bien, por la ausencia permanente de alguna figura significativa mientras se encuentran en un sistema de internación.

La investigación es clara en señalar las dificultades asociadas a los periodos de institucionalización que se extienden por sobre los 6 meses de vida. En la medida que aumenta la edad, existe en estos niños una tendencia a presentar más problemas de conducta, como la hiperactividad, y trastornos afectivos y del vínculo^{3,4}. Particularmente, los efectos más dañinos se han observado cuando sumada a la internación, los bebés no cuentan con una figura estable de apego y cuidado, traduciéndose en problemas psicológicos con especial incidencia

en la capacidad para establecer diferentes niveles de relación con otras personas^{5,6}.

Dentro de este escenario, los bebés que se insertan en las residencias de protección, son en su gran mayoría hijos de padres que presentan un consumo problemático de drogas, alcoholismo crónico, dinámicas de maltrato, enfermedades mentales, condiciones de vida con gran precariedad laboral y habitacional, y una escasa o nula red de apoyo familiar y comunitaria⁵.

El abordaje de esta dolorosa situación requiere de múltiples equipos de trabajo y una coordinación con diversas instituciones (SENAME; Tribunales de familia, Servicios de Neonatología del Sistema Público, Fundaciones de protección al infante). Precisa de una intervención multisistémica con énfasis en la prevención, detección temprana, rehabilitación del consumo de drogas, apoyo psicoterapéutico a los padres biológicos para promover el cuidado de sus hijos, y una política de fomento a la adopción. Un ámbito significativo de intervención es el cuidado del bebé que ha sido separado de su familia biológica y se encuentra a la espera que se determine su familia definitiva. En este tema específico, somos partidarios de evitar la institucionalización temprana y asignar al bebé a una familia de acogida temporal. Para ello, proponemos un modelo alternativo de acogimiento familiar, que se distancia de los lineamientos de trabajo de las familias de acogida especializadas (FAE) actualmente en curso.

El propósito de este artículo es describir las consecuencias de la carencia afectiva crónica que sufren los bebés, secundario a la separación con sus padres biológicos y su condición de aislamiento afectivo. A continuación, expondremos nuestro modelo de familia de acogida temporal (FAT), y sus diferencias con los sistemas de familia de acogida especializada (FAE).

La carencia afectiva y sus implicancias

A partir del aporte de autores psicoanalíticos y de las investigaciones de los últimos 50 años, ha quedado establecida la relevancia de la con-

formación de un vínculo afectivo privilegiado y permanente entre el bebé, su madre o cuidador sustituto^{7,8,9,10}. Esta relación afectiva es crucial para organizar y fomentar el desarrollo de la vida psíquica del infante^{11,12}.

El bebé separado de sus progenitores y puesto al cuidado de una institución desde sus primeros días de vida, estará expuesto a un cuadro denominado carencia afectiva crónica¹³. El cuadro de hospitalismo descrito por René Spitz¹⁴ corresponde al modelo histórico de la carencia afectiva crónica en el medio institucional¹³.

Como su nombre lo refiere, este cuadro remite a los efectos de la ausencia de una figura estable para el infante con la capacidad de ejercer la *función materna*. Una figura que pueda responder a las necesidades físicas del lactante, ir decodificando las señales de su cuerpo, adaptándose a sus ritmos, conteniendo y significando sus estados afectivos y así libidinizarle en esta interacción continua.

En el contexto hospitalario y residencial, el sistema de turnos y rotación del personal no favorecen la continuidad de los cuidados en el tiempo ni el fomento de una real y genuina investidura afectiva hacia cada uno de los lactantes. En el recinto asistencial el trato y los procedimientos con los bebés están normalizados, y si bien tiene sus ventajas en lo técnico, trae aparejado grandes inconvenientes en el desarrollo psicológico. Los cuerpos de los niños son intervenidos pero su subjetividad queda ignorada⁴.

El tiempo de permanencia del bebé en el marco institucional es muy variable (desde los tres a treinta meses) y en este escenario, cuando el juez decreta su entrega a una familia definitiva este infante suele presentar un retardo y un daño en la constitución de su psiquismo.

Diversos estudios confirman el efecto deletéreo de estas experiencias tempranas en el desarrollo cerebral, vincular-afectivo y de la personalidad¹⁵.

Existe evidencia científica que sugiere una asociación importante entre el momento que ocurre el apego y la selección y determinación de neuronas y sinapsis que serán conservadas⁵. Las experiencias afectivas significativas favorecen el desarrollo de nuevas conexiones sinápticas y la mantención de

las conexiones existentes^{16,17,18}. Estudios de seguimiento longitudinal con niños criados en instituciones, mostraron en su primer año de vida el desarrollo de un apego inseguro^{19,20,21}, evolucionando con trastornos socio-emocionales y trastornos de la personalidad²². Asimismo, estudios de adultos con antecedentes de un período de institucionalización en sus primeros cinco años de vida, dan cuenta que se pone en riesgo el ajuste emocional y social del sujeto^{23,24,25}.

El desarrollo de la anatomía y fisiología del Sistema Nervioso Central del infante, depende de las formas significativas de estímulo sensorial, motriz e interacciones afectivas con su cuidador principal. Los trabajos de Katz (1999) en bebés humanos muestran que la presencia del cuidador principal estimula la fijación de la mirada de éstos, logro que se encuentra asociado a modificaciones sinápticas en la corteza occipital²⁶.

Se sabe que la mielinización de los axones es un proceso continuo que permanece durante décadas en el ser humano. Las investigaciones en neurociencias y particularmente los estudios por neuro-imágenes demuestran que la mielinización y desarrollo de las neuronas dependen, desde el principio de la vida, de la calidad y cantidad de estímulos que el niño reciba en su interacción con su entorno. Este proceso se vería comprometido por la experiencia de aislamiento social y de carencia afectiva a muy temprana edad²⁷. Esta condición traumática se encuentra asociada a un déficit en la mielinización que podría modificar la velocidad de conducción de los impulsos y dificultar un mejor procesamiento de la información, pudiendo además relacionarse con déficits en la memoria y en las interacciones sociales²⁸.

Manifestaciones

Existe una gran diversidad de manifestaciones asociadas a la carencia afectiva crónica. Resaltan entre ellas la depresión del lactante, las infecciones que se repiten, las dificultades en la alimentación, problemas severos del sueño y el retardo o la detención del crecimiento¹³.

A nivel clínico, en el 1º semestre de vida del lactante, aparecen principalmente los índices semiológicos de la insuficiencia primaria del apego: indiferencia en el contacto afectivo con sus cuidadores, somnolencia, ensimismamiento, escasez de sonrisas y de vocalizaciones, debilidad de la comunicación, apatía, atonía, embotamiento afectivo, desvío de la mirada, malestar del bebé al contacto corporal.

En el 2º semestre y segundo año de vida, aparecen manifestaciones de daño en la mayoría de los sectores del desarrollo y de la personalidad. Son característicos el retardo en la motricidad y en el lenguaje. Apatía o, al contrario, irritabilidad, inestabilidad y conductas impulsivas; defectos en la organización espacio-tiempo y del esquema corporal; retardo o ausencia de procesos de individuación, y fallas globales de la identidad.

Modelo de Intervención

Una de las principales herramientas que disponemos para estos casos es la entrega del recién nacido a una Familia de Acogida Temporal (FAT), que no tiene nexos consanguíneos con él y que ha sido previamente seleccionada y preparada para cumplir con esta labor. A continuación describiremos el programa de familia de acogida temporal, las diferencias en relación a los programas actualmente vigentes y entregaremos una breve viñeta clínica.

Desarrollo

Se entrega al niño a una familia de acogida temporal (FAT), para que esta se haga cargo de su cuidado físico y emocional durante el tiempo que designe el Juez de Familia. Se comprende que esta tarea es esencialmente momentánea, transitoria y se ejecuta durante un período de tiempo de especial vulnerabilidad del infante. Es una medida de apoyo temporal, que prevé el retorno del niño/a a su familia de origen y, por lo tanto, siempre que sea posible, se intenta potenciar los contactos entre el niño/a acogido y su familia de origen.

Este proyecto busca ampliar el espectro de

las familias de acogida. Enfoca su búsqueda en familias biparentales con hijos y en una situación económica estable que les permita dedicarse al cuidado del bebé. Prioriza el hecho que el acompañamiento emocional y el cuidado íntegro del niño se constituye en una experiencia sumamente enriquecedora para ellos. Se realiza en un contexto donde prevalece una motivación altruista de parte del grupo familiar ya que no se le entrega un beneficio económico.

El acompañamiento y cuidado de estos niños implica sumergir al grupo familiar de acogida temporal en la situación particular de desamparo e incertidumbre que suele darse en estos casos. La posibilidad de mitigar las manifestaciones precoces de su cuadro carencial y de promover un mejor desarrollo de su aparato psíquico requiere que se establezcan vínculos genuinos de afecto recíproco entre el infante y el grupo familiar. Para favorecer esta relación y el compromiso afectivo del grupo familiar de acogida con el niño, planteamos un modelo de exclusividad de una familia de acogida-un niño.

No favorecemos en particular la repetición de la experiencia de acogida temporal a lo largo del tiempo. Desde este modelo, pretendemos que esta actividad se constituya como una experiencia única y valiosa para cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Consideramos que el aislamiento emocional de un recién nacido constituye una situación de emergencia y nos compromete a instalar un acompañante afectivo a la mayor brevedad. Por ello, es nuestro propósito introducir a la familia de acogida temporal cerca del niño durante su estadía hospitalaria. Al momento de su alta del centro asistencial, este grupo familiar continúa con el cuidado en su domicilio.

El bebé que ha sido vulnerado en sus derechos y que se encuentra en condiciones de aislamiento emocional, despierta los sentimientos parentales de protección y cariño de cada uno de los integrantes del grupo familiar. Es una experiencia que moviliza emociones muy intensas y que precisa de la instalación de una terapia psicoanalítica familiar a lo largo de todo el período de cuidado del niño/a.

La duración de este proceso psicoanalítico se encuentra sujeto al tiempo de permanencia del niño en la familia de acogida temporal y es realizada por una pareja de profesionales. Se realizan dos sesiones al mes, y acude la familia completa, la pareja de padres o alguno de ellos. Suelen traer al bebé a las sesiones lo que nos permite observar los modelos de relación con este niño.

Los programas de familia de acogida especializada (FAE) actualmente en desarrollo pretenden, en cambio, que las familias seleccionadas se dediquen a la actividad del acogimiento temporal y reiteren la experiencia a lo largo del tiempo. Esta labor se encuentra asociada a un aporte económico. A pesar que estos pagos son exiguos, resultan ser un incentivo importante para familias de bajo nivel de ingreso económico. Este interés pecuniario se ve favorecido cuando además permiten la estancia simultánea de dos a cinco niños en una misma familia de acogida.

La múltiple reiteración de esta práctica de acogida temporal dificulta el establecimiento de relaciones de afecto genuinas. Estimula la instalación de defensas de disociación, negación e intelectualización. Suelen ser recursos usados para bloquear el enfrentamiento y procesamiento de los procesos de pérdida y duelo asociados a estas experiencias. La acogida de más de un niño en forma simultánea, la retribución económica y la repetición de estas prácticas a lo largo del tiempo podrían considerarse como la expresión de necesidades del grupo familiar. Son casos donde se da el peligro que el infante quede instalado como el rehén de las necesidades de los adultos: el cuidado que se le brinda no se centra en satisfacer sus genuinas necesidades, sino que es la herramienta a través de la cual el grupo familiar despliega sus propios afanes y conflictos.

Los modelos actualmente vigentes sólo permiten el acceso de las familias de acogida temporal junto al niño cuando este es entregado a la tutela de la Fundación, momento que coincide con su alta del hospital. Por ello, en los numerosos casos donde se prolonga el período de hospitalización del lactante, este permanece aislado e inicia un cuadro de carencia afectiva. La experiencia da cuenta que

no se implementa un proceso formal de psicoterapia familiar durante el período de cuidado de estos niños.

Viñeta

Desde enero de 2015, Susana y Alberto junto a sus dos hijos, Javier (6 años) y Elisa (4 años), estuvieron a la espera para iniciar la experiencia de acogida de un bebé. Previamente, debieron pasar por un proceso de evaluación y de preparación que apuntó a visualizar posibles escenarios y dificultades propios de la acogida temporal. De forma particular, Susana les transmite a sus hijos que *“es posible que llegue un bebé a la casa pero que no es su hermano ni tampoco mi hijo. Es un bebé que vamos a cuidar porque él está esperando a su familia, y su familia también lo está buscando y se tienen que encontrar”*.

Teniendo todo dispuesto para recibir a un bebé, transcurren cuatro meses y la pareja es contactada. Se les entrega para su cuidado a un recién nacido, varón de una semana de vida, de nombre Marcelo, de quien su madre ha tomado la decisión de cederlo, perdiendo contacto con él desde el primer día.

14 días de vida

Asisten ambos junto con el bebé. Al ser un caso de cesión, el equipo de la Fundación proyecta 2 meses de permanencia junto a ellos. Como primer asunto toma relevancia las inquietudes de Susana en torno al cuerpo del bebé, su desarrollo y las posibles enfermedades. Los primeros días el reflujo de la leche fue intenso, los horarios se trastocaron para ambos y Susana debió ir acoplándose a los ritmos del niño.

De a poco, observamos el despliegue del vínculo afectivo y sus primeras implicancias. Marcelo ha superado las dificultades en relación al peso, se calma cuando le hablan, reconoce sus voces, sonríe y sostiene la mirada de manera especial en la interacción con Susana. Se ha vuelto un niño *“muy despierto y atento”*, impresionando a la pareja en su capacidad de contactarse.

En el transcurso de las siguientes sesiones Susana y Alberto comentan que sus hijos han ido asumiendo algunas funciones relacionadas al cuidado de Marcelo. Están pendientes de hablarle y de apoyar con la preparación de la leche o el cambio de los pañales.

47 días de vida

Tuvo lugar la audiencia donde Marcelo fue declarado susceptible de ser adoptado. Este momento marca para esta familia la posibilidad de una pronta despedida y separación. En la sesión que sigue, Susana y Alberto hablan del sufrimiento que puede conllevar su partida, tal vez *“echará de menos el ruido de la casa, ya que tiene que escuchar voces”*, señalan. Susana también expresa su preocupación por la reacción de sus hijos, Elisa ha preguntado *“¿por qué Marcelo no puede ser nuestro hermano?”*.

Tres días más tarde, el juez de familia determinó los nuevos padres de Marcelo, dando por orden la realización inmediata del enlace (encuentro) entre ambos. Fueron tres días más de vinculación entre el niño y sus padres adoptivos. Como Elisa y Javier *“sabían que sus papás lo andaban buscando, la reacción fue muy familiar”*, los acogieron y se alegraron por el encuentro de esta nueva familia.

Conclusiones

La situación actual de los recién nacidos separados de su familia de origen en el sistema asistencial chileno es dramática y requiere de nuestra preocupación. Constituye una nueva vulneración de los derechos de estos bebés cuando no se les provee la posibilidad de construir un vínculo genuino e intenso con un cuidador adulto estable, preparado y dispuesto para cumplir con este delicado rol. Sabemos que las consecuencias de esta carencia afectiva crónica son significativas para el desarrollo de la personalidad y difíciles de abordar y tratar en la etapa adulta.

Somos especialmente críticos de los tiempos prolongados de institucionalización de los bebés, a

la espera de que el sistema judicial logre determinar la familia definitiva. Es imperativo acelerar estos procesos y encontrar una familia emparentada con los padres biológicos, o una familia adoptiva que lo desee y cuide acorde a sus reales necesidades afectivas. Esperamos que la discusión de la nueva ley de adopción tome en consideración el enorme impacto del aislamiento emocional a temprana edad y favorezca la agilización de estos procesos. El modelo de Familia de Acogida Temporal es una alternativa que le brinda una crianza en un medio familiar y evita su institucionalización temprana. Consideramos que su implementación tiene un efecto preventivo en la salud mental del infante y favorece una mejor integración a su familia definitiva.

Los padres de la FAT suelen instalar al bebé como un hijo y le brindan la misma calidad en el trato y en los cuidados en relación a lo realizado con sus propios hijos. Pese a las angustias que ello conlleva, el trato cotidiano con el bebé y su situación incierta son alicientes muy fuertes en la generación de vínculos amorosos significativos. En el caso de los hijos de este grupo familiar, aun cuando entienden que asumen una tarea transitoria, se posicionan como hermanos mayores. Por ello, la principal ansiedad de este grupo familiar a lo largo de todo el proceso, es la instancia de separación y la entrega del niño a su familia definitiva. Es un tema omnipresente que marca la relación de afecto del grupo familiar con el niño.

La familia de acogida temporal cumple principalmente un rol materno, de contención de las ansiedades primitivas del bebé. La dupla de especialistas que los atiende asume un rol paterno, de tercero que aporta un criterio de realidad, los mandatos de la ley y que introduce a la familia definitiva. Representa a este grupo familiar que tendrá el cuidado permanente y estable del bebé, y al marcar presencia frente a la familia cuidadora favorece la eclosión de las ansiedades de separación.

Finalmente, con el objetivo de mitigar el impacto traumático en el niño de su separación con la familia de acogida temporal, en particular cuando el cuidado del bebé se ha prolongado por muchos

meses, somos partidarios de favorecer un contacto regular y episódico entre ellos a lo largo del tiempo, tema que debe obviamente concitar la aprobación de su familia definitiva. De este modo, este grupo

familiar de acogida se mantiene como un referente de afecto para este niño a lo largo de su vida y se resguarda la continuidad de los vínculos que le han proporcionado confianza y seguridad.

Resumen

En Chile, la mayor parte de los recién nacidos que no cuentan con los cuidados de su familia de origen son derivados al sistema de protección y sometidos a una institucionalización temprana. Durante el periodo de internación -primero en el recinto asistencial y luego en una residencia para lactantes- el bebé carece de una figura de afecto exclusiva y estable. Esta situación compromete significativamente su desarrollo, siendo habitual en estos casos la presencia de un cuadro de Carencia Afectiva Crónica. Los autores brindan una breve revisión sobre este concepto e introducen un innovador programa de Familia de Acogida Temporal (FAT) que busca mitigar y prevenir el desarrollo de este cuadro. A diferencia de los programas actualmente en curso, se entrega un apoyo psicoterapéutico y se promueve que la familia de acogida temporal realice una única experiencia con dedicación exclusiva a un recién nacido, sin recibir remuneración económica por esta labor y con la posibilidad de mantener el vínculo con el infante después de su integración a una familia definitiva. Para dar cuenta del proceso psicoterapéutico, los autores entregan una viñeta clínica.

Palabras clave: Cuidado del infante, privación materna, relajación de objeto.

Referencias bibliográficas

1. Servicio Nacional de Menores. Primer Encuentro Ideas para la Infancia. Conferencia modalidad de acogimiento familiar de Sename, FAE PRO y FAE AADD; 2015 Oct 7; Santiago, Chile.
2. Departamento de Planificación y Control de Gestión de MINSAL. Informe de NN atendidos en ámbitos residenciales y familias de acogida menores de tres años. Santiago: SENAME; 2013.
3. Palacios J, Sánchez-Sandoval Y, León E. Adopción y problemas de conducta. Revista RIDEP 2005; 19 (1): 171-90.
4. Videla M, Grieco A. Seminario de Especialización en materia de adopciones. Conferencia escuelas biológicas y psicológicas del abandono. 1995; Argentina.
5. Rosas M, Gallardo I, Ángulo P. Factores que influyen en el apego y la adaptación de los niños adoptados. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2000; 9 (1): 145-59.
6. Parrondo L. Las dificultades durante el proceso de vinculación y apego en las familias adoptivas. Revista Bienestar y Protección Infantil 2004; 3 (2): 15-25.
7. Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. 1º Ed. Barcelona: Paidós SA; 1999.
8. Klein M. Obras completas. 2º ed. Buenos Aires: Paidós SAICF; 1990.
9. Bowlby J. Una base segura. 1º ed. Barcelona: Paidós SA; 1989.
10. Stern D. La constelación maternal. 1º Ed. Paidós Ibérica, Barcelona; 1997.
11. Bick E. La experiencia de la piel en las primeras relaciones de objeto. En Magagna J, Juárez C, compiladoras. Observación de bebés, el método Esther Bick de la Clínica Tavistock. México: Paidós; 2012. p. 42-7.

12. Dolto F. Seminario de psicoanálisis de niños 1, 2 y 3. 6º ed. Madrid: siglo veintiuno; 1998.
13. Kreisler L. La desorganización estructural en la primera infancia, consecuencias de las carencias afectivas crónicas. En: Lebovici S, Weil-Halpern E, editores. La psicopatología del bebé. Madrid: Siglo veintiuno; 1989. p. 234-9.
14. Spitz R. El primer año de vida del niño. 16º ed. México: Fondo de cultura económica; 1965.
15. Richter L, World Health Organization (WHO). The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children, a review. Switzerland: Department of Child and Adolescent Health and Development; 2004, 95 p.
16. Greenough WT, Black JE. Induction of brain structure by experience: Substrates for cognitive development. Minnesota Symposia on Child Psychology: Developmental neuroscience 1992; 24: 155-200.
17. Scarr S. Biological and cultural diversity: The legacy of Darwin for development. Child Development 1993; 64: 1333-13.
18. Als H. The newborn communicates. Journal of communication 1977; 27: 66-73.
19. Landau R. Affect and attachment: Kissing, hugging and patting as attachment behaviours. Infant Mental Health Journal 1989; 10: 59-69.
20. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. Child Development 1998; 69 (4): 1092-106.
21. O' Connor TG, Bredenkamp D, Rutter M. Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. Infant Mental Health Journal 1999; 20 (1): 10-29.
22. Lis S. Characteristics of attachment behavior in institution-reared children. In Crittenden PM, Claussen AH, editors. The organization of attachment relationships. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 141-89.
23. Rutter M, Quinton D. Long-term followup of women institutionalized in childhood: Factors promoting good functioning in adult life. British Journal of Developmental Psychology 1984; 2: 191-204.
24. Rutter M, Andersen-Wood L, Beckett C, Bredenkamp D, Castle J, Groothues C, *et al.* Quasi-autistic patterns following severe early global privation. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40 (4): 537-49.
25. O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM. For the English and Romanian Study Team. The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. Child Dev 2000; 71: 376-90.
26. Katz LC. What's critical for the critical period in visual cortex? Cell 1999; 99: 673-6.
27. Makinodan M, Rosen KM, Ito S, Corfas G. A critical period for social experience-dependent oligodendrocyte maturation and myelination. Science 2012; 337 (6100): 1357-60.
28. Gariepy JL, Gendreau PL, Mailman RB, Trancer M, Lewis MH. Rearing conditions alter social reactivity and D1 dopamine receptors in high and low aggressive mice. Pharmacol Biochem Behav 1995; 5 (4): 767-73.

Correspondencia:

Eduardo Jaar Hasbún

Navarra 3851, Las Condes, Santiago.

Código postal 7550359

Teléfono: (56) 222286852

E-mail: jaar.eduardo@gmail.com