Apego normal, apego patológico y psicosis

Normal and pathological attachment and psychosis

Mónica Kimelman J.¹

Through the development process of normal and pathological attachment it is possible to distinguish vulnerabilities in the formation of the self that could contribute to the evolutionary emergence of psychosis. I will review the basic concepts of the attachment process and intersubjectivity development, the contributions of longitudinal studies regarding stability, transgenerational transmission of the attachment type and the relationship between psychopathology and attachment. I will briefly explain the psychogenetic hypothesis of infant psychosis based on the mother-baby interaction from the psychoanalytic reflections to the most recent paradigm of the sense development of the self, highlighting the lability in the formation of the nuclear self that happens between 2 and 7 months of life as an important variable that can contribute to psychopathological evolutionarily disorders. Preventing those disorders and benefit mental health throughout the life cycle is highlighted in reviewing this topic.

Key words: Attachment, intersubjectivity, psychosis.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (1): 43-51

Introducción

A través del proceso de desarrollo de apego normal y patológico es posible distinguir vulnerabilidades en la formación del sí mismo que podrían contribuir a la emergencia de la psicosis evolutivamente.

Para ello revisaré los conceptos básicos del proceso de apego y el desarrollo de la intersubjetividad, los aportes de los estudios longitudinales respecto a la estabilidad, transmisión transgeneracional del tipo de apego y las relaciones entre psicopatología y apego.

Concepto de apego

El proceso de vinculación de apego constituye el paradigma actual de la construcción psíquica por y a través del otro significativo otorgando, por ende, las bases para la personalización sana o distorsionada. El apego es a la vez una urgencia biológica y una urgencia relacional. No cabe duda, parafraseando a Winnicott¹, que un bebé solo no existe, solo existe en brazos de la madre que otorga nutrición alimentaria y afectiva, es tal la urgencia biológica por la sobrevivencia de contar una figura de apego que los infantes se apegan hasta a padres

Recibido: 23/03/2018

Aceptado: 28/03/2019

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés. Sin apoyo financiero.

¹ Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Directora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Sede Sur. Universidad de Chile.

maltratantes, por ende, la calidad del proceso de vinculación constituye una urgencia existencial en la medida que orienta la salud a lo largo de la vida. En efecto, investigaciones longitudinales reportan que apegos de tipo seguro se correlacionan con niños sanos que devienen adultos sanos y apegos de tipo ansioso se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia los niños y psicopatología evolutivamente²⁻⁵.

La definición de vínculo de apego como un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina recoge el carácter de urgencia biológica y relacional para la sobrevivencia y el desarrollo saludable^{2,6}.

Los aportes etológicos y neurobiológicos validan su carácter primario, las conductas de vinculación localizadas en los genes FOS de interacción temprana⁷ cuyas bases moleculares se elicitán con estímulos medioambientales por excelencia el contacto piel a piel madre recién nacido y la interacción afectiva que modula el desarrollo cerebral: en la medida que las interacciones son sincrónicas, placenteras y armónicas se pone en marcha la activación recíproca del sistema opioide, estimulando las neurotrofinas cuyo rol en la migración y crecimiento neuronal y formación de redes neuronales es conocido⁸. Cuando los hemisferios cerebrales derechos de la madre y el bebé están sincronizados se produce una resonancia que juega un rol fundamental en la organización cerebral⁹. Al contrario, la desregulación de los sistemas biológicos, altera la arquitectura cerebral, la estrecha interrelación entre estrés, emociones y sistema inmunitario que desregula tanto el sistema nervioso autónomo como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenocortical¹⁰ explican la morbilidad de los menores que no cuentan con la base segura de una figura de apego que regule su funcionamiento somático y mental descrito por Spitz¹¹ en el hospitalismo y depresión anaclítica y confirmado por Zeanah¹².

Que la vinculación sea entre seres de la misma especie conlleva el mismo código genético y código de comunicación lo que posibilita compartir sub-

jetividades, proceso central en la ontogénesis del sí mismo. Desde el nacimiento acontece la intersubjetividad primaria¹³.

El soporte conductual de la intersubjetividad es la interacción, una coreografía rítmica basada en la percepción transmodal que se da a través de todas las vías sensoriales en eventos interpersonales con elementos invariantes. La sincronía y empatía del sistema diádico permite compartir emociones con lo que el bebé va adquiriendo la experiencia intersubjetiva de la relación con otro y la representación cerebral correspondiente. El soporte neurobiológico de la intersubjetividad estaría dado por las neuronas en espejo y los osciladores adaptativos que dan cuenta de la sincronía condición subyacente a la intersubjetividad que impacta al desarrollo de la autorregulación y empatía^{14,15}.

El paradigma de rostro impasible¹⁶ ilustra magistralmente la adquisición del bebé de la representación generalizada de la interacción: es capaz de apreciar las manifestaciones afectivas de la madre y es capaz de comunicarle su evaluación del estado de interacción a través de la expresión emocional y conductual. El rostro impasible es un micro evento de negligencia emocional que muestra el efecto devastador de la disrupción de la intersubjetividad con el otro significativo y el impacto patológico sin la ocurrencia de reparación interactiva. La figura de apego sensible, lee los estados de conciencia y señales del bebé, ajustándose a su mecanismo neurobiológico en los juegos interactivos compuestos de repetición y variación, mientras los elementos estables, rítmicos, cubren la necesidad de contención psíquica, los elementos novedosos dinamizan los intercambios y aprendizajes.

La intersubjetividad ligada a la sincronía interaccional¹⁷ regula el desarrollo del sentido del sí mismo y orienta el tipo de apego que se configura en las experiencias relacionales tempranas.

Stern¹⁸, distingue cuatro sentidos del sí mismo que se desarrollan desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje integrándose al funcionamiento psíquico en forma permanente. Todos los sí mismos permanecen a lo largo de la vida, pero el sí mismo que se utiliza depende del evento relacional presente. Estos son el sentido de un sí mismo

emergente que se desarrolla entre el nacimiento y los 2 meses, basado en la percepción amodal, el sentido de sí mismo nuclear que se desarrolla entre los 2 y los 7 meses, el sentido intersubjetivo con el desarrollo de la atención conjunta a partir del 7º mes con el reconocimiento que el otro también tiene un estado mental y el sí mismo verbal que permite comenzar a comunicar las experiencias vividas a partir de los 15 meses.

El sentido del sí mismo nuclear se constituye a partir de las conductas sociales de maternaje y experiencias propias del bebé. Entre las conductas de maternaje destaca el *baby talking* con sintaxis simplificada y prosodia adaptada, las conductas visuales y verbales exageradas que maximizan la atención del bebé “el apareamiento de las variaciones conductuales del cuidador y las predilecciones del niño le procuran la oportunidad óptima para percibir las variantes conductuales que identifican al sí mismo y al otro”¹⁹. Los padres se adaptan al nivel óptimo de excitación placentero para el bebé y para ellos. A través de este apareamiento mutuo el bebé adquiere la experiencia de autorregulación de su nivel de excitación. La madre requiere gozar de disponibilidad psicológica la cual se ve interferida por psicopatología materna.

Los componentes de la experiencia propia del bebé son la agencia o actividad propia, la coherencia, la afectividad y la continuidad. La actividad propia contribuye al sí mismo nuclear a través de la retroalimentación propioceptiva de los arcos motrices perceptivos. La coherencia de sí, dada por la coherencia de movimiento de forma, lugar, estructura de la intensidad y estructura temporal posibilita la vivencia de sí y del otro como entidades separadas y únicas con límites físicos definidos. La afectividad de sí es dada por la retroalimentación propioceptiva de los componentes de la emoción tales como la respiración, los patrones motores y aparato vocal con que se expresan las emociones. La continuidad de sí otorga la historicidad que permite distinguir una interacción de una relación²⁰, Bruner²¹ la denominó “*memoria sin palabras*” y es sobre todo una memoria motriz que reside en las pautas musculares y su coordinación. Posibilita recordar las experiencias no sólo de la agencia sino

también de la coherencia y el afecto en el devenir evolutivo.

El bebé integra estas invariantes gracias a su memoria episódica que le permite constituir episodios generalizables en tanto estructura de representación que son una síntesis de interacción que Stern llama “*representación de interacción generalizada*” (RIG). A partir de los RIG la subjetividad es un “estado de estar con otro regulador de la excitación de sí mismo”¹⁸, que el bebé percibe subjetivamente. El perfil de la excitación mutua entre el infante y progenitor no es constante, es una regulación incesante de las lecturas interpersonales recíprocas.

El desarrollo del sí mismo intersubjetivo corresponde a la intersubjetividad secundaria¹³, que desde el segundo semestre de vida permite la atención conjunta y el reconocimiento de estados mentales por parte del bebé. Adquisiciones importantes como la permanencia del objeto posibilita hacia el final del primer año la consolidación de un tipo determinado de apego seguro/inseguro.

El tipo de apego que es posible diagnosticar a partir de los 12 meses de vida resulta así del proceso de interacción entre el bebé y la figura primordial de apego y de la organización de los sentidos del sí mismo emergente, nuclear e intersubjetivo aún protolingüístico hasta los 15 meses. El tipo de apego se diagnostica con la situación extraña²², permite distinguir apegos de tipo seguro e inseguro o ansioso, estos últimos a su vez pueden ser evitativos, ambivalentes, posteriormente Main²³, agrega el tipo desorganizado.

- a) Vínculo de apego seguro: el niño confía en la disponibilidad de la figura de apego, lo que permite la exploración y la autonomía progresiva. La regulación emocional y neuroendocrina otorga resiliencia frente al estrés y protege de patologías. El modelo mental es de confianza.
- b) Vínculo de apego ansioso-ambivalente: el niño duda de la disponibilidad de la madre que tiene conductas de sobreprotección y subprotección, los niños presentan gran angustia de separación por lo cual limitan su exploración. Tienden a subregular las funciones neuroendocrinas y emocionales. El modelo mental del menor es de incertidumbre.

- c) Vínculo de apego ansioso evitativo: el niño va creando expectativas negativas hacia la figura de apego, rara vez disponible y distante, aprenden a prescindir del apoyo y la contención afectiva. Tienden a la sobreerregulación emocional y van creando un modelo de autosuficiencia.
- d) Vínculo de apego desorganizado: el niño no posee invariantes que le permitan una configuración del sí mismo y del otro coherente, la figura de apego puede mostrar mucho temor o ser atemorizante²⁴. En ambas situaciones se da la paradoja biológica que cuando el niño busca consuelo es más atemorizado que contenido. El niño va creando un modelo mental escindido, desorganizado. Para Lyons-Ruth²⁵ la *maternal disrupted communication* con las señales del bebé también conducirían al apego desorganizado.

Prevalencia de los tipos de apego

Los estudios internacionales indican que la prevalencia del apego seguro alcanza los 2/3, mientras que las categorías ambivalente y evitativa se reparten diferentemente según los países, el apego desorganizado es ínfimo en las poblaciones normativas y se invierte en poblaciones normativas²⁶⁻²⁹.

En un estudio nacional (Fondecyt 1040238)³⁰, realizado en diádas, madres y sus hijos/as, sanos entre 11 y 19 meses en 2 consultorios de atención primaria en Santiago, encontramos en una muestra normativa 73% de apego seguro y una repartición prácticamente equitativa entre los tipos evitativo (10%), ambivalente (10,8%) y desorganizado (9,2%), resultado alarmante ya que el modelo mental desorganizado se asocia a psicopatología.

Estabilidad del tipo de apego desde la infancia a la adultez

Los estudios longitudinales muestran alta estabilidad del tipo de apego desde la infancia hasta la adultez. El estudio de Waters y cols³¹, evaluando niños de 12 meses con el procedimiento de la situación extraña y a los 21 años mediante la entrevista de apego en adulto (AAI), muestra una estabilidad

de 72%, considerando apego seguro/inseguro y su estabilidad sube a 78% en ausencia de eventos estresantes. Niños seguros a los 12 y 18 meses presentan mejor socialización, mejor competencia escolar y mejores relaciones en la adolescencia³². Poseen, además, mejor capacidad para enfrentar eventos estresantes y traumáticos³³.

Respecto a la transmisión transgeneracional Van Ijzendorp³⁴ muestra que madres con apego seguro tienen 3 a 4 veces más probabilidades de tener hijos con apegos seguros. Fonagy^{35,36}, refiere que la narrativa de apego de las gestantes durante el tercer trimestre del embarazo predice el tipo de apego con sus hijos, evaluado a los 12 meses. Kimelman³⁷, encuentra correlación entre factores de riesgo vincular prenatal y alto riesgo relacional madre-recién nacido.

Apego y psicopatología

Niños con apegos ambivalentes son preescolares impulsivos, dependientes, presentan trastornos ansiosos a los 17 años³⁸. Niños con apegos evitativos son solitarios y hostiles, no solicitan ayuda, presentan trastornos de conducta antisocial y agresividad evolutivamente³⁹. El apego desorganizado a los 18 meses es más significativo respecto al riesgo de patologías en preescolares⁴⁰ y a los 19 años con trastornos borderline y disociativos⁴¹.

En niños maltratados el apego desorganizado aumenta hasta 80%, en madres que tienen abuso de alcohol y drogas ilícitas el porcentaje de apego desorganizado llega a 43%⁵.

Fonagy⁴² reporta un 76% de apego desorganizado en 82 pacientes hospitalizados en psiquiatría. Dozier⁴³ y Fonagy⁴⁴, encuentran significativamente más apego desorganizado en los trastornos disociativos y personalidad límite.

Destaca el reporte de Botella y Gambera⁴⁵ que encuentran en 14 estudios efectuados en muestras clínicas con entrevista de apego en adulto una sobrerepresentación e apego inseguro muy significativa.

En suma, existen evidencias que el apego de tipo seguro es el mejor predictor de desarrollo saludable evolutivamente con una estabilidad entre 72% y 78% y se constata una sobrerepresentación de

apegos inseguros en población clínica. Los estudios invalidan que los diversos tipos de apego serían solamente estrategias defensivas y no patógenas, aunque el sistema de codificación vincular no es independiente de síntomas de trastornos mentales, la severidad del trastorno puede inducir a una distorsión en la apreciación del tipo de la narrativa del apego.

Hipótesis psicogenética de la psicosis fundamentada en la interacción madre-niña/o

Históricamente cabe citar los aportes de autores psicoanalistas en el tema, así para Melanie Klein⁴⁶ las primeras angustias experimentadas por el niño serían de naturaleza psicótica con la consiguiente posición esquizoparanoidea de los primeros meses de vida defensiva a dicha angustia en que priman las pulsiones agresivas arcaicas dañinas y mortíferas sobre las pulsiones libidinales. En el niño normal, las pulsiones libidinales y la constatación de la realidad, le permiten superar la posición esquizoparanoidea a diferencia del niño psicótico, en que la primacia de las pulsiones agresivas mantiene al niño en la posición arcaica. La psicosis infantil sería la persistencia de esta fase más allá del periodo normal. Margaret Mahler⁴⁷ concibe la psicosis infantil como fracaso en el proceso de individuación. Reconoce las psicosis autistas y las psicosis simbióticas en ésta pese al reconocimiento del principio maternante, el niño oscila entre el deseo de fusión absoluta y el temor a la aniquilación. La psicosis se hace patente cuando la ilusión de la unidad madre-hijo no puede mantenerse por el desarrollo neurobiológico y psicomotor, generalmente, a partir de la edad de deambulación.

Para Winnicott⁴⁸, al contrario de los autores anteriores, no se trataría de una fijación a estadios normales del desarrollo sino una desviación en la relación madre-hijo, si la madre no otorga un maternaje suficientemente bueno, el bebé experimenta angustias impensables, agonías primitivas tales como el estado de no integración, despersonalización y pérdida del sentido de la realidad.

Para Stern¹⁸, la psicopatología residiría en la

alteración de la construcción del sentido del sí mismo nuclear: el grado de formación, necesidades de mantenimiento y dosis de agonía primitiva, inherente a los componentes del sí mismo nuclear. Así, el trastorno de agencia subyace a la psicopatología de catatonía, parálisis histérica, desrealización. El trastorno y ausencia de coherencia subyace a despersonalización, fragmentación, experiencias psicóticas de coalescencia o fusión. El trastorno o ausencia de afectividad subyace a anhedonia, apatía. Ausencia de continuidad a fugas y otros estados disociativos.

Psicopatología psicosis infantil

La hipótesis psicogenética permite comprender las diversas presentaciones clínicas de la psicosis.

Psicosis simbiótica

Se observa hipercatexis y sobrevinculamiento materno que bloquea la autonomía y el desarrollo psicomotor surgiendo gran ansiedad y pánico frente a la amenaza de separación.

Episodios de angustia primitiva aumentan en la medida que debe haber autonomía con separaciones culmina 3-4 años. Frase de una paciente “*los gatos pueden entrar por la ventana y rasguñarme si quedo sola*”, expresa la angustia de mutilación y el delirio paranoideo ligado a la ausencia de coherencia la no distinción yo-otro, ausencia de agencia y coherencia

El trastorno sicótico compartido folie a deux

El niño/a vive con uno de los padres delirantes, generalmente en situación monoparental. Es influenciado, aprensivo, poco estructurado, emocionalmente muy dependiente de la figura de apego. Adhiere con mucha convicción a las ideas delirantes de la figura de apego, generalmente, persecutorios.

Comentario. Por la necesidad de intersubjetividad para no caer en el vacío emocional el menor resuena con la mente psicótica de la madre evidencia la vulnerabilidad del sí mismo nuclear.

Disarmonía psicótica

Se observan desde la edad preescolar: Angustia abundante e intensa acompañada, a menudo, de agresividad (primaria y/o defensiva), múltiples emociones de todo tipo, inestables, desbordantes, mal dirigidas y que “no maduran”, ni se socializan y que brotan en crisis frecuentes. Presenta delirio imaginativo inestable, múltiples temas (cuerpo, espaciales, cósmicos, series televisivas) generalmente persecutorios marcados en particular por la angustia y la agresividad. Una “apropiación” precaria de sí: el niño identifica solo algunos parámetros claves de su persona (su nombre... su sexo...). Igualmente en lo que se refiere a la “apropiación de los otros”: él localiza bien algunos parámetros externos, pero sin estabilidad, ni consistencia en su percepción de la realidad. Alucinaciones/percepción sensorial imaginativa. Presentan trastorno de lenguaje diversos: estereotipos verbales, neologismos extraños, inversión pronominal del lenguaje, incluso inventa algunos lenguajes. Con los adultos oscilan entre la posición de bebé y otras, de enfrentamientos a las reglas vividas rápidamente como una persecución.

Frases de un preescolar de 5 años que dibuja reiteradamente imágenes monstruosas o “Es un monstruo... mata gente con su hacha” “Llora sangre, está enojado solo tiene un ojo”, “Mata gente con sus garras”.

Historia de vinculación: Materno-fetal, sobre-involucrada. Materno neonatal separación UCI, depresión respiratoria, laringomalacia, traqueostomizado. *Madre refiere «tenía miedo de perderlo» estuvo con depresión, aumentó violencia de pareja»; «más grande se ponía violento, me gritaba», «yo no podía controlarlo, y lo zamarreaba, lloraba frente a él, no podía manejarlo», «no quería nada conmigo», «me tenía rabia, por todo lo que sufrió».*

Comentario: La historia del niño está marcada de acontecimientos somáticos precoces capaces de haber inducido una cierta fragilidad cerebral, a la vez que la fragilidad del sentido del sí mismo, por la discontinuidad en las figuras de cuidado,

unido a las relaciones familiares caóticas, carece de referencia estable para acceder a un conocimiento de la realidad. Se aprecia el delirio de imaginación paranoidea y mecanismos de defensa arcaicas de identificación proyectiva.

Frases de un adolescente primer brote esquizofrenia: “No sé cómo ser con los más cercanos”, “no sé si las personas sienten lo que dicen, desconfío”, “no sé si soy como yo pienso que soy”, “no sé cómo ser con los más cercanos”. Al preguntarle quien lo cuidaba cuando pequeño presenta risa discordante... silencio... para decir... “¿cuidarmeeeee...?”.

Historia de vinculación: Figuras de apego sucesivas en el contexto de la represión política, conductas de los cuidadores: impredecible, ilógica extrema. Actitud atemorizada.

Comentario: La desorganización de la angustia, miedo, eventos traumáticos y duelo irresuelto de los cuidadores afectó el desarrollo del apego, el sentido del sí mismo nuclear y la intersubjetividad vulnerabilidad que se manifiesta en el brote psicótico a partir de los cambios puberales en que se discontinúa la frágil coherencia, agencia y se afecta la afectividad.

Conclusión

Lejos de una posición cartesiana, el apego inseguro y la fragilidad del sí mismo nuclear es una variable a considerar y seguir investigando en los pacientes psicóticos. La psicopatología no sería una fijación y una desviación sino una fragilidad en la estructuración del sentido de sí mismo que estallaría frente a exigencias o cambios del crecimiento y/o del ecosistema familiar, escolar, social. Modelo que está más de acuerdo con la concepción epigenética actual. La salud mental evolutivamente se sustenta en el desarrollo tan temprano como la relación familiar durante la gestación y la transgeneracionalidad. La interacción madre-bebé es una dimensión crucial que debe interpelar a la sociedad en su conjunto.

Resumen

A través del proceso de desarrollo de apego normal y patológico es posible distinguir vulnerabilidades en la formación del sí mismo que podrían contribuir a la emergencia de la psicosis evolutivamente. Para ello revisaré los conceptos básicos del proceso de apego y el desarrollo de la intersubjetividad, los aportes de los estudios longitudinales respecto a la estabilidad, transmisión transgeneracional del tipo de apego y las relaciones entre psicopatología y apego. Expondré sucintamente las hipótesis psicogenética de la psicosis infantil fundamentada en la interacción madre-bebé desde los postulados psicoanalíticos hasta el paradigma más reciente del desarrollo de los sentidos del sí mismo destacando la labilidad en la formación del sí mismo nuclear entre los 2 y 7 meses de vida como una variable importante que puede contribuir a los trastornos psicopatológicos evolutivamente. Se pone en relieve la importancia del tema para la prevención y favorecer la salud mental a lo largo del ciclo vital.

Palabras clave: Apego, intersubjetividad, psicosis.

Referencias bibliográficas

1. Winnicott. Proceso de maduración en el niño. Ed. Payot París 1983.
2. Bowlby J. "Una base segura. Barcelona", Paidós Ibérica, 1989.
3. Sroufe L. Attachment and development: a prospective longitudinal study from birth to childhood" *Attach Hum Dev* 2005; 7 (4): 349-67.
4. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev* 2000; 71 (3): 684-9.
5. Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwald K. Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Dev Psychol* 1989; 25: 525-31.
6. Kimelman M. Santé mentale perinatale: urgence actuelle prevention futuro. M. Dugnant. Francia Ed. Arip Èrès 2004.
7. Brown JR, Ye H, Bronson RT, Dikkes P, Greenberg ME. Defect in nurturing in mice lacking the immediate early interactive genes FOS B. *Cell* 1996; 86 (2): 297-309.
8. Evrard P, Marret S, Gressens P. Environmental and genetic determinants of neural migration and postmigratory survival. *Acta Paediatr Suppl* 1997; 422: 20-6.
9. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health J* 2001; 22: 7-66.
10. Gunnar MR, Cheatham CL. Brain and behaviour interface: stress and the developing brain. *Infant Mental Health J* 2003; 4 (3): 195-211.
11. Spitz R. Hospitalism: A follow up report on investigation described. *Psychoanal. Study of the Child* 1945, vol. 1 (II) NY Intern. Univ. Press: 113-7.
12. Zeanah CH. Attachment in institutionalized and community children in Roumania. *Child Dev* 2005; 76 (5): 1015-28.
13. Trevarthen C. The concept and foundations of infant intersubjectivity, en Braten, S. (ed) *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press. 1998.
14. Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of actions. *Nat Rev Neurosci* 2001; 2 (9): 661-70.
15. Umiltà MA, Kohler E, Gallese V, Fogassi L, Fadiga L, Keysers C, et al. I know what you are doing: a neurophysiological study. *Neuron* 2001; 31 (1): 155-65.

16. Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978; 17 (1): 1-13.
17. Feldman R. Parent infant synchrony and the construction of shared timing physiological precursors, developmental outcomes and risk conditions. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48 (3-4): 329-54.
18. Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris. PUF 1989.
19. Stern D. One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental Health J* 1994; 15 (1): 9-25.
20. Hinde RA. Attachment: Some conceptual and biological issues, en C. M. Parks and J. Stevenson-Hinde Eds. *The place of attachment in human behavior*. New York Basic Groups. 1982.
21. Bruner JS. Modalities of memory. Talland G, Waugh N. ed. *The pathology of memory* New York Academic Press 1969.
22. Ainsworth M. Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development. *Bull N Y Acad Med* 1985; 61: 771-91.
23. Main M, Solomon J. Discovery of a insecure-disorganized/disoriented attachment pattern, en Brazelton, T.-B, Yogman, M.-B, *Affective Development in Infancy*. Norwood, New Jersey, Ablex, 1986.
24. Main M, Hesse E. Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? M.-T. Greenberg; D. Cicchetti, E.M. Cummings, *Attachment in the preschool years: Theory, Research, and Intervention*, The University of Chicago Press, p. 161-84. 1990.
25. Lyons-Ruth K, Yellin D, Melnick S, et al. Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychol* 2005; 17: 1-23.
26. Sroufe AL, Egeland B, Carlson E, Collins A. *The development of a person*, en *The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford. 2005.
27. Van Ijzendoorn MH, Kroonenberg P. Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. *Child Dev* 1988; 59: 147-56.
28. Van Ijzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. J. Cassidy & PR. Shrauer (eds), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford. 1999.
29. Tomlinson M, Cooper P, Murray L. The mother-infant relationship and infant attachment in a South African Peri-Urban setting. *Child Dev* 2005; 76 (5): 1044-54.
30. Lecannelier F, Kimelman M, González L. Evaluación de patrones de apego en infantes durante su segundo año en 2 centros de atención de Santiago. *Rev Arg Clin Psicol* 2008; XVI, 3, 197, 205.
31. Waters E. The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child Dev* 1978; 49: 483-94.
32. Weinfield N, Sroufe A, Egeland B. Attachment from in infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Dev* 2000; 71: 695-702.
33. Pianta R, Egeland B, Sroufe LA. Maternal stress in children's development: Prediction of school outcomes and identification of protective factors, Rolf et coll. (sous la direction de), *Risk and Protective factors in the Development of Psychopathology*, New York, Cambridge University Press. 1990; p. 215-35.
34. Van Ijzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment interview. *Psychol Bull* 1995; 117: 387-403.
35. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations during pregnancy predicts the organization of infant mother attachment at one year of age. *Child Dev* 1991; 62: 891-905.
36. Fonagy P, Steele H, Steele M, Moran G, Higgitt A. The ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representation of childhood experiences and their infants' security of attachment. *J Am Psychoanal Assoc* 1993; 41: 957-89.
37. Kimelman M, Zitko P, Hernández D, Vidal N. Fac-

- tores de riesgo prenatales para el proceso vincular entre la madre y el recién nacido. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2017; 63 (1): 32-40.
38. Warren S, Huston L, Eegeland B, Sroufe L-A. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 637-44.
 39. Aguilar B, Sroufe L-A, Eegeland B, Carlsonj E. Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 109-32.
 40. Lyons-Ruth K, Alpern L, Repacholi B. Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. *Child Dev* 1993; 64: 572-85.
 41. Lyons-Ruth, K. L'interface entre attachement et intersubjectivité: perspectives issues de l'étude longitudinale de l'attachement desorganisé, Communication, Lausanne. *Psychothérapies* 2005; 25 (4): 223-34.
 42. Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health J* 2003; 24 (3): 212-39.
 43. Dozier M, Stovall K, Albus K. Attachment and psychopathology in adulthood, J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 497-519). Nueva York: Guilford Press. 1999.
 44. Fonagy P, Target M, Gerfely G. Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clin North Am* 2000; 23: 103-22.
 45. Botella J, Gambara H. Doing and reporting a meta-analysis. *Int J Clin Health Psychol* 2006; 6: 425-40.
 46. Klein M. Principios psicológicos del análisis infantil a M. Klein, Obras Completas, Paidós-Hormé, Vol II, 1975-7.
 47. Mahler M. Human symbiose and the vissitudes of individuation in infantile psychosis. New York, Univer Press, 1968.
 48. Winnicott D.W. De la Pédiatrie à la Psychanalyse. Payat, París. 1969.

Correspondencia:

Dra. Mónica Kimelman J.
 Departamento Psiquiatra y Salud Mental,
 Facultad de Medicina Campus Sur,
 Universidad de Chile.
 Gran Avenida 3100
 Email: mkimelman@med.uchile.cl