

# Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático

JUAN LARBÁN VERA\*

## RESUMEN

Este artículo aborda la importancia que tiene para la evolución del bebé, la detección y tratamiento precoz de las desviaciones psicopatológicas de naturaleza autística y psicósomática, que pueden manifestarse y desarrollarse como consecuencia de situaciones traumáticas perinatales. Estas situaciones traumáticas, cuando no son elaboradas e integradas en su psiquismo por la madre, perturban el desarrollo normal de la interacción madre-hijo, creando en el niño un efecto emocional traumatógeno, al serle transmitidas psíquicamente sin ser transformadas; transmisión que se hace de forma inconsciente y no intencional. Se analiza el modo de transmisión generacional y sus efectos. PALABRAS CLAVE: trauma psíquico, transmisión, detección, tratamiento.

## ABSTRACT

UNCONSCIOUS PSYCHIC TRANSMISSION OF TRAUMATIC CONTENT. This paper addresses the importance for the development of the baby of the detection and early treatment of psychopathological deviations of an autistic and psychosomatic nature that can develop in the baby as a consequence of perinatal traumatic situations. These traumatic situations, that can't be elaborated or integrated into the mother's psyche, disturb the normal development of the mother-baby interaction, creating in the child a traumatic emotional effect as they are transmitted psychically without being transformed; a transmission which is unconscious and unintentional. The modality of generational transmission and its effects are analyzed. KEY WORDS: psychic trauma, transmission, detection, treatment.

## RESUM

TRANSMISIÓ PSÍQUICA INCONSCIENT DE CONTINGUT TRAUMÀTIC. L'article aborda la importància que té per a l'evolució del bebè, la detecció i el tractament precoç de les desviacions psicopatològiques de naturalesa autística i psicósomàtica, que poden manifestar-se i desenvolupar-se com a conseqüència de situacions traumàtiques perinatales. Aquestes situacions traumàtiques pel fer de no ser elaborades ni integrades en el seu psiquisme per la mare, pertorben el desenvolupament normal de la interacció mare-fill i creen en el nen un efecte emocional traumatogen, al ser-li transmeses psíquicament sense ser transformades; transmissió que es fa de forma inconscient i no intencional. S'analitzen la forma de transmissió generacional i els efectes. PARAULES CLAU: trauma psíquic, transmissió, detecció, tractament.

“Transmisión psíquica” es un término utilizado en psicoanálisis para designar tanto los procesos, como las vías y los mecanismos mentales, capaces de operar transferencias de organizaciones y contenidos psíquicos entre distintos sujetos, particularmente, de una generación a otra, o a través de generaciones, así como los efectos de dichas transferencias (Segoviano, 2008). En cuanto a la transmisión de los contenidos psíquicos inconscientes entre, y a

través, de las generaciones, se realiza mediante los mecanismos de identificación. Dichos mecanismos son los que aseguran la transmisión inconsciente de generación en generación y se apoyan en las capacidades de identificación del niño, las cuales no son asimilables a la mera imitación consciente. Según la naturaleza de la identificación, conviene distinguir la “transmisión inter-generacional” y la “transmisión trans-generacional”.

*\*Psiquiatra y psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos.  
Correspondencia: [juan.larban@gmail.com](mailto:juan.larban@gmail.com)*

Hablamos de transmisión inter-generacional cuando la transmisión de contenidos psíquicos inconscientes de una generación a otra constituye el soporte de un narcisismo sano, base afectiva de la personalidad, necesario para la construcción de una identidad estable y de un funcionamiento mental desarrollado y armónico. Se trata de identificaciones interiorizadas que tienen como fundamento la identificación empática; es decir, la incorporación e interiorización de aspectos del otro, de lo otro que no soy yo, de contenidos psíquicos inconscientes. La transmisión inter-generacional de contenidos psíquicos inconscientes es bidireccional e interactiva ya que se da entre los ascendentes y los descendientes vivos.

La transmisión trans-generacional de contenidos psíquicos inconscientes no es interactiva, pues es unidireccional, y se da desde los ascendientes muertos a los descendientes vivos. Actúa como si fuese un “legado” no elaborable ni integrable que se van transmitiendo inconscientemente los miembros de una familia a otra, a través de las generaciones, y mediante “saltos” generacionales.

El trauma psíquico resulta en estos casos de la transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático y con posible efecto traumatógeno, mucho más narcisista que sexual. Se trataría, sobre todo, de contenido psíquico inconsciente –imposible de transmitir conscientemente ya que no se puede elaborar ni integrar en el yo del sujeto que lo ha vivido– como podría ser un secreto inconfesable (crimen, incesto, violencia, abusos y agresiones sexuales o de otro tipo, maltrato físico y/o psicológico, etc.), con graves efectos traumáticos para quien lo ha vivido o más frecuentemente, por el efecto traumatógeno de los desencuentros interactivos, repetitivos, duraderos y no reparados entre el bebé y su cuidador. O también, una pérdida de algo o alguien muy importante y significativo que no puede ser reconocida como tal, por ser vivida como una herida narcisista imposible de elaborar.

La experiencia clínica del trabajo con las familias, teniendo en cuenta al menos tres generaciones, muestra hasta que punto estos legados a través de las generaciones pueden estar en la base no solo de la transmisión psíquica inconsciente de una psicopatología no abordable que se agrava y cronifica de generación en generación, sino que, además, en algunos casos influye en la extinción de la propia familia, tanto por

decisión personal consciente, como por la presencia de una sintomatología –como la infertilidad– de origen psíquico.

La mayoría de autores utilizan indistintamente lo “inter” y lo “trans” generacional para referirse a la transmisión de contenido psíquico consciente e inconsciente entre varias generaciones familiares. En la realidad clínica, la frontera entre los dos tipos de transmisión no es tan clara ni precisa. En efecto, vivencias psíquicas transmitidas positivamente, ya transformadas, de elaboraciones precedentes, pueden no ser adecuadamente interiorizadas o incluso ser elementos que impiden o dificultan el desarrollo psíquico de quien recibe dicha transmisión.

Freud, hacia el final de su vida, señala que “el legado arcaico heredado por el hombre no engloba solamente las disposiciones, sino también los contenidos, huellas ancladas en la memoria relacionadas con las vivencias de generaciones anteriores. Por ello la amplitud, así como el alcance de la herencia arcaica se encontrarían acrecentados de forma considerable” (Freud, 1939). En este caso, Freud se refiere tanto a la transmisión inter-generacional como trans-generacional.

### Vivencias traumáticas perinatales y su transmisión inconsciente

El ser humano, en palabras de Manzano, nace “programado” para entrar en relación de forma inmediata con el otro y “reprogramarse” en función de la interacción con él, (Manzano, 2005).

El bebé humano es un ser social, muy sensible a las violaciones de sus expectativas en materia de interacción con su entorno cuidador. La madre, a su vez, durante su maternidad se suele hallar en una situación de gran sensibilidad y con una necesidad regresiva importante de dependencia y cuidados del entorno. Algunos autores consideran el embarazo como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica y emocional. Mónica Bydlowski, psiquiatra y psicoanalista, lo conceptualiza como un estado de relativa “transparencia psíquica”, en el que los sentimientos, conflictos, temores y recuerdos del pasado, emergen más fácilmente del inconsciente materno para facilitar en ella la doble identificación necesaria para los cuidados del bebé. Por un lado, la identificación con su propia madre como cuidadora y, por

otro, con ella misma en tanto que bebé cuidado por su madre (Bydlowski, 1991, 1997, 2000). Un estado similar vive el padre, pero sin llegar a reconocerlo en muchos casos.

En la perinatalidad hay situaciones que pueden ser vividas por la madre como traumáticas, con su correspondiente efecto traumatógeno para ella y para su bebé, generando, en algunos casos, disfunciones interactivas que repercuten negativamente en el desarrollo de éste último.

### **Acontecimientos traumáticos perinatales**

Hay situaciones perinatales que son vividas con un fuerte impacto traumático por la madre, dada la especial sensibilidad y sensación de vulnerabilidad con que vive el embarazo, así como los momentos que preceden, acompañan y siguen al parto. Estas vivencias, traumáticas para la madre, en muchos casos no pueden ser elaboradas, ni asimiladas, ni contenidas, ni integradas por ella sola. De forma inconsciente y no intencional, pueden ser transmitidas a su bebé a través de la interacción con él, teniendo como consecuencia un posible efecto traumatógeno para su hijo. En bastantes casos de riesgo de evolución autística en el bebé, la función materna cuidadora puede encontrarse fuertemente perturbada por el efecto traumático que para la persona que ejerce la función materna tienen ciertos acontecimientos perinatales.

La situación de desamparo, acompañada de fuertes sentimientos de soledad, de impotencia e indefensión, con los que la situación traumática es vivida con frecuencia por la madre, amplifica y agrava el efecto traumatógeno que esta situación traumática tiene para ella y su bebé. La vivencia de desamparo que sufre la persona expuesta a una situación traumática, en muchos casos, deja una huella traumática mayor y más difícil de sanar que el propio traumatismo. De hecho, es la sensación de desamparo que surge cuando se evoca, reactivándose, la situación traumática, la que provoca en gran parte un sufrimiento intolerable en el sujeto que la padece.

Podrían tener un impacto traumático para la madre las urgencias y dificultades obstétricas; pero sobre todo, la forma como la madre se ha sentido tratada en esas situaciones de gran vulnerabilidad para ella. También es importante la forma como la madre ha vivido el embarazo, el parto, el puerperio, y si ella o alguien importante de su entorno se hallan afectados

por una enfermedad grave. También podrían ser vividas como traumáticas, situaciones de riesgo vital para el bebé, la muerte de un ser querido y cercano para la madre como puede ser el padre, la madre, un hijo, etc. En todas estas situaciones dolorosas y difíciles, tanto para la madre como para el hijo, la presencia, comprensión y apoyo del padre es fundamental.

Durante la perinatalidad, en el caso de un duelo por la pérdida de un ser querido del entorno familiar próximo –padres, hermanos o de un hijo–, la madre se encuentra en la difícil y a veces insostenible situación de tener que investir la vida que lleva en su vientre o que acaba de nacer y, al mismo tiempo, seguir invistiendo lo que ha perdido, lo que ha muerto, al acompañar emocionalmente también al ser querido perdido. Estar presente en ambos lugares es para la madre una situación conflictiva, estresante y muchas veces imposible de soportar. Aunque no lo quiera, inconscientemente, la madre no puede evitar el ausentarse de la interacción con el bebé para estar con el ser querido perdido a través de los recuerdos, impregnados en este caso por lo mortífero no deseado, más que por lo vital y deseado por ella en la interacción con su hijo.

Cuando se pierde un ser querido y durante el proceso de duelo se tiene la sensación, más o menos duradera, de que perdemos algo de nosotros mismos y que algo nuestro muere también. Esta situación puede mermar en la madre la capacidad de comunicación empática con su bebé que puede captar ese sufrimiento, esa ausencia y, a la vez, esa presencia de la muerte a través de la actitud ensoñadora de la madre. Esto puede generar en el bebé un profundo malestar y dolor emocional con el riesgo de poner en marcha defensas de evitación de la comunicación y de la relación que pueden acabar por afectar, de forma más o menos duradera, la interacción madre-bebé.

Según los mecanismos de defensa empleados por el bebé, podemos asistir desde las primeras semanas de su vida al nacimiento de un proceso evolutivo en el que pueden ir surgiendo trastornos de naturaleza psicósomática o trastornos de naturaleza autística. En muchos casos de riesgo de evolución autística en el bebé, la función materna cuidadora puede encontrarse fuertemente perturbada por el efecto traumático que tienen ciertos acontecimientos perinatales.

Cuando el bebé, de forma activa, se protege del sufrimiento emocional y dolor psíquico vividos, con una desconexión emocional, pero sin evitar la interacción

con el entorno cuidador, nos encontramos entonces con una situación de riesgo de posible evolución hacia trastornos psicosomáticos precoces. Cuando el bebé se protege utilizando como defensa la evitación y el rechazo de la interacción, tanto a través de la mirada como a través de las dificultades que este presenta para calmarlo; cuando aparecen dificultades para atraer su atención, así como para lograr un buen ajuste corporal y tónico-postural en el regazo materno; cuando tiene tendencia a refugiarse en el sueño y se duerme en momentos tales como después del amamantamiento –momentos en los que los bebés suelen estar atentos y presentes en la interacción con la madre– estamos, entonces, ante un posible riesgo de inicio de un proceso autístico en el niño.

A veces, el efecto traumatógeno del acontecimiento traumático permanece latente en el psiquismo de la madre varios meses o incluso más tiempo, gracias a los mecanismos defensivos que pone en marcha inconscientemente para no sufrir o para sufrir menos. Durante este tiempo, el efecto traumatógeno para el bebé se puede hacer mayor a causa de las defensas de evitación (de la relación y afectos asociados con el traumatismo) que “sostienen” a la madre en un equilibrio frágil e inestable en la interacción con su hijo. Si las defensas de evitación de la madre en la interacción con su bebé, potencian otras similares en su hijo –tales como evitar e incluso rechazar la comunicación y relación emocional con ella–, podríamos estar ante una situación de riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista en el niño, si la situación de incomunicación y desencuentro interactivo no reparado es muy frecuente, se agrava, o se hace duradera.

### Trauma psíquico precoz

Khan, discípulo destacado de Winnicott, desarrolló la importancia que tiene el micro-traumatismo repetitivo y acumulativo durante el desarrollo temprano del psiquismo del bebé en la interacción con su entorno cuidador. Son pequeños traumatismos –repetitivos y acumulativos– que implican una alteración y herida narcisista que permanece abierta en el psiquismo del bebé al producirse en los momentos iniciales de la constitución del yo, dejando a su “sí mismo” en situación de gran fragilidad, insuficientemente investido e inerme ante posteriores vivencias que se convertirán en traumáticas al incidir sobre un aparato psíquico incapaz de elaborarlas (Khan, 1980).

Los continuados, repetidos y duraderos desajustes no reparados (herida narcisista no cicatrizada en la madre y en el hijo), producidos en la relación y comunicación empática madre-bebé, con la consiguiente cascada de desencuentros interactivos frustrantes y dolorosos para ambos, producirían en el bebé un efecto traumático acumulativo, con ruptura del sentimiento de continuidad de la propia existencia que se expresaría, posteriormente en el niño, con un funcionamiento autista a través de angustias primitivas tales como la sensación de disolución-desaparición (Winnicott, 1965, 1993, 1994, 1998, 2002). A su vez, estas angustias catastróficas movilizan la necesidad en el niño de protegerse de ellas con mecanismos defensivos de naturaleza autística. Los déficits cognitivos, emocionales y, sobre todo, los que afectan la capacidad de interacción social que el funcionamiento defensivo autístico produce como secuelas en el bebé, en un momento evolutivo esencial y crítico para el desarrollo de la integración de la sensorialidad, intersubjetividad, simbolización y de sentar las bases de la comunicación –del lenguaje pre-verbal y verbal–, refuerzan la necesidad de protegerse de dichas dificultades con defensas de tipo autístico. El niño se encuentra cada vez más atrapado y encerrado en un laberinto sin salida. Al mismo tiempo, para el adulto cuidador es cada vez más difícil penetrar dichas defensas para comunicarse con el niño.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado, que en este caso sería proporcionar la ayuda, apoyo emocional y psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos duraderos entre la madre y su bebé. Se va generando, progresivamente, un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo que lo absorbe, “lo mama”, con el consiguiente efecto traumatógeno para él.

El bebé se ve así abocado, “obligado” a protegerse y defenderse del efecto desorganizador, del intenso malestar y sufrimiento psíquico que la situación interactiva de sufrimiento compartido con la madre le genera. Los mecanismos de defensa que puede poner en marcha son muy limitados y primitivos dada su situación de inmadurez neurobiológica y su completa

dependencia del entorno, siendo sobre todo los mecanismos de evitación del sufrimiento o dolor emocional los que más fácilmente puede utilizar.

Hay que tener en cuenta que con sus mecanismos de defensa autísticos, el hijo, no evita o rechaza a la madre sino el sufrimiento que vive en la interacción con ella. Esta forma de ver la situación descrita es muy importante ya que frecuentemente, la madre, ya de por sí afectada e incluso a veces herida por las vivencias traumáticas sufridas, interpreta la evitación y rechazo de la comunicación por parte de su hijo, como un rechazo hacia ella. Esta forma de interpretar lo que pasa entre ella y su hijo, aumenta su herida narcisista y genera un precoz, profundo y doloroso malentendido que cada vez se hace mayor, así como frecuentes y temidos desencuentros frustrantes y repetitivos entre ella y su bebé. La ayuda y apoyo prestados a la madre, facilitándole una visión diferente de la interpretación que ha hecho del rechazo de la comunicación e interacción por parte de su hijo, facilita la salida de semejante círculo vicioso interactivo (Palau, 2009, a, b), tal como se muestra en la viñeta clínica siguiente.

### Viñeta clínica

Testimonio de la madre de un bebé de dos meses con inicio de funcionamiento autista:

“Tengo un bebé, Guillermo, que actualmente tiene 4 meses y 10 días. Mi hijo nació de un embarazo que se desarrolló con normalidad hasta el último momento, pero en una ecografía de control que me realizaron a las 37 semanas de gestación se me informó que el bebé era demasiado pequeño para la edad gestacional, debido a un deficiente pasaje de sangre a través del cordón umbilical. Por ese motivo quedé internada y se me realizó, sin preparación alguna, una cesárea de urgencia.

El bebé nació con 2 kilos y 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios dado que estaba hipoglucémico y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Estaba en la cuna, conectado a un suero y a un monitor y no había nadie que me explicara que le pasaba a mi hijo. Volví al otro día y esta vez me explicaron que el bebé

no se alimentaba correctamente. Por este motivo iniciaron alimentación por sonda. A los 5 días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación. Cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien.

Toda esta situación generó, tanto en mi esposo como en mí, mucha tensión y frustración. Estando ya en casa empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mí, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre altera y nervioso. Al observar estos comportamientos intenté obtener información de qué podía pasarle. Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces que busqué en Internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas y encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infanto-juvenil donde explicaba que esos podían ser síntomas tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara, ya que en ese artículo explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.

Me puse en contacto con un colega suyo y me explicó que el comportamiento de mi hijo se debía a que había estado absorbiendo todo el dolor emocional que yo le transmitía, debido al mal manejo de la situación que sufrimos en el centro de salud donde nació el bebé. Me pude enterar que el problema para alimentarse suele ser normal en bebés que nacen con poco peso y que cede al cabo de unos días, cosa que nadie nos explicó en dicho centro. Por el contrario, se nos insistía con que era anormal que no lo hiciera. Haberlo forzado a alimentarse fue otro error que contribuyó a que el bebé se encerrara, evitando establecer lazos y se expresara con llanto y nerviosismo. A través de la atención de estos dos profesionales pude comprender que mi ansiedad había afectado al bebé y con su ayuda fui cambiando mi comportamiento de manera que pude estar más tranquila. Entonces, la conducta del niño fue cambiando gradualmente. Comenzó a mirarnos a los ojos al papá y a mí, comenzó a sonreír cada vez más frecuentemente, a estar más tranquilo, y dormir mejor.



Hoy por hoy mi bebé es un niño alegre, y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la situación en que estaba inmerso. Antes de pasar por esta experiencia no tenía idea de lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo importante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado. Daniela”.

### Comentario

En este relato, que es su testimonio, Daniela muestra la importancia de los acontecimientos traumáticos perinatales vividos y no asimilados como situación de riesgo para el desarrollo de una interacción patógena, en este caso de tipo defensivo-autístico, entre una madre y su bebé. En el caso de Daniela y su hijo, jugaron un importante papel traumático la cesárea de urgencia, la estancia del bebé en cuidados intermedios y, sobre todo, la forma en que se produce el primer encuentro con su hijo, así como los consejos erróneos dados por el personal sanitario a la madre sobre las condiciones de amamantamiento de su bebé.

Hay que señalar un dato significativo que Daniela no comenta en su testimonio y que contribuye, además, a aumentar y agravar el sufrimiento de ambos, así como el desarrollo patológico de la interacción madre-bebé. La madre, tras su estancia en la clínica maternal, de regreso al domicilio decide no salir de casa; es decir, se encierra en ella —como si de una condena se tratase— para así “cuidar mejor de su hijo”. Permanece durante 20 días en esta situación de aislamiento que abandona al constatar el empeoramiento tanto de la relación con su hijo, como de sus síntomas de inicio de funcionamiento defensivo-autístico.

Este encadenamiento de situaciones traumáticas —en el sentido del micro-traumatismo acumulativo y repetitivo de Khan— llevó a Daniela a compartir, sin saberlo y sin quererlo, un sufrimiento psíquico intolerable con su hijo. Podemos ver, a través de lo que nos cuenta, cómo la situación interactiva con su hijo se hace más difícil y frustrante cada día. Podemos sentir su vivencia de desamparo ante la respuesta de los pediatras a los que pide ayuda. Podemos comprender la evitación y rechazo interactivo hacia la madre que se ve forzado a desarrollar su hijo, para evitar el sufrimiento compartido

que él tampoco puede soportar. Podemos seguir, paso a paso, la evolución y el cambio que se produce en el bebé ante la nueva actitud de su madre en la interacción con él. Podemos intuir lo importante que fue el apoyo, la comprensión e identificación empática de los profesionales que la ayudaron para que Daniela, a su vez, pudiese comprender y apoyar a su bebé, así como para incorporar al padre en la interacción con su hijo.

Guillermo, el hijo de Daniela, presentaba a los dos meses y medio de edad casi todos los signos de alarma que indicaban un inicio de funcionamiento autista. Hoy día, a sus 3 años de edad y según el seguimiento evolutivo efectuado, es un niño sano que se desarrolla normalmente.

### Conclusión

La detección perinatal de los factores de riesgo de origen traumático en la interacción madre-bebé, así como las posibles desviaciones tempranas del desarrollo del bebé hacia la psicopatología permiten, con un diagnóstico y tratamiento adecuados (psicoterapia padres-bebé), hacer una labor de prevención primaria y secundaria, con la consiguiente evitación de la aparición del trastorno y de su instalación en el psiquismo temprano del bebé, tanto si el trastorno es de tipo psicossomático como autístico.

### Bibliografía

BYDŁOWSKI, M (1991). *La transparence psychique de la grossesse*. Etudes Freud 3, p, 2-9.

BYDŁOWSKI, M (1997). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Ed. PUF. París.

BYDŁOWSKI, M (2000). *Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité*. Ed. Odile Jacob. París.

KAHN, M (1963). El concepto de trauma acumulativo en, *La intimidad del sí mismo*. Ed. Saltes, Madrid, 1980. p, 47-66.

LARBÁN, J (2010). El proceso autístico en el niño: intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicossomática*. 75, 35-67.

MANZANO, J (2005). La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 39-40, p, 107-116.

<http://www.seypna.com/articulos/evaluacion-psicopatologica-estructural/>

PALAU, P (2009, a). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 73, p, 41-60.

<http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiologica1.pdf>

PALAU, P (2009 b). Abordaje psicoterapéutico de lo psicosomático y de lo autístico primario, en las primeras semanas de vida: interacción traumatógena y defensas psicopatológicas tempranas. Ponencia presentada en las II Jornadas Pitiusas Pro salud Mental sobre “La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos”, organizadas por ADISAMEF en octubre de 2008 en Ibiza.

[http://adisamef.com/jornadas09/ponencias\\_2009/pascual\\_palau.pdf](http://adisamef.com/jornadas09/ponencias_2009/pascual_palau.pdf)

SEGOVIANO, M (2008). Transmisión psíquica. Escuela Francesa. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, N° 3.

<http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=202&idd=3>

WINNICOTT, W. D (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós, Buenos Aires.

WINNICOTT, D. W (1993). *Conversando con los padres*. Paidós Ibérica, Madrid.

WINNICOTT, D. W (1994): *Conozca a su niño*. Paidós Ibérica, Madrid.

WINNICOTT, D. W (1998). *Los bebés y sus madres*. Paidós Ibérica, Madrid.

WINNICOTT, D. W (2002). *Realidad y juego*. Gedisa, Barcelona.