



## Taller INTERACCIÓN PADRES-NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

### Moderadora:

Margarita de Miguel  
Pediatra, CS Burlada, Servicio Navarro  
de Salud-Osasunbidea.

### Ponente/monitora:

■ María José Álvarez Gómez  
Pediatra, CS Mendillorri, Servicio Navarro  
de Salud-Osasunbidea.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

### ¿Cómo citar este artículo?

Álvarez Gómez MJ. Interacción padres-niño en el primer año de vida. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 267-74.



# Interacción padres-niño en el primer año de vida

María José Álvarez Gómez  
Pediatra, CS Mendillorri, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.  
[malvareg@cfnavarra.es](mailto:malvareg@cfnavarra.es)

## RESUMEN

Existe evidencia de la importancia de una correcta interacción padres-niño en el desarrollo infantil.

Además, como pediatras de Atención Primaria, atendemos hoy día con frecuencia problemas que no son sino reflejo de una inadecuada interacción en un período tan vulnerable como la primera infancia.

Sabemos, además, que las relaciones del niño con sus cuidadores son moldeables.

Enseñar a los padres las competencias y características únicas de su bebé; enseñarles a observar e interpretar el comportamiento del niño para responderle de forma sensible y contingente –mediante acomodación y no por medio de confrontación–, les ofrece una guía anticipatoria en la crianza, les refuerza en su confianza y competencia como padres, estrecha el vínculo afectivo con los niños y potencia la capacidad de autorregulación del bebé.

De modo que en nuestra sociedad actual, en la que se han producido tantos y tan profundos cambios en el seno de la familia, fomentar unas interacciones saludables entre los padres y el niño en estas edades tempranas puede ser un importante factor de protección para el

desarrollo infantil y parece constituir una prometedora medida de prevención primaria.

## LA IMPORTANCIA DE LA INTERACCIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS

La "interacción" se define como "la acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más agentes"; en física se utiliza como sinónimo de "acción a distancia"; y en sociología como el proceso por el que los individuos se estimulan unos a otros. Podemos simplificar diciendo que la interacción no es otra cosa que "la interrelación de las acciones de los individuos".

En términos de psicología evolutiva, la interacción es una especie de "diálogo sin palabras" en el que el cuidador actúa con el bebé de forma que le demuestre que comprende sus comportamientos.

Muchos estudios defienden la idea de que es la interacción que los niños mantienen con sus cuidadores, adultos competentes, la variable que explica el desarrollo infantil.

Estas orientaciones más recientes se inspiran en la teoría de Vigotsky; para él —a diferencia de Piaget, para quien el niño accedía a la representación mental a través de la acción física: período sensoriomotor de los dos primeros años—, el origen de la representación por parte del niño está en la interacción social: los primeros símbolos no se desarrollan sólo sobre un mundo de objetos sino también en un entorno rodeado de personas que los interpretan y los producen, estimulando así el desarrollo de la capacidad representacional<sup>1</sup>.

Actualmente, las evaluaciones de los programas de intervención con niños demuestran que centrarse en las interacciones familiares puede tener un efecto mayor sobre el desarrollo del niño que centrarse únicamente en intervenciones en el propio niño<sup>2</sup>.

De modo que hoy se está empezando a reconocer la importancia de fomentar unas interacciones padres-niño saludables.

Y se está empezando a valorar que mejorar estos aspectos en torno al niño sería una buena medida de prevención primaria en nuestra sociedad.

Pensemos que el 13,4% de los niños en Estados Unidos presenta problemas emocionales y/o de comportamiento<sup>3</sup> y que una de las causas que se correlacionan significativamente con estos problemas es el declinar de la cualidad de los entornos del niño en todas las sociedades de bienestar, en las que se han producido unos profundos cambios en el seno de la familia: ambos padres trabajando fuera de casa, menos redes de apoyo a las familias, modelos de familia no tradicionales, niños que pasan más horas en guarderías o frente al televisor<sup>4</sup>. Y es que la primera infancia es el período más crítico y vulnerable en el desarrollo infantil.

Como pediatras debemos saber que, a veces, la interacción niño-padres determina el "síntoma" o problema que lleva a los padres a buscar ayuda en nuestras consultas<sup>5</sup>: la mayoría de las quejas de los padres en estas primeras edades son en torno a problemas de alimentación, sueño o conducta del niño que aparecen en el marco de la interacción con sus padres. Estos problemas aparecerán a lo largo de todo el desarrollo: el tema será siempre el mismo, pero se negociará de forma diferente —"el campo de batalla" cambiará constantemente— en virtud de las nuevas capacidades del niño en cada fase de su crecimiento, obligando a los padres a reorganizar la interacción cada vez<sup>6</sup>.

Pero, además, problemas de interacción podrían explicar o influir en otras patologías del desarrollo que debemos valorar como pediatras. Y es que, como explica Sameroff en su modelo transaccional del desarrollo, el niño no sólo es capaz de recibir pasivamente estímulos del ambiente, sino que es capaz de elicitar respuestas en el mismo de modo que se puede convertir en un fuerte determinante de sus propias experiencias<sup>7</sup>.

Pone el siguiente ejemplo: pensemos en un niño que nace con una complicación perinatal; su madre desarrolla cierta ansiedad ante este hecho y, como consecuencia de ésta, sus primeras interacciones con el niño durante los

primeros meses pueden ser inapropiadas. En respuesta a estas respuestas de la madre, el niño puede desarrollar algunas irregularidades en sus patrones de alimentación y sueño, lo que le da apariencia de un “niño de temperamento difícil”; esta manera de ser del niño disminuye el placer que la madre siente con él, con lo que tiende a pasar menos tiempo con el niño, le habla menos... Finalmente, si el niño llega a nuestra consulta más adelante con un retraso/trastorno de lenguaje, ¿cuál será el determinante de dicho problema de lenguaje en ese niño? ¿La complicación perinatal, la ansiedad de la madre, el temperamento difícil del niño o la distorsión en la cantidad/calidad de la interacción madre-niño? Y lo que es más importante: cuando intervengamos sobre ese problema: ¿dónde lo haremos? ¿Sobre el lenguaje del niño? ¿Sobre la ansiedad de la madre...?

La ansiedad de la madre se basa en la interpretación que hizo de las complicaciones perinatales y su evitación del niño se basa en la interpretación que dio a los problemas de alimentación y sueño del niño. Sameroff nos propone el abordaje de estos casos mediante las tres “R”: en algunos casos conseguir pequeñas modificaciones en el comportamiento del niño (“remedio”); en otros un cambio en las percepciones que los padres hacen del niño, centrándonos en sus atributos más positivos (“redefinición”), y otras veces puede ser un cambio en la habilidad de los padres para cuidar al niño (“reeducación”). Para él, cuando los padres cambian la manera de pensar sobre el niño o de comportarse con él, como consecuencia de algo que el pequeño ha hecho, se ha producido una transacción.

Las relaciones del niño con sus cuidadores son moldeables y su modificación ha dado resultado en muestras de niños de alto riesgo<sup>9</sup>.

Desde los años ochenta, numerosos investigadores de diversas disciplinas: pediatría, psicología, psiquiatría y sociología, han publicado profusamente sobre factores de riesgo para el desarrollo infantil –centrándose básicamente en el efecto que tiene sobre la infancia el crecer en un ambiente desfavorecido–, pero se ha prestado mucha menos atención sobre los factores de protección y la resistencia individual del niño (*resilience*).

A pesar de la enorme popularidad que se ha dado a la *resilience* –que no es sino un proceso transaccional entre el sujeto y su ambiente–, hay relativamente pocos estudios prospectivos longitudinales que examinen este fenómeno en los primeros años de vida del niño.

Algunos de estos factores protectores proceden del entorno –familia, comunidad– y otros son internos –inherentes al niño–. Los niños “resilientes” se caracterizan en estos estudios por ser activos, afectuosos, fáciles de manejar cuando eran bebés; pocos manifestaron trastornos de alimentación o sueño y sabían reaccionar y comunicarse bien con sus cuidadores; en resumen, tenían una buena autorregulación: buena capacidad de alerta, eran fáciles de consolar y sabían responder socialmente<sup>9</sup>.

## LOS ELEMENTOS DE LA INTERACCIÓN

Desde los años setenta, las investigaciones se han centrado en identificar los elementos importantes de la interacción. Estos elementos incluyen el repertorio comportamental de ambos padres y niño y la reciprocidad que se desarrolla en la interacción a medida que ambas partes responden y se adaptan la una a la otra. Esto es: el estudio de las características individuales del niño y de los padres y cómo dichas características se relacionan con unos patrones de interacción<sup>10</sup>.

Muchos de los estudios hipotetizan, desde antiguo, que varias prácticas de crianza vienen determinadas no sólo por lo que la madre hace y siente sino por las características de respuesta específica de cada niño: la cantidad de llanto, la capacidad de consolabilidad o de respuesta a los estímulos sensoriales por parte del bebé evocan diferencias de maternaje<sup>11</sup>.

Veamos algunos de los elementos de la interacción:

### I. El temperamento del bebé

El concepto temperamento hace referencia a unos patrones de comportamiento observables y de aparición precoz, que se presumen de origen biológico y que permiten distinguir a un niño de otro.

El trabajo clásico de Thomas y Chess en 1963 conocido como *Estudio longitudinal de Nueva York (NYLS)*<sup>12</sup> describió nueve categorías comportamentales: nivel de actividad, ritmicidad, aproximación/retirada, adaptabilidad, umbral de respuesta, intensidad de reacción, cualidad del humor, distraibilidad y lapso atencional/persistencia, de lo que derivaban tres constelaciones temperamentales que caracterizaban a los niños como fáciles (40%), difíciles (10%) y lentos para calentarse/aclimatarse (15%); el resto de niños era una combinación de estos perfiles.

Un poco más tarde, en 1969, Brazelton definió el temperamento del niño a lo largo del primer año de vida en: bebé medio, bebé tranquilo y bebé activo<sup>13</sup>.

Hoy día esta tipología de estilos comportamentales continúa vigente y muchas publicaciones más recientes están encaminadas a guiar a los padres en el cuidado de sus hijos atendiendo a sus características individuales desde su primera infancia<sup>14</sup>.

Está claro, además, que el comportamiento del niño, especialmente cuando es persistentemente irritable, puede afectar notablemente a la interacción y el sentimiento de eficacia que crean de sí mismos los padres<sup>15,16</sup>.

Pero el temperamento ¿es algo genético? Es la eterna dialéctica *natura versus nurtura*. Ciertamente existe un sustrato biológico, como demuestran recientes investigaciones que analizan variaciones a nivel bioquímico o de neuroimagen cerebral<sup>17</sup>; pero si bien parte de las características del temperamento residen en el ADN, la genética por sí sola no puede explicar la variabilidad de éste y ahora se empieza a explorar cómo el aprendizaje produce alteraciones en la expresión de los genes<sup>18</sup>.

De modo que así se explica también el hecho de que, aunque parece que el temperamento tiene cierta estabilidad a lo largo del tiempo, los comportamientos que reflejan sus características se pueden alterar con el desarrollo. Y, por tanto, la predisposición temperamental es necesaria, pero no suficiente, para explicar completamente la personalidad del niño; más bien es un material

en crudo que puede ser modificado y a veces radicalmente cambiado por el entorno.

El temperamento a su vez tiene un papel importante moderando el desarrollo, pues las características del niño pueden modificar las reacciones de su cuidador; puede a su vez afectar a cómo el niño interpreta y da sentido a sus experiencias vitales o da forma a las elecciones que hace, y todo ello a su vez puede volver a reforzar las características temperamentales del niño<sup>19</sup>.

Actualmente, los líderes en este campo estudian dos dimensiones básicas del temperamento, que interactúan una con otra: de una parte, la reactividad emocional y atencional (intensidad y contenido de las respuestas del niño a los estímulos internos y externos) y, de otra, las capacidades de autorregulación (cómo el niño maneja o modula su reactividad para adaptarse a las demandas de la situación)<sup>20</sup>.

Esta interesante capacidad de regulación puede manifestarse ya en un bebé como la habilidad para inhibirse a la sobreestimulación o para autoconsolarse succionando su puño y en un niño más mayor puede mostrarse como su habilidad para manejar sentimientos de ira, miedo o situaciones de frustración<sup>21</sup>.

Todo esto se solapa con un amplio grupo de habilidades cognitivas relacionadas con la regulación del comportamiento y de las emociones, conocidas como "funciones ejecutivas" tan de moda en la actualidad<sup>21</sup>.

Todas estas premisas sobre el temperamento y sobre cómo los padres pueden influenciarlo ayudando a su hijo a desarrollar sus habilidades de autorregulación hacen que se esté estudiando si el concepto de temperamento puede constituir una herramienta útil para los padres y si el entrenamiento de éstos para adaptar su estilo de crianza al estilo temperamental del niño puede favorecer el desarrollo<sup>23,24</sup>.

Sin embargo, trabajar en esta línea tiene el problema de que no se pueden generalizar los resultados ya

que, como nos recuerdan los antropólogos, la clasificación del temperamento se relaciona estrechamente con creencias y valores culturales propios de cada sociedad. Es, por tanto, un concepto un tanto subjetivo a veces y no sólo entre profesionales sino entre los mismos padres<sup>25</sup>.

## 2. Los padres: la relación de apego

“Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación.” (Winnicott)

El apego es un término utilizado por Bowlby para describir la vinculación afectiva que se crea entre el niño y su cuidador primario<sup>26</sup>.

El apego es un patrón de interacción que se desarrolla a lo largo del tiempo a medida que niño y cuidador interactúan principalmente en el contexto de las necesidades del niño y de los intentos que hace para recibir atención y confort. Bowlby afirma que el niño utiliza al cuidador como un refugio o como una base segura mientras explora el mundo, volviendo al cuidador en busca de protección y confort. La respuesta del cuidador a estos intentos moldea la relación de apego en un patrón de interacción que se desarrolla a lo largo del primer año y el niño aprende a anticipar la respuesta del adulto que le cuida.

La mayoría de autores ha estudiado la cualidad de la relación de apego mediante la “situación extraña” (Ainsworth), planteando al niño una situación de estrés para observar las expectativas que el niño ha hecho respecto de su cuidador cuando le necesita<sup>27,28</sup>.

Básicamente, se explora a través de la ansiedad de separación que se suscita en el niño cuando el cuidador se va y se le deja con una persona extraña. Cuando el niño tiene un cuidador que responde y lo hace además de forma sensible, el niño desarrolla un patrón de apego seguro: explora activamente en presencia de su cuidador; muestra ansiedad de separación cuando éste se va y muestra reacción positiva hacia él cuando vuelve; pero si el cuidador no responde o lo hace de forma ina-

decuada o inconsistente, se desarrolla una relación de apego ansiosa; esta última puede ser de tres tipos:

- A. Si la respuesta del cuidador es inconsistente, el niño desarrollará un apego ansioso ambivalente; es muy dependiente del cuidador del que apenas se aleja ni para explorar; llora intensamente en su ausencia pero es difícilmente consolable por él cuando retorna.
- B. Si el cuidador no responde, de forma crónica, el niño desarrolla un apego ansioso evitativo, no muestra ansiedad de separación y evita el contacto y la interacción cuando éste retorna.
- C. Finalmente algunos niños desarrollan un patrón de apego ansioso desorganizado, que es una combinación de los dos anteriores; manifiesta a la vez conductas de aproximación y evitación de interacción con el cuidador. Este último puede verse en niños que han sido maltratados y han aprendido que la persona que debería ser su refugio puede ser también fuente de amenaza para él.

Pues bien, se ha demostrado que los niños con un apego seguro en sus interacciones presentan, en general, un desarrollo más positivo<sup>29</sup>, y puede ser incluso un factor protector para aquellos niños que experimentan un alto grado de acontecimientos estresantes a lo largo de su vida. Por el contrario, un apego ansioso en estas edades tempranas puede asociarse a trastornos emocionales en edades posteriores, e incluso a verdadera psicopatología en casos de patrón ansioso de tipo desorganizado<sup>30</sup>.

Así, durante más de treinta años, Erickson et al vienen utilizando el apego como un entramado sobre el que sustentar sus estudios prospectivos longitudinales de la interacción padres-niño y sus efectos a lo largo del desarrollo (*Parent-Child Interaction Project*).

En los últimos años vienen diseñando, implementando y evaluando la intervención preventiva con padres de riesgo<sup>31</sup>.

También en el terreno del apego se ha estudiado el tema de la autorregulación: el bebé, incapaz de regular sus propias emociones, requiere del adulto para que las module. Cuando el cuidador interpreta correctamente y responde de forma sensible a las señales que emite el niño, se sientan las bases de la coordinación del proceso de regulación<sup>32</sup>. Esto es un proceso mutuo entre ambas partes y para la segunda mitad del primer año de vida el niño sabe comportarse de modo que elicitó las respuestas que necesita del cuidador en un patrón coordinado de interacción. Luego, la relación de apego se sustenta sobre la autorregulación de las emociones y el estado de alerta del niño<sup>33</sup>.

Todavía nos queda, sin embargo, mucho por aprender de algo tan íntimo como las relaciones, la interacción padres-niño; pero los aspectos reseñados (temperamento, apego...) y la investigación en torno a ellos nos pueden aportar una excelente herramienta para sustentar nuestra práctica.

## **TRABAJAR LAS INTERACCIONES PADRES-NIÑO EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Todo lo expuesto en los apartados anteriores nos indica que una correcta interacción padres-niño favorece un desarrollo más positivo de éste. Hemos visto, además, que en la interacción intervienen múltiples variables y que las relaciones del niño con sus cuidadores son moldeables. De modo que actuar en este período crítico del desarrollo infantil podría constituir una excelente medida de prevención primaria.

### **¿Quién puede hacerlo?**

Hay que tener en cuenta que el pediatra de Atención Primaria es, por lo habitual, el primer –y a veces único– referente del niño y su familia, y realiza su seguimiento hasta la adolescencia. Sin embargo, muchas veces carecemos de conocimientos suficientes para hacer este trabajo eficazmente. Este tipo de educación debería contemplarse en los planes de formación continuada.

### **¿Cómo puede hacerlo?**

Básicamente observando los aspectos de dicha interacción; a lo largo del primer año de vida, de forma diferente en cada tramo del desarrollo:

#### ***Entre 0 y 2 meses y medio***

El interés clínico a estas edades será la “capacidad de regulación” (transición desde la correulación hacia la autorregulación).

Los temas fundamentales son la alimentación, el sueño y el llanto.

Para ello en nuestra consulta utilizamos la forma clínica de la NBAS (*Neonatal Behavioral Assessment Scale*) (Nugent, en prensa), que es una observación individualizada, focalizada en el niño y que tiene como punto de referencia la familia. Podríamos decir que es una observación interactiva entre los padres, el niño y el mismo pediatra<sup>34</sup>. Y su principal objetivo es reforzar la vinculación temprana padres-niño, así como enseñar a los padres a interpretar las señales que emite el niño para poder responderle de forma sensible y contingente, facilitando así la crianza. Dedicaremos la mayor parte del taller a este apartado.

“La observación de la más temprana de todas las relaciones constituye en sí misma una intervención.” (Brazelton TB)

#### ***Entre los 2 meses y medio y los 5 meses y medio***

El interés ahora será la interacción facial –cara a cara–. Alimentación y sueño se habrán convertido ya en rutinas. El niño será capaz de regular la interacción, de forma intencional, a través de miradas, sonrisas, vocalizaciones.

#### ***Entre los 5 meses y medio y los 8 meses***

El tema central es la interacción con juguetes inanimados –coincidiendo con el desarrollo de la coordinación oculomanual–.

Veremos cómo padres y niño dirigen el tiempo, tema, sentido, estructuración... del juego.

### **Entre los 8 y los 12 meses**

El tema de interacción será doble:

Por una parte, la calidad del vínculo afectivo –coincidiendo con la fase del desarrollo en la que el niño es capaz de distanciarse de la madre mediante el gateo u otra forma de desplazamiento–.

Y, por otra, la aparición de la intersubjetividad –capacidad de atención conjunta y lectura de las intenciones del otro–.

Pues bien, los temas de conflicto recurren a lo largo de todo el desarrollo, pero de diferentes formas. Así, por ejemplo, una madre excesivamente controladora con la alimentación durante los primeros meses será luego también muy controladora regulando en exceso la interacción facial –o persistirá estancada en el tema de la alimentación en vez de interesarse por el juego cara a cara–, más adelante regulará también excesivamente el juego del niño y finalmente establecerá férreos límites al distanciamiento que el niño pueda hacer de ella para explorar; etc.

Si observamos con los padres y los ayudamos a interpretar de otra forma el comportamiento del niño, lo-

graremos que modifiquen sus conductas para así responder mejor al niño.

Pero, ante todo, la interacción es una valiosa herramienta de investigación. Y en nuestro trabajo diario con niños y familias hemos de emplearlo con cautela, respetando además las diferencias de cada niño y cada familia.

Discutir el comportamiento infantil como reflejo de las capacidades de autorregulación; como puntos fuertes y débiles del niño, puede ser más específico y práctico para los padres que las definiciones de niño “fácil” o “difícil”.

Cuando trabajamos con las familias debemos evitar etiquetas y enjuiciamientos, procuraremos hablar de lo que hace el niño en términos puramente descriptivos para que ellos puedan percibir objetivamente a su hijo. (“Esto es una conversación, no una conferencia”, Keefer C).

O como diría el doctor Brazelton: “Observemos juntos a este niño y veamos qué es lo que nos dice”.

Después de una breve introducción teórica sobre los fundamentos aquí resumidos, el taller se desarrollará en forma de vídeos tomados en una consulta de pediatría de Atención Primaria en los que se pretende desarrollar la habilidad del pediatra para observar a niños y trabajar con familias en estas edades.

### **Bibliografía**

1. González Cuenca AM, Fuentes MJ, De la Morea ML, Barajas C. Psicología del desarrollo: teoría y prácticas. Málaga: Aljibe; 1995.
2. Kelly JF, Barnard KE. Assessment of parent-child interaction: implications for early intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of Early Childhood Intervention. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 278-302.
3. Zill N, Schoenborn CA. Developmental, learning, and emotional problems. Health of our nation's children, United States, 1988. Adv Data. 1990;190:1-18.
4. Brazelton TB, Greenspan SI. The irreducible needs of children: what every child must have to grow, learn and flourish. Cambridge, Massachusetts: Perseus Publishing; 2001.
5. Stern DN. La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós; 1995.
6. Brazelton TB. Touchpoints: opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. Acta Paediatr Suppl. 1994;394:35-9.
7. Sameroff AJ, Fiese BA. Transactional regulation: the development ecology of early intervention. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of Early Childhood Intervention. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 135-9.
8. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. Child Dev. 1991; 62:199-209.
9. Werner EE. Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of Early Childhood Intervention. 2 ed. New York: Cambridge University Press; 2000. p. 115-34.

10. Brazelton TB, Kolowski B, Main M. The origins of reciprocity: the early mother-infant interaction. In: Lewis M, Rosenblum MA, editors. *The effect of the infant on its caregiver*. New York: Wiley; 1974. p. 49-76.
11. Korner AF. Individual differences at birth: implications for early experience and later development. *Am J Orthopsychiatry*. 1971;41:608-19.
12. Chess S, Thomas A. *Temperament: theory and practice*. New York: Brunner-Mazel; 1996.
13. Brazelton TB. *Infants and mothers: differences in development*. New York, NY: Delacorte Press; 1969.
14. Lerner C, Dombro AL. *Learning and growing together: understanding and supporting your child's development*. Washington DC: Zero to Three Press; 2000.
15. Rautava P, Lehtonen H, Helenius H, Silanpaa M. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics*. 1995;96:43-7.
16. St James-Roberts I. Infant crying and its impact on parents. In: Barr R, St James-Roberts I, Keefe M, editors. *New evidence on unexplained early infant crying: its origins, nature and management*. Calverton, NY: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001.
17. Schwartz CE, Wright CI, Shin LM, Kagan J, Rauch SL. Inhibited and uninhibited infants "grown up": adult amygdalar response to novelty. *Science*. 2003;300:1952-3.
18. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998;155:457-69.
19. Sturm L. Temperament in early childhood: a primer for the perplexed. *Zero to Three*. 2004;24:4-11.
20. Rothbart M, Derryberry D. Temperament in children. Paper presented at the 26th International Congress of Psychology. Stockholm: 2000.
21. Eisenberg N, Morris AS. Children's emotion-related regulation. *Adv Child Dev Behav*. 2002;30:189-229.
22. Frick PJ, Morris AS. Temperament and developmental pathways to conduct problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33:54-68.
23. Blackwell P. The idea of temperament: does it help parents understand their babies? *Zero to Three*. 2004;24:37-41.
24. Carey WB. Teaching parents about infant temperament. *Pediatrics*. 1998;102:1311-6.
25. Stifter C, Wiggings C. Assessment of disturbances in emotion regulation and temperament. In: Del Carmen-Wiggings R, Carter A, editors. *Handbook of infant and toddler mental health assessment*. New York: Oxford University Press; 2004.
26. Bowlby J. *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata; 1999.
27. Ainsworth MDS, Witting BA. Attachment and exploratory behavior in one-year-olds in a strange situation. In: Foss BM, editor. *Determinants of infant behaviour*. London: Methuen; 1969.
28. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
29. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relation between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high risk sample. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1985;50:147-66.
30. Egeland B, Kreutzer T. A longitudinal study of the effects of maternal stress and protective factors on the development of high risk children. In: Green AL, Cummings EM, Karraker KH, editors. *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991. p. 61-84.
31. Erickson MF, Korfmacher J, Egeland B. Attachments past and present: implications for therapeutic intervention with mother-infant dyads. *Development and psychopathology*. 1992;4:495-507.
32. Sroufe LA. *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press; 1996.
33. Tronick EZ. Emotions and emotional communication in infants. *Am Psychol*. 1989;44:112-9.
34. Brazelton TB, Nugent JK. *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós; 1995.