

IVAI*m*-i¹, INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN CUALITATIVA DE LAS INTERACCIONES MADRE-NIÑO²

- Susanna Olives Azcona -

Psicóloga Sanitaria,
CDIAP MAGROC Terrassa



1. ANTECEDENTES

La voluntad de crear un instrumento para evaluar las interacciones entre las madres y sus hijos en los primeros meses de vida de una forma sistematizada, objetivable y que nos aportara información cualitativa y fácil de compartir entre profesionales surge en el contexto del Programa AGIRA (*Assistència Global a Infants en Risc d'Autisme*) y el trabajo como psicóloga en el CDIAP³ de Granollers. Una primera versión del IVAIm-i nace en el año 2012, pero no es hasta en el 2015 que recupero la idea inicial, en parte empujada por la realidad asistencial con la que nos encontramos diariamente y por la necesidad creciente de objetivar impresiones clínicas que todos aquellos profesionales con experiencia en el trabajo con niños pequeños ya evalúan, especialmente en el contexto del CDIAP. Como ya apuntaba Mitjavila (2007) "El modelo psicoanalítico ha sido poco propicio a crear instrumentos de evaluación a pesar de que, practicando una revisión cuidadosa, encontramos un buen repertorio que tiene, sin embargo, más difusión entre los investigadores que entre los clínicos".

La realidad asistencial de los CDIAP en Catalunya ha cambiado de forma drástica en los últimos años, la presión asistencial aumenta y no lo hacen los recursos de los

que disponemos para atender una población infantil donde la patología se ve agravada de forma dramática por la precariedad económica y social de las familias. Es necesario buscar, sin perder la comprensión ni renunciar a los modelos teóricos, en nuestro caso el psicodinámico, otras vías de atención, otras propuestas terapéuticas e instrumentos diagnósticos que nos ayuden a compensar el contexto de precariedad asistencial al que nos abocan las políticas sociales y de salud mental actuales.

Partimos de la certeza de que muchos niños afectados de TEA o de otros trastornos de la relación, con independencia de la gravedad, presentaban signos de alarma o fallos en la interacción mucho antes de ser detectados y derivados por algún servicio de pediatría, guardería o escuela, o por los mismos padres.

La precocidad en la detección e intervención cuando hay alteraciones del desarrollo es crucial en cualquier caso, muy especialmente en los casos donde la relación de los niños con los demás y con el entorno está alterada en mayor o menor grado.

Las relaciones tempranas son, sin duda, el organizador primordial de la mente del niño. John Bowlby ya formuló en el año 1960 la Teoría del Apego teniendo en cuenta los trabajos de los etólogos y el comportamiento animal sobre la impronta (*imprinting* de K. Lorenz). Según su teoría, la naturaleza de los vínculos entre la madre y el niño es la expresión del apego generalizado y ello protege al niño. Tanto si las primeras experiencias del bebé y del niño pequeño son positivas como negativas, resulta determinante cómo la madre (entendiendo

por madre al cuidador principal y primero del niño, es decir, quien lleva a cabo las funciones maternas desde el nacimiento) acoge y retorna al niño una versión digerible para sí mismo de estas experiencias. Es lo que Bion llamó la función de reverie y que describió como la «capacidad de la madre de retornarle al bebé su experiencia emocional sin metabolizar en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él. Es el estado mental requerido en la madre para estar en sintonía con las necesidades del bebé. El bebé descarga en la madre lo intolerable, desagradable, incomprendido o desubicado, ocasionado por sensaciones, percepciones o sentimientos que le generan ansiedad.»

Si podemos hacer un buen retorno y acompañamiento al niño en la comprensión de todas aquellas sensaciones, estímulos y circunstancias que recibe en los primeros tiempos de vida, promovemos que pueda ir construyendo un aparato psíquico capaz de relacionarse con el entorno de manera saludable. Una buena función de reverie, a mi entender, no implica tener que interpretar siempre de forma acertada al niño, más bien tiene que ver con la idea de «madre suficientemente buena» de Winnicott (1953), que «es aquella que durante los primeros días de vida de su hijo se identifica estrechamente con éste, adaptándose a sus necesidades. Es suficientemente buena para que el niño pueda acomodarse a ella sin daño para su salud psíquica. Permite que el bebé desarrolle una vida psíquica y física sostenida en sus tendencias innatas. Ello le puede proporcionar un sentimiento de continuidad en el existir, que es

signo de la aparición de un verdadero sí mismo. La madre insuficientemente buena es aquella que globalmente no tiene capacidad para identificarse con las necesidades del bebé».

El IVAIm-i se inspira en el trabajo de Stella Acquarone. Comparte con sus tests el objeto de observación y ciertos aspectos de estructura.

El trabajo de Acquarone, tanto a nivel teórico como psicoterapéutico en la *Parent Infant Clinic* de Londres, supone una de las fuentes inestimables de información sobre cómo evaluar de manera lo más afinada posible estas primeras relaciones (Acquarone, 2007). Se ha escrito mucho sobre signos precoces de alarma, tanto referidos al riesgo de autismo como a otras alteraciones o retrasos en el desarrollo que nos ayudan a detectar dificultades en el niño pequeño (Larbán, 2008 y Negri, 2004, entre otros). El trabajo de Acquarone nos aporta una visión menos centrada en el niño o en la madre y nos remite a observar "lo que pasa entre ellos", es decir, a evaluar la interacción más allá de las capacidades constitucionales del bebé y de las capacidades de maternaje de la madre. Con frecuencia en la práctica clínica nos encontramos con familias que pueden entender y activar las funciones parentales con un hijo y no con otro. Lo más frecuente es que esta diferencia tenga que ver con la patología o no del niño o con características concretas del mismo o de los padres, pero no siempre es así. Toda relación es nueva y diferente. Sin entrar demasiado en detalle, la llegada de un hijo pone sobre la mesa no sólo las fantasías que habíamos generado sobre el mismo, también las partes infantiles de los padres, el padre y la madre internos de los progenitores y todos aquellos conflictos no resueltos que en un momento de tanta intensidad emocional como es el nacimiento de un hijo pueden aflorar.

Mercè Mitjavila (2007) presenta una revisión de los instrumentos más relevantes que evalúan y miden los aspectos interactivos a los que nos venimos refiriendo. Hace especial énfasis en el hecho de que "medir añade rigor a otros métodos clínicos menos sistemáticos, pero no menos rigurosos".

Una característica que diferencia el IVAIm-i de la mayoría de pruebas existentes, es el hecho de que no se da ninguna consigna a la madre en el momento de la observación y ello promueve que la calidad de la interacción sea la más natural posible. Tan natural como puede serlo en el contexto terapéutico en el que nos encontramos, evidentemente. Otra característica del IVAIm-i que más adelante desarrollaré es la franja de edad (0-6 meses) en la que se puede aplicar, que le confiere una gran especificidad en las conductas que observa.

Los profesionales de atención precoz a menudo conocemos a las familias en un momento muy incipiente de su paternidad. Disponemos de poco tiempo fuera de la atención directa y este tiempo con frecuencia es necesario dedicarlo a las tareas burocráticas crecientes que se nos piden desde la administración.

El IVAIm-i, sensible a esta idea, había de poder ser un instrumento de medición que ayudara al diagnóstico de los aspectos interactivos de la madre y el niño, pero también de fácil aplicación para los clínicos y que no requiriera de un trabajo extenso fuera de la sesión de valoración.

2. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

• ESTRUCTURA

El IVAIm-i consta de un total de 64 ítems organizados en dos subescalas: la INTERPERSONAL y la SENSORIAL.

La subescala interpersonal pretende evaluar la calidad de las interacciones entre la madre y su hijo a partir de seis factores. Se valora la mirada del niño y de la madre, conductas de reclamar, imitación, postura y diálogo tónico y actitud y conducta de la madre y el niño durante la alimentación.

La subescala sensorial consta de dos factores y debería permitir detectar o descartar dificultades de tipo sensorial en el niño. Se valoran, en esta subescala, la función visual y la función auditiva.

• SUBESCALA INTERPERSONAL:

La subescala interpersonal, como avanzaba con anterioridad, pretende evaluar la calidad de las interacciones entre la madre y su hijo a partir de diferentes con-

ductas observables, ya sea de la madre o del niño.

Los seis factores son los siguientes:

- MIRADA DEL NIÑO
- MIRADA DE LA MADRE
- RECLAMAR
- IMITACIÓN
- POSTURA/CALIDAD DEL DIÁLOGO TÓNICO
- ALIMENTACIÓN (actitud del niño y actitud de la madre)

Todos los factores recogen conductas de la madre y del niño que se pueden dar en diferentes situaciones, momentos y contextos relacionales. El factor ALIMENTACIÓN es más específico dada la especial idiosincrasia del momento de la alimentación en los niños pequeños.

Como ya hemos comentado anteriormente, la **mirada**, ya sea del niño hacia la madre o de la madre hacia el niño como elemento de reconocimiento entre los dos es primordial en los inicios de su relación. Madre e hijo están diseñados desde el nacimiento del mismo para encontrarse con la mirada a una distancia aproximada de unos veinte centímetros, distancia que coincide con la que separa el pecho de la madre de su rostro. Es a esta distancia que el niño pequeño presenta en el momento de nacer la mayor agudeza visual. El inicio de la lactancia (sea materna o artificial), que garantizará la supervivencia del bebé, promueve también el inicio del vínculo extrauterino entre ambos a través de la mirada. La mirada, entonces, es una vía primordial para conocer y reconocerse mutuamente. Mirar y ser mirado amorosamente por la madre fortalece al niño y las capacidades de maternaje de la madre.

Con este factor pretendemos evaluar de la forma más objetiva posible cuál es la calidad de la mirada que dirige el niño a la madre, la calidad de la mirada que dirige la madre al niño y la sintonía entre ambas miradas. La mirada entre el niño y la madre puede ser evaluada en situación de juego, de cambio de pañal, mientras la madre habla con la terapeuta o mientras consuela al niño de un malestar. Siempre, en cualquier caso, en situaciones de interacción espontánea, recordemos que la madre no recibe ninguna consigna y

¹ En el original catalán: *Instrument per a la valoració qualitativa de les interaccions mare-infant (IVAIm-i)*.

² Traducido del original en catalán por el Equipo *eipea*.

³ CDIAP significa *Centre de Desenvolupament infantil d'Atenció Precoç*.

desconoce que está siendo observada de forma sistemática.

El factor **Reclamar** no evalúa si el niño reclama “bien” o no, recoge si su manera de reclamar, sea cual sea cualitativamente, es entendida por la madre y recibe una respuesta ajustada o no. Que el niño reciba una respuesta externa, de «alguien que no es él», y que sea una respuesta que calma o gratifica le anima a interesarse o mantener el interés por todo aquello que le rodea y en especial por su madre.

Los bebés y niños pequeños sanos imitan de forma innata. El factor **Imitación** pretende evaluar la capacidad innata del bebé para imitar gestos faciales, muecas, movimientos de la boca de la madre. Cabe afirmar que este tipo de conductas de imitación disminuye hacia el tercer-cuarto mes de vida en beneficio de conductas interactivas más voluntarias.

Recogemos de forma específica el momento de la **alimentación**, a pesar de que hemos dicho que recogemos conductas observables que se pueden dar en diferentes situaciones de interacción, porque el acto de la alimentación tiene, a mi entender, un peso específico y diferenciado en el establecimiento de un buen entendimiento entre la madre y el niño pequeño.

La alimentación implica la satisfacción de una necesidad básica para la supervivencia, la intimidad emocional que comporta amamantar, aspectos de sensorialidad para el niño y para la madre, conlleva una serie de conductas específicas que considero indispensable registrar, también de forma específica, como por ejemplo la calidad de la succión, la orientación del cuerpo del niño respecto a la madre, el intercambio de miradas, entre otras que serán descritas con más detalle en el apartado «descripción de los ítems».

El momento del amamantamiento materno (no artificial) se puede ver comprometido por muchos motivos: dolor de la madre causado por grietas, mastitis, mala colocación del niño en el pecho; dificultades del niño para ganar peso; dificultades de succión o succión débil; duda de si está incorporando suficiente

alimento; displacer en el hecho de amamantar; sintomatología depresiva en la madre y otros. Todas estas situaciones entorpecedoras del proceso de alimentación, lo que puede poner en riesgo la relación, la confianza de la madre en este nuevo rol y en sus capacidades para hacer crecer al niño.

Otro momento especialmente sensible y que pone en juego las capacidades del niño y de la madre y la capacidad de entenderse e interpretar al niño por parte de la madre es el momento del sueño. No obstante, no he incluido un factor que recoja conductas del sueño y que evalúe cómo la madre acompaña al niño en el sueño ya que parto de la hipótesis de que el factor **POSTURA/CALIDAD DEL DIÁLOGO TÓNICO** y el factor **RECLAMAR** ya recogen aspectos de la interacción que se dan en el momento del sueño. El diálogo tónico tiene un componente de ajuste corporal y de sintonía emocional. Las conductas de reclamar incluyen la expresión del niño de su interés por entrar en relación y también la manifestación de necesidades básicas. Una madre que sintoniza con los diferentes estados físicos y emocionales de su hijo (sueño, molestias físicas...) y lo puede sostener física, psíquica y emocionalmente y acompañarlo en el sueño, suponemos, presentará un buen diálogo tónico y una respuesta adecuada cuando el niño la reclama.

• SUBESCALA SENSORIAL:

La subescala sensorial pretende evaluar las funciones visual y auditiva.

En cuanto a la función visual, observaremos si el niño mira las caras de manera diferenciada respecto a otros objetos o partes de las personas presentes, si sigue visualmente objetos que no hacen ruido y si realiza seguimiento visual de luces. Si la respuesta a alguno de estos ítems es negativa, es probable que la función visual del niño esté afectada.

En relación a la función auditiva, observaremos si el niño se orienta hacia la voz de la madre, hacia la voz de otras personas conocidas o no y si se orienta hacia sonidos o ruidos. Si la respuesta a alguno de estos ítems es negativa, hará falta valorar si el niño sufre algún déficit auditivo.

Más allá de la importancia evidente de conocer las competencias del niño a nivel perceptivo por el efecto que pueden tener sobre su desarrollo, que las capacidades sensoriales y perceptivas, visuales y auditivas en este caso, sean suficientemente funcionales como para recibir e ir incorporando todos aquellos estímulos que el niño recibe de su entorno es capital desde el punto de vista relacional.

La función visual, como ya hemos comentado anteriormente, juega un papel primordial en el establecimiento de las primeras relaciones con la madre.

Cuando nos encontramos con un niño con dificultades graves de visión, ya sea por baja visión o ceguera, la mirada como mecanismo que promueve el vínculo queda gravemente comprometido.

Vale la pena recordar que la llegada de un hijo desvela una gran cantidad de emociones y sentimientos, ambivalencias, temores y dudas en los padres. Es un momento de gran alegría, pero también de crisis y, por tanto, de fragilidad y posibles malentendidos. No sentirse mirada por el hijo puede generar sentimientos de inadecuación, puede suponer sentirse poco gratificada por un hijo que demanda todo nuestro tiempo y nuestra atención y nos retorna poco, puede generar culpa, depresión o rechazo, entre otros sentimientos. Por todo ello, es esencial que la madre conozca con la mayor prontitud posible las capacidades de su hijo, que conozca qué vías de interacción son funcionales y cuáles no lo son o lo son parcialmente. En un momento tan incipiente de la relación es fundamental que ésta no se sustente en malentendidos, sino en el conocimiento que van adquiriendo el uno del otro. Es decir, el diagnóstico precoz del niño es esencial para que madre e hijo encuentren canales alternativos a la mirada para encontrarse cuando hay dificultades de visión graves en el niño.

No quiero dejar de señalar que el diagnóstico de un déficit sensorial en un bebé supone, en cualquier caso, un riesgo en sí mismo y compromete el vínculo, en tanto en cuanto que supone un duelo para los padres que esperaban un hijo con plenas capacidades. A pesar de ello,

conocer las potencialidades y dificultades del niño siempre minimiza el riesgo de una interacción alterada y focaliza el dolor de los padres en las dificultades del niño y no en sus capacidades como padres.

En cuanto a la función auditiva, y en la misma línea de lo que describía para la función visual, es importante descartar dificultades en el niño con la mayor precocidad posible. Actualmente, y gracias a la protocolización de la exploración auditiva hospitalaria en los recién nacidos, tanto a nivel público como, en muchos casos, privado, es difícil encontrar niños con hipoacusias graves o sordera sin diagnosticar.

En cualquier caso, la visión y la audición son los sentidos primordiales, aparte del sistema propioceptivo, a partir de los cuales el niño recibe información de todo aquello que esta fuera de él mismo, y es la presencia de estos estímulos y la interpretación que hace la madre de los mismos y de lo que genera en el niño pequeño lo que le ayuda a ir construyendo poco a poco un continente, un yo contrapuesto al que es la madre.

Interpretar bien al niño para ayudarle a construirse psíquicamente pasa necesariamente por conocer qué recibe y cómo recibe el niño la información del entorno.

• POBLACIÓN

El IVAIm-i va dirigido a niños de 0 a 6 meses y a sus madres.

Está diseñado para ser utilizado en un contexto terapéutico donde los niños son atendidos por múltiples motivos. Como ejemplo, en algunos casos los niños llegan ya al CDIAP con alguna patología diagnosticada, otros llegan por algún tipo de riesgo biológico como la prematuridad, otros por riesgos asociados a la familia (dificultades sociales graves, trastorno mental de los progenitores, por ejemplo).

No obstante, y aunque es más probable que aparezcan dificultades de relación cuando hay patología o riesgo de sufrirla en los padres o en los niños, el IVAIm-i debería ser eficaz para evaluar la calidad de las interacciones en cualquier otro contexto en el que encontremos la

díada madre-niño entre los 0 y los 6 meses de vida del mismo.

• DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMES:

SUBESCALA INTERPERSONAL MIRADA DEL NIÑO

1. **MIRA A LA MADRE** (espontáneamente o en respuesta a la mirada de la madre): el niño mira a la cara de la madre, sin quedar fijado en un solo elemento de la misma o elementos periféricos (pendientes, etc.). No es una mirada fija, el niño parpadea y no se alarga demasiado en el tiempo. En función de si la madre responde o no a la mirada, el niño modifica la expresión facial o del cuerpo, cambia el punto de fijación, emite algún sonido o, incluso, retira la mirada si ésta se le hace demasiado intensa.

2. **NO MIRA A LA MADRE**: no se cumple el ítem anterior o evita de forma manifiesta y contingente la mirada de la madre, tanto si ésta lo mira como si no lo hace.

3. **MIRA “A TRAVÉS”**: aparentemente mira a la cara de la madre, pero la mirada se alarga más de lo esperado, “como si traspasase la madre”, queda fijada en algún elemento concreto de la cara o elementos periféricos o no se modifica en función de la respuesta de la madre.

4. **MIRA CUANDO NO LE MIRA LA MADRE**: con independencia de la calidad de la mirada del niño, el elemento esencial de este ítem es que el niño sienta curiosidad por la cara de la madre, pero evite el contacto visual directo con ella.

5. **PREFIERE MIRAR LOS OBJETOS**: el niño presenta una clara preferencia por mirar objetos cotidianos, juguetes o “partes” de la madre u otras personas presentes (manos, elementos de la ropa, collares, etc.) con independencia de la calidad de la mirada.

6. **OTROS**: incluye cualquier conducta del niño relacionada con la mirada que no quede anteriormente reflejada.

En caso de consignar “otros” como respuesta, se debe describir la conducta observada.

MIRADA DE LA MADRE

7. **BUSCA LA MIRADA DEL NIÑO**: busca captar la mirada del niño con la mirada y acompañándose de sonidos, palabras o caricias al niño. Es capaz de modular la mirada, la voz o el contacto físico en función de cuál sea la respuesta del niño (por ejemplo: si el niño se inquieta por exceso de estimulación y retira la mirada, la madre se ajusta y se retira sin manifestar malestar. Si el niño responde con una sonrisa a la madre, ésta se la devuelve).

8. **RESPONDE A LA MIRADA DEL NIÑO**: si el niño la mira, devuelve la mirada al niño de forma ajustada. Incluye detener la conversación con otras personas presentes aunque sea brevemente para dar respuesta al niño y proseguir.

9. **MUESTRA MALESTAR/DESÁNIMO CUANDO NO SE ENCUENTRAN O EL NIÑO RECHAZA SU MIRADA**: incluye la expresión verbal o no del malestar.

10. **NO LE MIRA**: no le mira de forma espontánea ni en respuesta a la mirada del niño.

11. **OTROS**: incluye cualquier conducta de la madre en relación a su mirada dirigida al niño que no quede anteriormente reflejada. En caso de consignar “otros” como respuesta, es necesario describir la conducta observada.

RECLAMAR

12. **EL NIÑO PROVOCA SONIDOS, GESTOS, EXPRESIONES FACIALES Y/O MOVIMIENTOS DEL CUERPO PARA RECIBIR UNA RESPUESTA AFECTUOSA DE LA MADRE**: las conductas del niño deben ir claramente dirigidas a la madre, sea cual sea la calidad. Incluye la sonrisa social.

13. **EL NIÑO RECLAMA Y OBTIENE UNA RESPUESTA AJUSTADA**: reclama como se especifica en el ítem anterior y la madre responde sin excesiva demora

(consideramos excesiva la demora cuando desanima o excita demasiado al niño) con la mirada y también verbalmente o con el contacto físico.

14. **EL NIÑO NO RECLAMA:** no realiza las conductas anteriormente descritas en el primer ítem de este apartado. Sin embargo, el niño puede realizar sonidos o gestos, expresiones faciales y/o movimientos del cuerpo ante estímulos como juguetes, objetos o elementos parciales de la madre (manos, pendientes, collares, etc.) o de otras personas presentes.

15. **EL NIÑO RECLAMA Y OBTIENE UNA RESPUESTA DESAJUSTADA:** el niño reclama como se ha descrito con anterioridad y la madre responde con excesiva demora, con intensidad desajustada por exceso o por defecto a la demanda del niño o no responde.

16. **OTROS:** incluye cualquier conducta de la madre o del niño en relación a buscar el contacto con el otro que no quede descrita anteriormente. En caso de consignar “otros” como respuesta, se debe describir la conducta observada.

IMITACIÓN

A partir del tercer mes de vida, la imitación pierde peso como respuesta a la madre y predominan repuestas recíprocas, como la sonrisa social, los sonidos o el movimiento con intencionalidad.

17. **EL NIÑO MUEVE LA BOCA, LENGUA O HACE MUECAS IMITANDO A LA MADRE:** la imitación se da compartiendo la mirada y con inmediatez. La imitación diferida no se considera una respuesta adecuada en este ítem.

18. **LA MADRE IMITA UN SONIDO DEL NIÑO:** la madre imita con inmediatez y placer la producción del niño.

19. **LA MADRE NO IMITA:** la madre no atiende a las producciones del niño o responde sin placer y de forma desajustada (entendemos por respuesta desajustada cuando ésta presenta una intensidad inadecuada por exceso o por defecto o se da con excesiva demora).

20. **EL NIÑO NO IMITA:** a pesar de que la madre promueve ser imitada por el niño a partir de sonidos, gestos y/o sonrisas, el niño no imita y se muestra pasivo, irritado o evitativo. Incluye también la imitación diferida.

21. **OTROS:** incluye cualquier conducta imitativa del niño o de la madre no contemplada anteriormente. En caso de consignar “otros” como respuesta, es necesario describir la conducta observada.

POSTURA/DIÁLOGO TÓNICO

22. **HIPOTONÍA DEL NIÑO:** se refiere al tono muscular general más bajo del que sería esperable. Si la hipotonía tiene una causa médica conocida, deberá ser anotado en “OBSERVACIONES”.

23. **HIPERTONÍA DEL NIÑO:** se refiere al tono muscular general anormalmente elevado. Si la hipertonía tiene una causa médica conocida, deberá ser anotado en “OBSERVACIONES”.

24. **INQUIETUD DEL NIÑO:** se refiere a un estado de cierta agitación que se mantiene durante toda la observación y que se modula poco o no se modula con las intervenciones de la madre.

25. **EL NIÑO NO SE ACOPLA AL CUERPO DE LA MADRE:** a pesar de los intentos de la madre, el niño no parece sentir confort en brazos de la madre. Incluye los casos en los que el niño está agitado y se resiste a ser abrazado y contenido por la madre, los casos en los que el niño se pone rígido ante el intento de ser abrazado o realiza hiperextensiones del torso y también aquellos en los que queda como una “muñeca de trapo” en brazos de la madre.

26. **LA MADRE NO SE ACOPLA AL CUERPO DEL NIÑO:** la madre no parece ser capaz de adaptar la postura para sostener al niño de acuerdo con las necesidades del mismo, insistiendo, por ejemplo, en una postura no confortable para el niño. La madre puede verbalizar o no las dificultades para acomodar al niño.

27. **EL NIÑO RECHAZA EL CONTACTO FÍSICO:** el niño se muestra más confortable cuando no está en brazos de la madre, el rechazo se manifiesta con alguna de las conductas detalladas en el ítem 25.

28. **LA MADRE RECHAZA EL CONTACTO FÍSICO:** la madre evita coger al niño y/o busca consolarlo desde la ausencia de contacto físico (meciéndolo con el cochecito, chupete, juguetes u otros). Incluye también aquellos casos en los que, a pesar de que hay contacto físico con el niño, la madre manifiesta verbalmente no sentir placer en ello o lo deducimos del tipo de contacto que observamos.

29. **OTROS:** incluye cualquier conducta relacionada con el diálogo tónico madre-niño que no quede recogida en los ítems anteriores. En caso de consignar “otros” como respuesta, se debe describir la conducta observada.

ALIMENTACIÓN

Actitud del niño:

30. **BUENA CALIDAD DE SUCCIÓN:** consideramos una succión eficaz aquella en la que la boca del niño sujeta el pezón y la areola con un buen sellado. Permite al niño saciarse sin cansancio, sin tragar excesivo aire y no causa molestias físicas en la madre. Succión y deglución han de ir coordinadas.

31. **MALA CALIDAD DE SUCCIÓN:** no se da un buen sellado o la succión es débil y el niño se cansa o causa molestias a la madre o succión y deglución van descoordinadas.

32. **ORIENTACIÓN DE CABEZA Y CUERPO HACIA EL CUERPO DE LA MADRE:** la cabeza del niño se orienta al pecho y permite el contacto visual con la madre sin tener que soltar el pezón. El abdomen del niño está en contacto con el de la madre, especialmente durante las primeras semanas de vida. A medida que el niño crece, el contacto del cuerpo no es tan estrecho, pero sí se mantiene la orientación del cuerpo.

33. **ORIENTACIÓN DEL CUERPO OPUESTA AL CUERPO DE LA MADRE:** el bebé mantiene la cabeza orientada al pecho, pero el resto del cuerpo queda separado de la madre y con el torso girado, “como si se quisiera alejar” sin dejar de alimentarse.

34. **SE COGE AL PECHO CON LA MANO/COGE EL BIBERÓN EN CASO DE ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL:** el niño apoya la mano en el pecho o se coge a la ropa (sujetador, por ejemplo). Puede o no mover la mano y consignaremos este ítem cuando más de la mitad del tiempo el bebé mantiene la mano en contacto con el pecho o el biberón.

35. **BRAZOS LEJOS DEL CUERPO DE LA MADRE:** el hombro y el brazo que queda libre en el niño quedan colgados y alejados de la madre.

36. **MIRA A INTERVALOS A LA MADRE:** el niño realiza alguna pausa durante la succión y mira a la madre.

37. **MANTIENE TODO EL RATO LOS OJOS CERRADOS:** mantiene los ojos cerrados mientras se alimenta, tanto si la madre lo estimula para que los abra como si no lo hace. No incluye aquellos casos en los que durante la lactancia el niño abre los ojos sólo en respuesta al estímulo de la madre.

38. **OTROS:** incluye cualquier conducta del niño respecto al amamantamiento que no se contemple en los ítems anteriores. En caso de consignar “otros” como respuesta, es necesario describir la conducta observada.

Actitud de la madre:

39. **SE AJUSTA A LA DEMANDA DEL NIÑO:** la madre ofrece el pecho al niño cuando interpreta que éste tiene hambre sin demora y puede modificar la conducta (ofrecer más o menos pecho) en función de la respuesta del niño.

40. **SE ANTICIPA:** la madre ofrece pecho o biberón al niño a pesar de que éste no da muestras de tener hambre. No se

considera anticipación aquellos casos en que por prescripción médica el niño deba ser amamantado con una frecuencia concreta.

41. **SE DEMORA:** incluye aquellos casos en los que la madre demora innecesariamente el amamantamiento del niño tanto si ha interpretado adecuadamente la demanda del niño como si no. La demora puede comportar en el niño malestar manifiesto añadido a la sensación de hambre o no.

42. **ACOMODA ADECUADAMENTE EL NIÑO AL PECHO:** coloca al niño de manera que pueda conseguir una succión eficaz y el cuerpo quede bien orientado hacia el cuerpo de la madre.

43. **NO LO ACOMODA ADECUADAMENTE AL PECHO:** coloca al niño de manera que no facilita la succión adecuada, el cuerpo no queda bien orientado hacia el cuerpo de la madre o bien, a pesar de que la colocación parezca adecuada, no resulta una colocación confortable para el niño.

44. **LE MIRA MIENTRAS LO AMAMANTA:** la madre mira al niño a intervalos mientras lo amamanta, en especial si el niño detiene la succión, se mueve o manifiesta alguna incomodidad.

45. **NO LE MIRA MIENTRAS LO AMAMANTA:** la madre no mira al niño a intervalos mientras lo amamanta, con independencia de la conducta del niño. Es decir, no le mira si el niño detiene la succión, se mueve o manifiesta malestar o se muestra pasivo en relación a buscar el contacto y se limita a alimentarse.

46. **RESPONDE A LAS MIRADAS DEL NIÑO:** la madre responde con placer a las miradas del niño mientras lo amamanta.

47. **NO RESPONDE A LAS MIRADAS DEL NIÑO:** a pesar de que el niño mira a la madre, ésta no le devuelve la mirada.

48. **EXPRESA PLACER EN EL HECHO DE AMAMANTAR AL NIÑO:** la expresión del placer en amamantar al niño puede ser verbalizada por la madre o deducida de

la actitud de la madre en el momento del amamantamiento.

49. **ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL: POSTURA QUE DIFICULTA EL DIÁLOGO MADRE-BEBÉ:** la madre coloca al bebé de manera que no se pueden mirar o con un contacto físico escaso o nulo (por ejemplo, lo amamanta en el cochecito, lo coloca con la espalda del niño apoyada en el cuerpo de la madre o mirando a la madre pero colocado sobre las piernas de la madre y sujetándole la cabeza y el cuello con la mano que queda libre).

50. **ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL: POSTURA QUE PROMUEVE EL DIÁLOGO MADRE-BEBÉ:** la madre acoge al bebé con la misma colocación que hemos descrito anteriormente como adecuada para el amamantamiento natural.

51. **NO REACCIONA CUANDO EL NIÑO DEJA DE SUCCIONAR:** la madre no parece darse cuenta de que el niño ha dejado de alimentarse.

52. **MIRA AL NIÑO CUANDO ÉSTE DEJA DE SUCCIONAR:** incluye conductas como mirar al niño, estimularle la mejilla o cualquier otra conducta tendente a reactivar la succión del niño.

53. **OTROS:** incluye cualquier conducta de la madre respecto al amamantamiento que no se contemple en los ítems anteriores. En caso de consignar “otros” como respuesta, se debe describir la conducta observada.

SUBESCALA SENSORIAL

FUNCIÓN VISUAL: estos ítems pretenden descartar dificultades en la función visual de los niños que puedan interferir en el contacto que llevan a cabo con la madre.

54. **EL NIÑO MIRA LAS CARAS:** ante la presencia de la madre u otras personas presentes, fija claramente la mirada en las caras.

55. **EL NIÑO SIGUE OBJETOS QUE NO HACEN RUIDO:** realiza un seguimiento visual adecuado a la edad.

56. EL NIÑO SIGUE LUCES: realiza un seguimiento visual adecuado a la edad.

57. EL NIÑO NO MIRA: no mira o no orienta la mirada hacia estímulos visuales.

58. EL NIÑO NO SIGUE: puede mirar objetos estáticos, pero no realiza seguimiento visual como correspondería a la edad.

59. OTROS: incluye cualquier conducta relacionada con la función visual que no quede anteriormente reflejada. En caso de consignar "otros" como respuesta, se debe describir la conducta observada.

FUNCIÓN AUDITIVA: estos ítems pretenden descartar dificultades en la función auditiva de los niños que puedan interferir en el contacto que llevan a cabo con la madre.

60. EL NIÑO SE ORIENTA HACIA LA VOZ DE LA MADRE: cuando la madre habla, el niño orienta cabeza u ojos hacia ella o realiza movimientos del cuerpo orientados a la voz.

61. EL NIÑO SE ORIENTA HACIA LA VOZ DE OTRAS PERSONAS, CONOCIDAS O NO: cuando otras personas hablan, el niño orienta cabeza u ojos hacia ellas o realiza movimientos del cuerpo orientados a la voz. Se debe tener en cuenta que la respuesta a voces no familiares puede ser más débil o inconstante, pero debe estar presente.

62. EL NIÑO SE ORIENTA HACIA SONIDOS O RUIDOS: el niño se orienta hacia sonidos o ruidos de forma adecuada a la edad.

63. EL NIÑO NO SE ORIENTA HACIA SONIDOS O RUIDOS: el niño se muestra negligente ante sonidos o ruidos de diferentes intensidades o frecuencias.

64. OTROS: incluye cualquier conducta relacionada con la función auditiva que no quede anteriormente reflejada. En caso de consignar "otros" como res-

puesta, es necesario describir la conducta observada.

3. APLICACIÓN MÉTODO Y NORMAS DE APLICACIÓN

El IVAIm-i es una pauta de observación. El método de aplicación será la **observación directa** de las interacciones entre la madre y el niño por parte de un terapeuta (psicólogo, fisioterapeuta o neuropsiquiatra). Puede realizar la observación el terapeuta que habitualmente atiende al niño u otro terapeuta que, de forma puntual, los visite.

Cabe recordar que éste es un instrumento pensado para ser utilizado en un contexto terapéutico, como es el CDIAP, donde las familias con niños pequeños son atendidas con bastante regularidad y frecuencia y de manera multidisciplinar.

Se contemplan otros métodos de observación a partir del registro en vídeo de la sesión y posterior visionado y registro por parte de uno o más terapeutas. No obstante, dada la presión asistencial sobre los servicios que atienden a la pequeña infancia, éste es un método poco eficaz para ser utilizado de forma habitual.

El observador debe estar previamente familiarizado con los ítems del instrumento, ya que no se realizarán anotaciones durante la observación.

No se debe intentar observar de forma exhaustiva o sistemática. Observamos niños muy pequeños y puede darse el caso de que no aparezcan conductas valorables de cada factor. Si la información recogida se valora insuficiente, se puede repetir la observación no más allá de una semana después. Con posterioridad a este período lo consideraríamos un retest, dados los cambios evolutivos y relacionales tan importantes que hacen los niños en edades tan tempranas.

Se debe observar de la forma más natural posible:

- No se da ninguna consigna a la madre.
- Como ya hemos dicho, no se harán anotaciones durante la observación.
- El observador actuará de la forma habitual con la madre y el niño, intentando promover y dando espacios de interacción entre los dos, pero sin dejar de

intervenir como considere adecuado en situación de sesión terapéutica.

- El observador debe tener una actitud abierta para captar todo aquello que pasa entre la madre y el niño.

- Si otras personas acompañan habitualmente a la diada en las visitas, mantendremos el mismo setting el día de la observación. Las interacciones que consignemos en la hoja de respuesta serán siempre referidas únicamente a las que tienen lugar entre el niño y su madre (entendemos por madre quien realiza la función materna).

- Una vez finalizada la sesión y con la mayor inmediatez posible, se harán las anotaciones pertinentes en la hoja de respuesta.

4. EXPERIENCIAS

En los últimos diez meses diversos CDIAP han colaborado en un primer testeo del IVAIm-i.

Profesionales de diferentes disciplinas, psicólogos y fisioterapeutas, han utilizado el instrumento con los niños dentro de la franja de 0 a 6 meses atendidos en su servicio. El objetivo de pedirles su colaboración para que prueben el instrumento es conocer, desde la práctica clínica, la impresión de los diferentes profesionales sobre la utilidad o no del instrumento. Teniendo en cuenta que no es un instrumento validado estadísticamente, se pedirá que valoren los siguientes aspectos:

- Valorar si permite obtener una impresión diagnóstica más adecuada/objetiva/descriptiva de la relación entre la madre y el niño.
- Valorar si permite focalizar la intervención.
- Valorar si permite establecer un plan terapéutico (objetivos y abordaje terapéutico) más acotado.

CDIAPS colaboradores:

- CDIAP Magroc
- CDIAP Granollers
- CDIAP Caldes
- CDIAP Cornellà
- CDIAP Girona

Dejaremos para futuras publicaciones la valoración que desde los diferentes

servicios hacen del instrumento a la espera de obtener una muestra suficiente.

Querría agradecer el asesoramiento, el apoyo y la colaboración en este proyecto a Josep M^a Brun (psicólogo clínico y co-creador y co-director del Programa AGIRA), a Rafael Villanueva (psicólogo clínico y co-creador y co-director del Programa AGIRA), a Mercè Mitjavila (Doctora en Psicología. Especialista en Psicología Clínica y profesora de la facultad de Psicología de la UAB) y a los CDIAP Magroc de Terrassa, CDIAP Granollers, CDIAP Caldes, CDIAP Cornellà y CDIAP Girona. ●

BIBLIOGRAFÍA

Acquarone, S. (2004). *Infant-parent Psychotherapy*. London: Karnac Books.

Acquarone, S. (2007). *Signs of autism in infants: recognition and early intervention*. London: Karnac Books.

Acquarone, S. (2010). *Upa lala: ayudando a los que ayudan*. Barcelona: Lumen.

Álvarez, M. (2015). Repercussions de la crisi econòmica en la petita infància des de la perspectiva d'un CDIAP. *Desenvolupa, revista de l'ACAP*.

Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (2006). *Los vínculos afectivos: formación desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Brazelton, T.B. i Cramer, B.G. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el trauma del apego inicial*. Barcelona: Paidós.

Cortada, M. i Tarragó, R. (2006). Intervenció psicològica des d'una unitat de cures intensives neonatals. *Desenvolupa, revista de l'ACAP*, 27, 108-120.

Larbán, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a en su primer año de vida. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 45/46, 63-152.

Mitjavila, M. (2007). Instruments per avaluar la interacció entre la mare i l'infant. *Desenvolupa, revista de l'ACAP*, 28, 19-39.

Negri, R. (2004). Signos precoces indicadores del riesgo autista en el niño, en Brun, J.M. y Villanueva, R. (eds.). *Niños con autismo: experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena, *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.



"Mirar y ser mirado amorosamente por la madre fortalece al niño y las capacidades de maternaje de la madre."

IVAI m-i: Instrument per a la valoració qualitativa de les interaccions mare-infant

Susanna Olives Azcona

DURADA DE L'OBSERVACIÓ: 45-60 MINUTS

NOM DE L'INFANT:
 EDAT DE L'INFANT:
 DATA DE NAIXEMENT DE L'INFANT:
 DATA I HORA DE L'OBSERVACIÓ:

ESTAT DE L'INFANT A L'INICI DE L'OBSERVACIÓ:

Son: excitat alerta vigil somnolent adormit

Alimentació: saciat amb gana

INTERPERSONAL		
MIRADA DEL NEN/A:	FREQÜÈNCIA	OBSERVACIONS
mira a la mare (espontàniament o en resposta a la mirada de la mare)		
no mira		
mira "a través"		
mira quan no el mira la mare		
prefereix mirar objectes		
altres		
MIRADA DE LA MARE		
busca la mirada del nen		
respon a la mirada del nen		
mostra malestar/desànim quan no es troben o quan el nen rebutja la seva mirada.		
no el mira		
altres		
RECLAMAR		
el nen provoca sons, gestos, expressions facials i/o moviments del cos per rebre una resposta afectuosa de la mare		
reclama i obté una resposta ajustada		
no reclama		
reclama i obté una resposta desajustada		
altres		
IMITACIÓ		
el nen mou la boca, llengua o fa ganyotes imitant la mare.		
la mare imita un so de l'infant.		
la mare no imita		
el nen no imita		
altres		

POSTURA/QUALITAT DEL DIÀLEG TÒNIC		
hipotonia de l'infant		
hipertonia de l'infant		
inquietud de l'infant		
l'infant no s'acopla al cos de la mare		
la mare no s'acopla al cos de l'infant		
rigidesa de l'infant		
rigidesa de la mare		
l'infant rebutja el contacte físic		
la mare rebutja el contacte físic		
altres		
ALIMENTACIÓ		
actitud de l'infant		
bona qualitat de succió		
mala qualitat de succió		
orientació de cap i cos cap al cos de la mare		
orientació del cos oposada al cos de la mare		
s'agafa al pit amb la mà /agafa el biberó en cas d'alletament artificial		
braços lluny del cos de la mare		
mira a intervals a la mare		
manté tota l'estona els ulls tancats		
altres		
actitud de la mare		
s'ajusta a la demanda del nen		
s'anticipa		
es demora		
acomoda adequadament l'infant al pit		
no l'acomoda adequadament al pit		
el mira mentre l'alleta		
no el mira mentre l'alleta		
respon a les mirades de l'infant		
no respon a les mirades de l'infant		
expressa plaer en el fet d'alletar l'infant		
alletament artificial: postura que dificulta el diàleg mare-nadó		
alletament artificial: postura que promou diàleg mare-nadó		
altres		
SENSORIAL		
FUNCIÓ VISUAL		
mira les cares		
segueix objectes que no fan soroll		
segueix llums		
no mira		

