

7. LA PSICOTERAPIA PADRES-BEBÉ.

Pascual Palau Subiela.

Introducción

La construcción de sentido conlleva siempre la huella de un sentido compartido con el otro.

Los padres y aquellas figuras significativas que rodean al niño, imprimen un sentido en todos los campos de la experiencia de éste, el cual se nutre de ello cuando produce sus propias matrices de significación.

Las psicoterapias padres-bebé constituyen, junto a las consultas terapéuticas y las aproximaciones grupales, una de las principales modalidades terapéuticas en perinatalidad y pequeña infancia. Estas terapias parten del principio de que la mayor parte de los trastornos de la pequeña infancia pueden ser considerados desde la dimensión relacional, es decir, teniendo un origen en la relación o produciendo consecuencias sobre la relación. Los disfuncionamientos en las interacciones padres-niño están a menudo presentes mucho antes de que un determinado trastorno se manifieste en el bebé o en el niño pequeño (9).

En su origen, estas terapias concernían esencialmente a las madres y su bebé, y podían estar limitadas en el tiempo (terapias breves), estando indicadas sobre todo en los trastornos de la relación madre-bebé y en los trastornos funcionales leves. Lo que excluía a los niños que presentaran síntomas mayores o un trastorno del desarrollo, así como a los padres que padecieran una patología psiquiátrica. Las terapias madre-bebé eran y aún son, un tratamiento de elección para las depresiones maternas perinatales (2-13). Progresivamente, las terapias madre-bebé se han vuelto tratamientos padres-bebé, ya que los padres participan en ellos por iniciativa propia o porque son convidados. Estas terapias pueden ser propuestas a familias muy

carenciadas, con múltiples problemas y a los padres psicóticos y con otros trastornos graves (17,9). El terapeuta se encuentra frecuentemente ante una familia entera, y una experiencia con un abordaje sistémico le resultará muy útil (6).

Como señala Francisco Palacio (15) en su libro “La práctica de las psicoterapias padres-bebés”, las psicoterapias conjuntas madre-padre-bebé permiten descubrir cómo la madre y el padre interpretan a su bebé y cómo este último va a organizarse en función de esa dotación de sentido externo, haciéndolo suyo para producir sus propios recuerdos y sus modelos de interpretación, e influir, a su vez, sobre ellos.

La intervención psicoterapéutica padres-bebé se esfuerza en descifrar esa producción de sentido que procede del encuentro y de la interpenetración interactiva de los psiquismos de los padres y del niño, con sus propias circunstancias psicosociales y transgeneracionales.

El estudio de las interacciones tempranas permite constatar una continuidad entre la experiencia compartida madre-padre-bebé/niño, y las representaciones desarrolladas en el bebé/niño.

Numerosos estudios han relacionado las experiencias de los tres primeros años de vida, junto a predisposiciones genéticas, con los trastornos psicopatológicos que aparecen durante el desarrollo posterior. La hipótesis, de que las relaciones de apego precoces son importantes y que el mecanismo mental que regula la expresión del genotipo individual está intrínsecamente ligado a las relaciones establecidas con las primeras figuras cuidadoras proviene de estudios sobre la interacción gen/entorno, incluido el apego, y los 3 locus genéticos implicados en la psicopatología (7,10).

Si la psicopatología perinatal e infantil se centra en esencia sobre la noción de enfermedad de la interacción, la cuestión es no sólo tomar en cuenta los disfuncionamientos del bebé o de quienes asumen sus cuidados, sino también y sobre todo, de ocuparnos de la patología del vínculo que los une, es decir de lo que sucede entre ellos (8,4).

Noción de vínculo que nos lleva a enlazar las dimensiones intrapsíquica e interpersonal, y a subrayar que para el bebé no existe una representación de sí que no sea en interacción con el otro, así como no existe en él una representación del otro que no sea en interacción con él, como lo planteaba Daniel Stern (21) con su concepto de representaciones de interacción generalizadas.

Sabemos que cuando los estados afectivos no son reconocidos por los cuidadores o se perciben como amenazantes, pueden ser defensivamente expulsados de la conciencia del bebé y/o experimentados como no válidos, o pobremente diferenciados. Esta tendencia a excluir o negar estados afectivos interfiere con el desarrollo psicológico porque los afectos son centrales para la organización de la experiencia de sí mismo y porque el compartir mutuamente los estados afectivos ayuda a establecer un sentido interno de relación emocional (21).

En ese contexto las psicoterapias conjuntas, que incluyen el trabajo psíquico de un tercero situado en la interface de las interacciones que se juegan entre el bebé y los padres, favorecen muy en particular la apertura del doble movimiento de interiorización y de especularización que sostiene el pasaje del registro interpersonal al registro intrapsíquico (8).

A lo largo de las últimas cuatro décadas ha quedado evidenciado que las representaciones juegan un papel poderoso y prevalente para el entendimiento de la relación padres–niño, tanto normal como patológica.

Influencias patógenas y efectos secundarios

En la interacción padres-bebé, los padres filtran y regulan el intercambio creciente, aunque relativamente limitado, del bebé con el mundo. En los comienzos las influencias patógenas pueden llegar de cualquier parte, aunque no producirán un impacto en el bebé más que cuando afectan la diada o la triada que prodiga los cuidados (22).

Ante esta ley general formulada por Daniel Stern, debemos de señalar la importancia que, según nosotros, tiene el poder comprender y diferenciar la naturaleza de los primeros factores que alteraron el estado emocional del bebé, con el fin de no confundirlos con los efectos que éstos produjeron tanto en el bebé como en sus padres. Efectos secundarios, frecuentemente derivados de una progresiva complejización del trastorno inicial, al añadirse las alteraciones experimentadas por los padres y recombinarse con las del bebé.

En ciertos casos, la activación de una hiperreactividad psiconeurobiológica automática secundaria, desencadenada por la exposición continuada a un malestar somatoemocional intenso, experimentado a lo largo de las primeras semanas o meses de vida del bebé, derivado de una o de varias de las fuentes estimulares primarias como son la sensorialidad, el propio cuerpo o el estado

emocional del otro, puede exponer al bebé a una experiencia altamente estresora y, por tanto, generar en él una experiencia traumática que podrá afectar tanto a su persona como a la de sus cuidadores (16).

En una mente que busca, desde el comienzo de su vida, el sentido de su experiencia para, con ello, intentar obtener cierta percepción de control que le permita ir desarrollando unos recursos intrapsíquicos y comportamentales útiles para la autorregulación sensorial y emocional, así como para restaurar y proteger su homeostasis, la percepción de un comportamiento propio alterado, de manera tan persistente como inesperada e imprevisible en sus inicios e inextinguible después, puede generar un estado de desconcierto, impotencia e indefensión de naturaleza traumatógena, a pesar de una posición parental adecuada (16).

La Interacción

La interacción puede definirse como la acción recíproca de dos fenómenos y supone como mínimo la acción de una persona y la respuesta por parte del que recibe la acción.

Desde esta perspectiva, la relación entre un bebé/niño y su entorno puede concebirse como un conjunto de procesos bidireccionales en los que el lactante no se encuentra únicamente sumiso a las influencias de dicho entorno, sino que contribuye activamente a modificarlo. Así pues, el entorno y el lactante se influyen mutuamente en un proceso continuo de desarrollo y cambio (18).

Las interacciones precoces que se generan en el contexto de la vida cotidiana, como por ejemplo en la comida, el cambio de ropa o el baño tienden a constituir formatos compuestos por una sucesión previsible de acciones e intercambios que se repiten día a día sea cual sea el lugar preciso, el momento de la jornada o el lugar utilizado, e incluso la identidad del cuidador.

La repetición de estos aspectos invariables permite al lactante elaborar un modelo interno (un esquema, una representación), no únicamente de la rutina en cuestión, sino también de un saber-hacer en la interacción interpersonal. Estos modelos internos, precozmente construidos, activados en cada nuevo encuentro, permiten al lactante anticipar, interpretar y reaccionar a las situaciones.

Si estos esquemas de “estar con el otro” pueden modificarse a lo largo del desarrollo y en función de las experiencias, parece sin embargo que los primeros intercambios dejan una huella tan indeleble como inaccesible a la conciencia (18)

La comunicación triádica muy temprana

En la Unidad de Investigación del Centro de Estudio de la Familia, del Instituto Universitario de Psicoterapia de la Universidad de Lausanne, bajo la dirección de Elisabeth Fivaz-Depeursinge, estudios longitudinales sobre la comunicación a tres en el triángulo padre-madre-bebé/niño, a través del Juego Trilógico de Lausanne (LTP), desde el embarazo hasta los 5 años, han demostrado que la familia tiende a desarrollar un estilo de alianza estable, que va desde la cooperación que permite alcanzar un objetivo común, como es el compartir placer en el momento del juego, hasta el conflicto, en el que uno u otro interfiere con sus acompañantes, o incluso puede resultar excluido del trío.

La manera en que la pareja de padres se sostiene o se interfiere en la relación con el niño, desempeña un papel preponderante en el desarrollo de la interacción a tres, aunque también el bebé contribuye a ello desde el comienzo gracias a su competencia en comunicar con ambos padres a la vez. Una competencia que sólo se hace claramente visible en el contexto de la tríada, y se diferencia a partir de la intersubjetividad primaria y secundaria, hasta las fases moral/simbólica y narrativa, favoreciendo el desarrollo social y la teoría de la mente del niño, aunque puede verse perturbada en las situaciones de alianzas problemáticas.

El reciente descubrimiento en torno a la capacidad del bebé para interactuar, desde que nace, con más de una persona a la vez, permite hablar de una alianza familiar y de una comunicación triangular inicial, en la que cada uno de los integrantes desempeña un papel activo¹.

Esta comunicación triangular innata o precoz, que señala la capacidad del bebé para interactuar con ambos padres a la vez, se diferencia del supuesto

¹ - A los 3 meses, en el estadio de la intersubjetividad primaria, el bebé comunicará a tres directamente mediante la percepción y la acción. Sus señales son todavía muy dependientes del contexto y no-conscientes, como todo lo que ocurre en el ámbito; primario.

- Hacia los 9 meses, en el estadio de la intersubjetividad secundaria, puede utilizar su capacidad triangular intencionalmente (fijar un objetivo y utilizar diversos medios para lograrlo) en referencia a acontecimientos o a terceros.

- A los 18 meses, en el estadio simbólico moral, puede comenzar a utilizarla de forma simbólica, mediante las palabras y los juegos de "como si", y ponerla al servicio de las emociones morales.

clásico sobre el desarrollo, que merece ser revisado, según el cual el bebé comienza primero por interactuar a dos y sólo después a tres (5).

Desarrollo de las psicoterapias

Globalmente, las psicoterapias conjuntas padres-bebé/niño, se han desarrollado en varias direcciones principales: las psicoterapias conjuntas de inspiración psicoanalítica, las guías del desarrollo, la clínica del apego y las aproximaciones transculturales.

Los trabajos de John Bowlby sobre los “Modelos Operantes Internos” (MOI) o “Internal Working Models” (IWM); de Selma Fraiberg sobre las fantasías parentales; de Serge Lebovici sobre el bebé “imaginario” y “fantasmático”; de Joseph Sandler sobre el “rol de la relación internalizada”; de Daniel Stern con el concepto de sincronía afectiva y de representación de interacciones generalizadas; de León Kreisler, señalando que la interacción manifiesta padres-bebé/niño, implicada en las patologías psicósomáticas infantiles, es sostenida por una dimensión fantasmática; junto a las valiosas aportaciones de otros clínicos e investigadores, han establecido las bases para el actual desarrollo de las intervenciones psicoterapéuticas tempranas de la interacción padres-bebés/niño/feto.

Ámbitos de intervenciones psicoterapéuticas padres-niño/bebé/feto

Habiendo comprendido que los desórdenes relacionales precoces son predictivos del malestar psíquico posterior, es por lo que desde hace 40 años se ha venido potenciando una dinámica de estudio de las interacciones cuidadores-bebé/niño y promoviendo las intervenciones psicoterapéuticas de la interacción, así como la evaluación de su eficacia a corto y largo plazo.

Hoy en día las intervenciones terapéuticas que tienen como fin el cuidado de la salud mental infantil y parental, encuentran su aplicación en muy diversos entornos clínicos y situaciones particulares. Entre las distintas intervenciones posibles, podemos señalar las intervenciones psicoterapéuticas en medicina fetal, las consultas terapéuticas perinatales, las intervenciones psicoterapéuticas

en neonatología, las consultas terapéuticas infantiles, las psicoterapias en los bebés y niños afectados de trastornos psicósomáticos, las psicoterapias madre-bebé a domicilio, las intervenciones psicoterapéuticas padres-bebés en el hospital, la hospitalización conjunta madre-bebé, la psicoterapia individual del niño/a, las psicoterapias padres-bebés, y los efectos terapéuticos de la evaluación mediante la escala neonatal de Brazelton.

Aunque todas ellas se aplican en unos campos y con unas modalidades de intervención preventiva y terapéutica muy importantes que merecen todo nuestro interés, en esta exposición sólo nos ocuparemos de abordar algunas de las características de varios modelos centrados en la psicoterapia breve padres-bebé/niño.

Las psicoterapias breves padres-bebé se han revelado particularmente eficaces en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos funcionales (del sueño, de la alimentación etc.), del comportamiento (lloros permanentes, crisis de cólera, agresividad, retraimiento) y del apego, aunque el modelo temporal de aplicación difiere según el modelo teórico y el objetivo terapéutico: algunas terapias breves plantean un seguimiento periódico a largo plazo que permite reiniciar, en caso necesario, una nueva intervención ante la reaparición de dificultades a lo largo del desarrollo del niño o de la parentalidad, mientras que otras dan por concluido su trabajo al finalizar satisfactoriamente la primera y única intervención psicoterapéutica.

Aproximaciones terapéuticas en la psicoterapia padres-niños

Para Daniel Stern (22), las diferentes aproximaciones terapéuticas giran en torno a dos aspectos fundamentales: el primero depende principalmente de la perspectiva teórica que el terapeuta tiene sobre la realización de las condiciones del cambio y concierne al objetivo teórico, que es el elemento o aspecto fundamental que el terapeuta desea ver cambiado.

El segundo aspecto concierne al modo de acceder al Sistema Clínico² para obtener el cambio. La «puerta de entrada al sistema», que él consideraba el

² Para Daniel Stern el sistema clínico está compuesto por los siguientes elementos interdependientes: Bact, Brep, Mact, Mrep, Pact, Prep, Tact, Trep. Siendo Bact (actividad del Bebé); Brep (representaciones del Bebé) y M=Madre; P=Padre; T= Terapeuta.

Según su concepción, dichos elementos interdependientes se encuentran en un estado dinámico de influencia mutua. Si la terapia cambia uno de los elementos, ello tendrá un impacto sobre todos los demás elementos del sistema.

punto central de la técnica clínica, se refiere a aquello sobre lo que se centra la mayor parte de la atención terapéutica, puesto que permite entrar en el sistema interactivo y representacional. Aunque el modo de acceder al sistema y el objetivo teórico no tienen por qué ser idénticos.

En este sentido podemos intentar modificar las representaciones pesimistas poco realistas que una madre o un padre tiene de su hijo, señalándole, en el contexto de la interacción producida en la sesión, las capacidades reales del hijo observado, o bien hablando y analizando el origen de sus representaciones pesimistas (22).

Podemos pues distinguir dos tipos de aproximaciones terapéuticas.

- 1º.- Aquellas cuyo objetivo principal es obtener un cambio en las representaciones de los padres.
- 2º.- Aquellas que buscan modificar el comportamiento interactivo observable.

Las diferentes entradas al sistema para las aproximaciones que buscan cambiar las representaciones de los padres son:

- Las representaciones de los padres, como puerta de entrada y como objetivo teórico.
- El comportamiento del lactante.
- La interacción padres-niño.
- Las representaciones del terapeuta.
- Las representaciones del lactante (tal como son imaginadas por el terapeuta).

Para las aproximaciones que buscan modificar el comportamiento interactivo, las entradas al sistema son:

- El comportamiento interactivo de la madre/padre.
- La integralidad de la red de las interacciones familiares.

Sea cual sea su objetivo clínico, interesa especialmente conocer el modo en el que cada uno de los dos modelos intenta acceder al sistema clínico, considerándolos complementarios entre sí.

Aproximaciones que buscan cambiar las representaciones de los padres

Escuela de San Francisco

El programa de intervención de Alicia Lieberman y Jere Pawl (11), herederos de Selma Fraiberg y continuadores del programa que ésta inició en San Francisco

(citados por Stern (22), es uno de los muchos que se inspiran en el psicoanálisis y que, en el ámbito de los programas de salud mental infantil, desarrollan adaptaciones específicas ajustadas a las características de las poblaciones tratadas.

El objetivo de esta psicoterapia es el de «liberar a los niños de las alteraciones experimentadas en el ámbito de la interacción con los padres, cambiando las representaciones que los padres tienen de sí mismos y del niño. Tomemos el ejemplo de una madre constantemente enfadada, que rechaza a su hijo de 22 meses y cuya madre desarrolló un fuerte rechazo hacia la niña, que ahora es la madre, porque consideraba la maternidad como una situación que impedía llegar a ser alguien importante en la vida (22).

Es en este sentido en el que una madre, atrapada en la identificación infantil con una madre rechazante, que tiende a repetir con su hijo la experiencia vivida con aquella, en el que se considera que las representaciones de los padres pueden resultar patógenas.

La premisa básica de esta psicoterapia es que hasta que la madre no puede reconocer su identificación con su propia madre y las consecuencias producidas por las representaciones compartidas con ella, su comportamiento no puede cambiar.

Subrayemos que Lieberman y Pawl también contemplan la contribución del bebé en la producción del cuadro clínico, hasta el punto de conceptualizar la relación padres-bebé como «el paciente», y no sólo a los padres con su propio mundo representacional.

Cabe destacar que, en ese contexto en el que las representaciones de los padres siguen siendo el objetivo principal de su actividad terapéutica, el proceso más significativo para favorecer el cambio de las mismas es «la experiencia correctora del apego desarrollada en la relación terapéutica» (23). Esta concepción del proceso de cambio da tanta importancia a la creación y mantenimiento de una alianza terapéutica óptima, como a la creación de las condiciones de la transferencia/contratransferencia que favorezcan una nueva y mejor experiencia de sí de los padres, en la relación con los demás y sobre todo con el bebé/niño.

Escuela de Ginebra

Consideremos ahora el objetivo teórico de la psicoterapia breve madre-bebé de la Escuela de Ginebra, de orientación psicoanalítica y representada por Bertrand Cramer y Francisco Palacio (Ginebra), muy influenciada por

los autores de la Escuela Francesa Serge Lebovici, León kreisler, Michel Fain, Michel Soulé (Paris), y por Selma Fraiberg (Michigan).

En sus primeros desarrollos, su objetivo terapéutico es la red de representaciones desde la cual la madre interpreta y reacciona al comportamiento de su hijo, ya que presupone que las representaciones patógenas tienen que ver con conflictos no resueltos provenientes de la infancia de ésta y que estas representaciones, articuladas como temas conflictuales, resultan activadas y actuadas en la interacción presente con el niño.

El objetivo terapéutico es la articulación comprensiva entre las temáticas conflictuales infantiles de la madre/padre (recuerdos y representaciones), los conflictos actuales centrales, y la interacción madre-niño. Esta aproximación considera a la interpretación, que liga el pasado al presente y las representaciones de la madre con sus propias interacciones con el niño, como la fuerza esencial del cambio. Con ella se procura despejar las zonas de parasitación que persisten entre el mundo interno del padre/madre y el del niño, con el fin de permitir el inicio o la evolución de sus respectivos procesos de individuación. Así pues, a diferencia de la aproximación anterior, las experiencias emocionales correctoras como la empatía, etc., aunque útiles son consideradas accesorias.

La evolución de la escuela de Ginebra

La evolución de la escuela de Ginebra, que incluye actualmente a autores como Nathalie Nanzer y Dora Knauer, entre otros, denomina hoy en día su modelo de aproximación terapéutica con el nombre de Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) (14) y ofrece una concepción terapéutica amplia, que abarca los diferentes tiempos de la parentalidad y promueve la atención de los padres, niños/as, bebés y fetos.

Los beneficiarios de la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (14) son:

- El adulto, mujer u hombre, que sufre en su parentalidad (independientemente de que haya una dificultad en el niño).
- En caso de incapacidad para concebir un niño.
- Durante la gestación.
- En la relación con un niño recién nacido.
- Los padres con un hijo que sufre.
- La díada padres-niño en dificultad relacional.

¿Psicoterapia breve o de duración indeterminada?

Modelo breve

Para la escuela de Ginebra el modelo breve de psicoterapia comprende una media de 6 a 10 sesiones. Apunta no sólo a reducir el síntoma sino también a efectuar cambios estructurales en relación a ciertos conflictos intrapsíquicos bien delimitados y por tanto focalizables, en los que la conflictualidad intrapsíquica parental, organizada de manera neurótica, se desplaza y se manifiesta a un nivel interpersonal en la relación con el niño.

Modelo de duración indeterminada

El modelo de duración indeterminada está indicado cuando los criterios para una PCP breve no se cumplen y la conflictualidad parental comporta una parte narcisista más importante en la que las defensas usadas por el paciente son de naturaleza arcaica, difícilmente movilizables y los aspectos depresivos son más difíciles de abordar. En ese contexto la pre-transferencia hacia el terapeuta puede estar teñida de negatividad y de proyecciones negativas, de desconfianza, de reproches y de temor (14).

Aproximaciones que buscan modificar el comportamiento interactivo observable, como puerta de entrada al Sistema Clínico de Stern

Las aproximaciones que focalizan su intervención sobre el comportamiento manifiesto de la madre/padre suponen que existe un alto grado de reciprocidad entre el comportamiento interactivo de los padres y del bebé (22). En consecuencia, el objetivo esencial de estas terapias es la interacción o la relación (24), y no sólo el comportamiento de la madre.

Debido al hecho de que se intenta cambiar el comportamiento manifiesto de los padres, éste se convierte en el principal objetivo terapéutico, al mismo tiempo que entrada al sistema clínico.

1.- La psicoterapia de la Guianza interactiva

Una de las diversas aproximaciones terapéuticas que pertenecen a este modelo es la llamada «Guidance Interactive» de Susan Mc Donough,

desarrollada actualmente en Ginebra por Sandra Rusconi. Se trata de una aproximación que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos padres-bebé y ha sido objeto de estudios de evaluación de su eficacia terapéutica, comparada con el modelo terapéutico de la Escuela de Ginebra, a la que nos hemos referido antes. De sus resultados hablaremos después.

Al igual que sucedió con el programa de intervención de Alicia Lieberman y Jere Pawl (11), la aproximación terapéutica de Susan Mc Donoug inició su aplicación atendiendo a madres y niños de riesgo especialmente desfavorecidos y, al igual que sucedió con la aproximación de Alicia Lieberman y Jere Pawl, la prioridad y primer problema a resolver de la Guianza Interactiva fue establecer y mantener una alianza terapéutica. Con el fin de asegurar esta alianza positiva, diferentes personas pertenecientes al sistema familiar o no, pero con influencias marcadas sobre él, pueden ser invitadas a participar. En ésta misma línea el terapeuta empleará todos los medios razonables y necesarios para obtener o conservar la alianza terapéutica: visitas a domicilio, enseñanza, consejos, ayuda practica e intervenciones por parte de otros intermediarios.

Con todo ello se intenta alcanzar el objetivo mayor que es el reforzamiento positivo de los comportamientos parentales que resultan buenos, oportunos o simplemente adecuados, ayudándoles a identificar su potencial positivo en las video-grabaciones obtenidas a partir de sus interacciones con el bebé y visionadas después de un tiempo corto de interacción.

Así pues, se solicita a los padres o al padre/madre y al niño, que interactúen en un intervalo temporal de entre 5 a 15 minutos (el modo preciso de la interacción depende de la edad del bebé y de la naturaleza del problema), mientras son filmados e inmediatamente después el terapeuta y la familia observan la video-grabación. Los comportamientos identificados como significativos se convierten en tema de trabajo terapéutico. Esta técnica contiene las ventajas de poder visionar o revisar las secuencias interactivas que han sido focalizadas, gracias a las posibilidades de parar, ralentizar o recuperar la imagen.

Este modelo de trabajo terapéutico sobre los comportamientos manifiestos característico de la «Guanza interactiva» intenta por todos los medios preservar una alianza terapéutica positiva. En ese sentido, el terapeuta no interactúa con el bebé para proponer unos modelos de comportamiento a la madre/padre, ya que podría dañar su confianza en ellos mismos y destruir la consideración que tienen por su aliado el terapeuta, y se podría correr el riesgo de convertirlo en rival feliz o en un educador mejor o más experimentado.

Progresivamente, a medida que aumenta esta modalidad de trabajo, la utilización del video disminuye y aumenta la facilidad para hablar de la interacción observada, objeto central de esta aproximación.

Este trabajo con la videograbación sobre las interacciones relacionales, permite el acceso a aspectos del funcionamiento psicológico propio que escapan al autoconocimiento del paciente, y sobre aspectos del sí mismo para el que no tiene representaciones construidas, ni discurso. Se considera que, trabajando estos aspectos, en este caso a través de la video intervención, se está trabajando sobre los procesos psíquicos del paciente y ayudando a su estimulación y reorganización.

2.- La aproximación psicoterapéutica del Juego tríadico de Lausanne (Suiza).

Como decíamos al inicio de esta exposición, los estudios confirman que, en las condiciones normales de una familia nuclear, el proceso de desarrollo de la triada comienza desde el nacimiento, paralelamente al desarrollo de la diada.

Perspectiva que modifica la visión psicoanalítica tradicional, según la cual el tercero ha sido considerado como un elemento necesario para la socialización en sentido amplio, que abre la diada madre-bebé.

Etapas de intervención en el Juego Tríadico de Lausanne:

La primera etapa de la intervención terapéutica del Juego Tríadico de Lausana consiste en establecer una alianza terapéutica positiva que ofrezca seguridad a la familia respecto a la situación y a los procesos terapéuticos en los que se la introduce, etapa en la que el terapeuta observa la configuración de las interacciones entre los miembros de la familia y él mismo.

En la segunda etapa se crea un encuadre físico, esencial para la observación sistemática de las interacciones que se desarrollan en un tiempo determinado.

En el encuadre o sistema que ha creado el grupo de Lausanne, el bebé es colocado en una silla para bebés sobre una mesa y los padres se colocan de una y otra parte del bebé, formando las tres personas un triángulo equilátero. Se solicita a los padres interactuar durante una secuencia que comporta varias fases: por ejemplo, la madre interactúa con el bebé y el padre observa; el padre interactúa con el bebé y la madre observa; los tres interactúan al mismo

tiempo y así seguidamente. Este encuadre permite al terapeuta observar sistemáticamente y comparativamente, no sólo la configuración de los tres miembros de la familia durante cada una de las fases, sino también los paternos (patrones) que utilizan para establecer las transiciones entre una y otra fase.

Cuando se ha iniciado la alianza terapéutica y el terapeuta se encuentra en el momento de observar las configuraciones interactivas características que prevalecen en la familia, es cuando puede cambiar las interacciones de los miembros de la familia.

Esta es la tercera y última etapa de esta aproximación terapéutica, cuyo objetivo es cambiar las interacciones familiares y no a los miembros de la familia. Por esta razón, esta terapia se encuentra enmarcada en las aproximaciones centradas sobre los comportamientos manifiestos.

La evaluación en la intervención psicoterapéutica de niños pequeños

La evaluación, que nos guía en nuestra elección de una opción terapéutica y en el posterior estudio de su eficacia, es un tiempo necesario y delicado de la intervención psicoterapéutica con niños pequeños puesto que el estudio del desarrollo y del funcionamiento psicoafectivo y psicosomático del bebé requiere pensar en términos diádicos o tríadicos en el contexto de la interacción.

La evaluación debe de ser representativa del funcionamiento habitual del niño en la diada o triada y puede requerir, en ciertos casos, efectuar una parte de la evaluación en el domicilio.

La evaluación de la psicoterapia permite una comparación a corto plazo (antes/después del tratamiento) y, si es posible, a medio y más largo plazo, y puede considerarse una necesidad que debe llevarse a cabo de manera sistemática para:

- Definir y organizar las acciones de prevención y de intervención durante la infancia.
- Organizar los programas de formación de los profesionales.
- Organizar la política social y la distribución de los fondos públicos y privados de los seguros sociales.

En general se distinguen dos tipos de evaluaciones que corresponden a los dos aspectos principales de la investigación en psicoterapia (19):

La primera se refiere a la evaluación del efecto o eficacia de las psicoterapias, con el fin de responder a la pregunta: «¿Qué tratamiento, para qué paciente, para qué terapeuta?, o sea ¿qué funciona y para quién? (20).

La segunda contempla la evaluación del proceso terapéutico (12) con el fin de intentar identificar lo que es terapéutico en la psicoterapia y determinar los factores de cambio específicos (número de sesiones, intervenciones – clarificación, interpretación) y no específicos (escucha, empatía, alianza terapéutica).

Estas evaluaciones deben basarse en diversas fuentes de información y describir:

- a) El tratamiento, describiendo cuidadosamente el formato del tratamiento (contenido, duración y número de sesiones, tipo de intervenciones, formación de terapeutas), así como demostrar, particularmente para los niños, que solo el tiempo que pasan con ellos no es suficiente para sanar al niño.
- b) El paciente, evaluando aquellas características (criterios de indicación) que el paciente debería poseer para beneficiarse del tratamiento (síntomatología, modo de funcionamiento, tipo de defensas, nivel intelectual). En el caso de los niños pequeños, hay que incluir una evaluación del medio familiar, de la relación padres-hijos, de las interacciones y del desarrollo del niño.
- c) El clínico, evaluando las características del clínico (formación, edad, sexo, estilo cognitivo, experiencias, supervisión).

¿Cómo evaluamos?

Mediante la utilización de instrumentos sistemáticos (clasificaciones diagnósticas, escalas o cuestionarios validados) que facilitan la comparación (antes y después del tratamiento) y la confrontación con: situaciones tratadas, lista de espera, diversas formas de terapia etc. Entre estos instrumentos se encuentra la clasificación diagnóstica DC: 0-3R (actualizada y ampliada en 2016 con la DC: 0-5 TM (3), que se ha revelado como una herramienta extremadamente útil.

1.- Algunas evaluaciones y sus resultados

Resultados obtenidos entre Ginebra y Michigan hasta 1990

Hace 25 años se publicaron los resultados de un trabajo dirigido por Bertrand Cramer, Daniel Stern y Cristiane Robert-Tissot (1), que intentaba evaluar el nivel de eficacia de dos aproximaciones psicoterapéuticas breves centradas en la pequeña infancia. La primera, de la que partió la iniciativa, era la psicoterapia madre-bebé del grupo de Ginebra, y la segunda, con la que la primera iba a ser comparada, era la psicoterapia de la Guianza Interactiva, practicada inicialmente en Providence (Rhode Island), posteriormente en Ann Arbor (Michigan).

La muestra del estudio fueron 80 familias de nivel social relativamente modesto, con niños de entre 6 meses y dos años y medio, que eran derivados por los servicios pediátricos por presentar esencialmente problemas psicofuncionales (alimentación, sueño, apego, comportamiento) que no remitían con la ayuda ofrecida hasta entonces.

Diferencias

Ambas aproximaciones centradas en la psicoterapia madre-bebé, diferían en torno a varios puntos de vista importantes.

El objetivo psicoterapéutico del grupo de Ginebra era modificar las representaciones de la madre; mientras que para el grupo de Michigan se trataba de modificar el comportamiento manifiesto de la madre. Ambos grupos estaban compuestos por terapeutas muy entrenados en su técnica.

Objetivo

El objetivo era evaluar los cambios surgidos en las representaciones y en los comportamientos interactivos manifiestos de la madre a lo largo de la terapia, así como el comportamiento del bebé y los síntomas que habían conducido al tratamiento, con una cantidad máxima de 10 sesiones y una frecuencia semanal.

¿Cuál fue el resultado?

Poco importaba desde dónde había entrado el tratamiento en el sistema, desde dónde aplicaba su actividad clínica o qué elemento había sido

teóricamente elegido para conseguir su modificación. Si alcanzaba el objetivo determinado y limitado, el tratamiento transformaba todos los elementos del sistema. Es decir que el propio sistema distribuía los efectos locales a través de la integralidad del sistema, de manera que la finalidad de las dos aproximaciones era la misma y toda diferencia inicial acababa siendo borrada (21).

Para llegar a esas conclusiones fueron evaluados las representaciones maternas, el comportamiento interactivo y los síntomas del niño.

Los resultados no revelaron ninguna diferencia significativa entre los dos grupos tratados. Todas las medidas de evaluación indicaban una mejoría relacionada con el tratamiento recibido, mientras la modificación global de los comportamientos manifiestos, las representaciones y los síntomas no era sensiblemente mayor con uno u otro tratamiento.

Resultados obtenidos en Ginebra hasta 2005

Aunque he iniciado estas reflexiones sobre la evaluación de la eficacia de las psicoterapias madres-bebé, partiendo de los resultados publicados en los años 1990 y 1997, es interesante señalar que éste programa de investigación comparativa sobre los tratamientos psicodinámicos y tratamientos de guía interactiva³, prosiguió hasta el 2005 y abarcó un total de 250 nuevos casos de consultas de niños de 2 a 36 meses y más de 150 tratamientos (19).

2.- Síntesis

La síntesis de todos estos años de investigación, que requirió de un largo trabajo de intercambios y de reflexión de ambos equipos, así como entre clínicos e investigadores, se podría resumir del siguiente modo:

Aunque la comparación de las dos terapias ha revelado unos efectos globales positivos similares, con la terapia psicodinámica se aprecia una mejoría muy

³ Este programa de investigación fue apoyado por cuatro subvenciones del Fondo Nacional Suizo para la investigación científica: a) Resultados de una psicoterapia breve madre-niño para el tratamiento de Trastornos Funcionales en la Infancia (n=75, de 2 a 30 meses) de 1987 a 1992. b) Proceso terapéutico en psicoterapias breves madre-niño (n= 40 sesiones) de 1992 a 1996. c) Seguimiento en la preadolescencia (n= 53) de 1996 a 2000. d) Precursores, tratamiento y evolución de los Problemas de Conducta tempranos (n=70, de 18 a 36 meses) de 1999 a 2004.

Dirigido por el Profesor Bertrand Cramer, que contaba con la colaboración de clínicos e investigadores experimentados: F.Palacio-Espasa, D. Knauer, J. P. Bachmann, S. Rusconi Serpa, M. de Muralt, etc.

importante de las representaciones maternas y de la estima de sí, y con la Guianza interactiva se aprecia una mejoría muy importante de la sensibilidad materna y de las interacciones (19).

Conclusiones

En este capítulo hemos visto que uno de los denominadores comunes de todas las psicoterapias breves presentadas es la consideración de que los síntomas preocupantes o trastornos que presentan los bebés y los niños, sea cual sea la combinación inicial de factores implicados en su origen o en su posterior recombinación, requieren ser tratados considerando siempre las transacciones multidireccionales que se producen entre el tejido representacional y sus manifestaciones comportamentales, en el seno de la vida interactiva, emocional y cognitiva, de la triada o de la diada.

La práctica clínica perinatal e infantil, que tiene como objetivo reducir el sufrimiento psíquico y favorecer el mejor desarrollo posible, requiere considerar, de manera esencial, la complejidad de los intercambios psíquicos intersubjetivos, tanto intergeneracionales como transgeneracionales, que enmarcan las manifestaciones de ese sufrimiento, sea cual sea, de manera subyacente, la etiología plurifactorial.

Así pues, múltiples desordenes psicopatológicos, de etiologías diversas, incluidos los trastornos definidos como trastornos del neurodesarrollo, pueden resultar beneficiarios directos de un abordaje psicoterapéutico que ayude a mejorar la vida psicoafectiva de los miembros implicados en un sufrimiento que afecta a todos.

El objetivo de lograr una sólida formación y una integración profesional complementaria de las diversas aproximaciones psicoterapéuticas, que no olviden la evaluación de los resultados y su eficacia, debe de ir a la par con el objetivo de ofrecer a los padres una guía que explicita los diversos beneficios y limitaciones de cada una de ellas, para que éstos puedan elegir en conocimiento, entre los diferentes métodos o modelos disponibles.

Resumen

La psicopatología perinatal se centra, en esencia, sobre la noción de patología de la interacción, desde la época de la concepción hasta los 30 meses de vida del bebé, y toma en cuenta los disfuncionamientos del bebé y de quienes asumen sus cuidados. La manera en que la pareja de padres se sostiene o se interfiere en la relación con el niño, desempeña un papel preponderante en el desarrollo de la interacción a tres, aunque también el bebé contribuye a ello desde el comienzo. Las psicoterapias padres-bebé, modelo de intervención sobre el que se profundizará en este capítulo, se han revelado particularmente eficaces en el tratamiento de los trastornos psicósomáticos, del comportamiento, de la autorregulación y del apego del bebé y niño pequeño, aunque su aplicación difiere según el modelo teórico y el objetivo terapéutico. Este capítulo aborda, de manera comparativa, las aproximaciones terapéuticas que buscan cambiar las representaciones de los padres, así como las que buscan modificar el comportamiento interactivo. Así mismo, expone algunos aspectos relevantes en el campo de la evaluación en la intervención psicoterapéutica de bebés y niños pequeños, puesto que la evaluación, que guía en la elección de una opción terapéutica y en el posterior estudio de su eficacia, es un tiempo necesario y delicado de la intervención psicoterapéutica.

Palabras clave: psicopatología perinatal, Psicoterapia padres-bebé, evaluación, interacción.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cramer B, Robert-Tissot C, Stern D.N, Serpa Rusconi S, De Mural M, Besson G, Palacio-Espasa, F, & al. Outcom evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report, in *Infant Mental Healt Journal*, 11 (3), 1990: p.278-300.
- 2.- Cramer B. Are post-partum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant metal health journal* 1993;14(4):283-97.
- 3.- DC:0-5TM. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Chilhood.2016
- 4.- Favez N, Frascarolo F, Keren M, & Fivaz-Depeursinge E. Principles of Family Therapy in Children. In *Handbook of Infant Mental Health*; 2012, Ch. 29. Charles H. Zeanah Jr. MD (Editor).
- 5.- Fivaz-Depeursinge F. El juego triádico de Lausanne. Documento académico del Máster Oficial Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia-Asmi Waimh-España; 2014.
- 6.- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warners A. *The Primary Triangle: A developmental systems view of mothers, fathers and infants.* New York: Basic Books;1999.
- 7.- Fonagy P. Développement de la psychopathologie de l'enfance à l'âge adulte: le mystérieux déploiement des troubles dans le temps, in *La psychiatrie de l'enfant.* Ed. Presses Universitaires de France;2001/2 – 442. P. 333-369.
- 8.- Golse B, Moro MR. *Le développement psychique précoce. De la conception au langage.* Ed. Elsevier Masson; 2014.
- 9.- Guedeney A. *Petite enfance et psychopathologie.* Ed. Elsevier Masson; 2014.
- 10.- Guedeney A, Mintz, A.-S. & Dugravie R. Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie*; 2007; 37- p.195-A-20.
- 11.- Liberman AF, Pawl JH. *Infant-parent psychotherapy in C. Zeanah (edit), Handbook of Mental Health,* New York, Boston, Guilford Press; 1993: p. 427-442.
- 12.- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J. & all. *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes.* New York: Basic Books; 1988.
- 13.- Milgrom J, Martin PR, Negri LM. *Treating post-natal depression. A psychological approach for healt care practitioners.* Chichester: John Wiley and Sons; 1999.
- 14.- Nanzer, N. *Manuel de Psychothérapie centrée su la parentalité.* Paris. Ed. Fil Rouge. Presses Universitaires de France; 2012.
- 15.- Palacio F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques.* Ed. Presses Universitaires de France; 1993.