

# PARTICULARIDADES DEL DIÁLOGO CLÍNICO EN LAS INTERVENCIONES CENTRADAS EN EL VÍNCULO

## PARTICULARITIES OF THE CLINICAL DIALOGUE WITHIN ATTACHMENT-CENTERED INTERVENTIONS

**Dr. Carlos Pitillas Salvá**

Instituto Universitario de la Familia

Departamento de Psicología

Universidad Pontificia Comillas, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pitillas Salvá, C. (2018). Particularidades del Diálogo Clínico en las Intervenciones Centradas en el Vínculo. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 39-53.

### Resumen

*Las terapias padres-hijos y las intervenciones centradas en el vínculo constituyen una tradición clínica orientada a frenar la transmisión intergeneracional del trauma, así como a promover el desarrollo de vinculaciones seguras entre cuidadores primarios y sus hijos, durante los primeros años de vida. En el presente artículo, se exploran algunas particularidades de la intervención con díadas niño-cuidador en el marco de dichas terapias, con un foco especial sobre el contenido de las intervenciones verbales, es decir, de aquello que dice el terapeuta. Las intervenciones verbales del terapeuta en este marco se orientan a: promover las capacidades de observación de la interacción; promover la mentalización parental; funcionar como sostén y validación de la parentalidad; y promover la auto-comprensión a través de la interpretación. Estas direcciones de la conversación clínica contribuyen a definir y diferenciar las terapias diádicas centradas en el vínculo. El artículo desarrolla la fundamentación, describe el uso y aporta ejemplos de cada una de ellas.*

**Palabras clave:** *Terapias padres-hijos, apego, transmisión intergeneracional del trauma, diálogo clínico*

### Abstract

*Parent-infant psychotherapies as well as attachment-centered interventions, constitute a clinical tradition aimed at preventing the intergenerational transmission of trauma, and at promoting the development of secure attachments between primary caregivers and their children, during the first years of life. In this article, we explore some particularities of the intervention with child-caregiver dyads within the framework of these therapies, with a special focus on the content of verbal interventions (i.e. what therapists say). The verbal interventions of the therapist in this framework are oriented to: promoting observational capabilities of the interaction; promoting parental mentalization; supporting and validating parenthood the caregiver-child bond; and promoting self-understanding through interpretation. These directions of clinical conversation help to define and differentiate dyadic, attachment-centered psychotherapies. The article develops the rationale, describes the use and provides examples of each of them.*

**Keywords:** *Parent-infant psychotherapy, attachment, intergenerational transmission of trauma, clinical dialogue.*



En la apertura de su libro *La comunicación terapéutica*, Paul Wachtel describe uno de los problemas que más afectan al mundo de la psicoterapia:

*La psicoterapia es un método de curación por medio del habla. Sorprendentemente, sin embargo, no se ha escrito apenas nada sobre el contenido de lo que dicen los terapeutas. Mientras que se analiza cada palabra del paciente [...], las palabras de la terapeuta no se tienen en cuenta para nada. Su participación queda fundamentalmente limitada a la escucha y la comprensión. El hecho de que además hable es adicional (Wachtel, 1993, p. 17).*

Hablar con los pacientes es una de las dimensiones más delicadas de la artesanía de nuestro trabajo como psicoterapeutas. Implica un conjunto complejo de operaciones, entre las que se incluyen la articulación interna del significado que queremos transmitir al paciente, la atención a los matices que incorporan las palabras, la anticipación de la reacción emocional y cognitiva del paciente a lo que va a ser dicho, el timing de la intervención verbal, la adaptación del lenguaje a las condiciones culturales y lingüísticas del interlocutor y a su actual estado mental, etc. Las patologías o problemas clínicos específicos que atendemos, además, traen consigo una serie de particularidades que deberían traducirse en nuestra forma de hablar con el paciente.

Este artículo se basa en una premisa defendida hace años por Stern (1995) y que he considerado en un trabajo reciente (Pitillas, 2018), a saber: las terapias padres-hijos y otras intervenciones centradas en el vínculo constituyen un escenario clínico particular. Estas terapias ponen en su centro un trabajo orientado a promover dinámicas de seguridad en cuanto al apego, las cuales se desarrollan en dos niveles distintos: la sensibilidad parental (entendida como la capacidad del cuidador para detectar, comprender y responder adecuadamente a las necesidades del niño durante la interacción) y el estado mental de los cuidadores respecto al apego. Tal y como sugiere la investigación, el estado mental de los cuidadores (su mundo interno de representaciones sobre el mundo relacional y, específicamente, sobre la relación con el niño), condicionan su sensibilidad, lo que, en última instancia, condiciona poderosamente el nivel de seguridad del niño en cuanto al apego (Berlin, Zeanah y Lieberman, 2016). A lo largo de este texto, describiré algunas especificidades de la intervención centrada en el vínculo y, fundamentalmente, sus principales estrategias conversacionales (lo que dicen los terapeutas).

### **Trabajar con los Padres para Proteger al Niño: las Psicoterapias Padres-Hijos**

Las terapias padres-hijos constituyen un conjunto de intervenciones cuyo objetivo es el fortalecimiento y/o la reparación de la relación afectiva entre bebés y niños pequeños y su cuidador primario (o varios de sus cuidadores). Frecuentemente, el escenario terapéutico incluye al cuidador (o varios cuidadores) y el niño en la consulta, y el diálogo gira en torno al conjunto de sucesos comunicativos y relacionales que se dan entre el niño y el cuidador, momento a momento, frente a

(y con) el terapeuta (véase Baradon, Biseo, Broughton, James y Joyce, 2016; Lieberman y Van Horn, 2011; Stern, 1995; Zeanah, 2009). Reparar dicha relación tiene un doble resultado esperable: por un lado, frenamos la transmisión intergeneracional del trauma que con frecuencia afecta a estos padres; por el otro, promovemos la aparición y el establecimiento de la seguridad en cuanto al apego (por encima de los resultados que se obtienen en condiciones de no tratamiento o bajo tratamientos de corte cognitivo o educativo) (Berlin et al., 2016). Constituyen, por lo tanto, una de las aportaciones más importantes de la psicoterapia a la prevención del trauma y a la protección del menor. Aunque buena parte de estas psicoterapias se ha desarrollado en el marco de las consultas privadas (en las que se atiende a una sola familia), algunos principios de estos abordajes han sido absorbidos por las intervenciones con grupos de padres en contextos ajenos a la práctica privada (servicios de protección infantil, hogares de acogida para familias en desamparo, etc.) (véase Powell, Cooper, Hoffman y Marvin, 2013; Pitillas y Berástegui, 2018; Slade, Sadler, De Dios-Kenn, Webb, Currier-Ezepchick y Mayes, 2005; Van Zeijl et al., 2006).

Las estrategias que emplean los terapeutas en el trabajo con la díada madre-bebé no deben entenderse como una *bastardización* de los principios de la terapia individual de adultos, sino como los componentes de una filosofía clínica con derecho propio. Las adaptaciones que hacemos de técnicas clásicas o los virajes que realizamos con respecto a los principios de la intervención psicoanalítica tradicional no son parte de un mal necesario, sino la esencia de un trabajo que tiene muy en cuenta las particularidades de la experiencia subjetiva de los padres vulnerables y de sus niños. La constelación de ideas, anticipaciones, afectos y necesidades que definen la crisis evolutiva de la parentalidad exige abordajes clínicos a medida. Quizás dos rasgos de estas terapias sean dignos de consideración especial para entender cómo se habla con los pacientes en estas intervenciones, y por qué.

### **La relación es el paciente**

Aunque la psicopatología de los padres y el temperamento o la patología incipiente de los niños contribuyen a las dificultades que afectan al vínculo entre ambos, el objetivo central de estas intervenciones no es “curar” al padre o al niño, sino reparar los procesos que permiten que *entre ellos* se desarrolle una relación afectiva segura: la relación es el paciente.

La consecuencia fundamental de esto es un alto nivel de focalización en el diálogo. Suceden y se dicen muchas cosas en el curso de una sesión de terapia diádica. Un ejercicio básico del terapeuta consiste en reconducir los acontecimientos de la sesión y los testimonios del adulto al *foco*, que es la relación niño-cuidador. Así, por ejemplo, cuando el cuidador invierte un tiempo importante en informar de su estrés laboral (“Tengo un jefe demasiado exigente, siempre está encima de mí, asomándose a ver si me pilla haciéndolo mal”), el terapeuta puede emplear este testimonio para movilizar una reflexión centrada en el vínculo con el hijo (“Entien-

do que eso debe de ser cansado para ti, y me pregunto si algo de esa sensación de estar siendo evaluado te sucede también cuando estás cuidando de tu hija”). La investigación apunta a que un nivel alto de focalización en las intervenciones aumenta los efectos positivos del trabajo con díadas niño-cuidador (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn y Juffer, 2003).

Con menor frecuencia, el foco de la conversación puede ser la relación terapeuta-cuidador. En el marco de esta relación se producen importantes movimientos transferenciales que iluminan el trauma parental y permiten observar, con mucha inmediatez, las defensas empleadas por el cuidador frente a la angustia (“Sentirse observado y vigilado es algo muy difícil. En ocasiones, tengo la sensación de que algo parecido sucede aquí; que, de algún modo, a veces sientes que esto también es un examen. Lo cual, probablemente, hace que tengas menos ganas de hablar conmigo”).

### **Intervenir a tiempo**

La lógica temporal que gobierna las terapias padres-hijos no es la misma que la de otras intervenciones. La gran sensibilidad evolutiva que caracteriza a la primera infancia y la edad preescolar hacen que esperar no siempre sea lo más recomendable. Las ventanas de riesgo y de oportunidad se abren y cierran con relativa rapidez cuando el protagonista de nuestra intervención es un niño. Por ello, el trabajo del terapeuta se define por una postura activa y una cantidad relativamente alta de “propuestas” para el insight o interpretaciones de prueba. Estas propuestas adelantan para los padres partes o la totalidad de la comprensión del terapeuta acerca de lo que sucede y de por qué sucede. Esta actitud también tiene en cuenta las dificultades de adherencia terapéutica que caracterizan a muchas de las familias a las que atendemos (Lieberman y van Horn, 2011). El riesgo siempre elevado de que la familia no acuda a la siguiente sesión nos obliga a no guardarnos las cosas que tenemos que decir.

En todo caso, la apuesta por intervenir “a tiempo” se acompaña siempre de una actitud de provisionalidad en nuestras afirmaciones, así como una monitorización de la respuesta del cuidador (“Quizás me equivoque, y me gustaría que me ayudaras con esto, pero tengo la impresión de que ver llorar así a tu bebé te hace pensar que, una vez más, van a hacerte daño, como cuando tus padres te gritaban”).

## **Cuatro Claves del Diálogo en la Terapia Padres-Hijos**

### **Estimular la observación**

Las terapias padres-hijos se desarrollan sobre la premisa de que algunos padres proyectan sobre sus hijos sentimientos intolerables vinculados a sus experiencias relacionales traumáticas no resueltas (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975; Lieberman y van Horn, 2011). Estas proyecciones comprometen la capacidad de los padres para pensar en el niño como un ser separado, que piensa y siente, en consecuencia,

ofrecer respuestas adecuadas frente a sus necesidades (Slade, 2007). Para estos padres, el niño real se hace *invisible*. Lo que los padres ven cuando miran a su hijo (o a algunas de sus conductas o rasgos) es un peligro, el recordatorio de una experiencia pasada no resuelta, la posibilidad de volver a ser dañados, abandonados, juzgados, o el reflejo de una parte odiada o intolerable de sí mismos (Brazelton y Cramer, 1993). Un efecto habitual de esto es que el niño puede identificarse con lo que los padres colocan en él y puede llegar a actuar eso que ha sido proyectado desde fuera (Seligman, 1999), lo cual confirma las distorsiones parentales y contribuye a la cristalización de círculos viciosos en la relación.

Una de las estrategias que se emplea habitualmente para liberar al niño de estas proyecciones consiste promover en el cuidador una capacidad menos contaminada de observación del niño (véase, entre otros, Jones, 2006; Cohen et al., 1999; Pitillas y Berástegui, 2018; Powell et al., 2013; Tutters, Doulis y Yabsley, 2011; Van Zeijl et al., 2006; Woodhead, Bland y Baradon, 2006). Específicamente, promovemos la observación detallada de las secuencias de interacción cuidador-niño: “¿Qué ha hecho el niño?”, “¿Cuáles han sido sus señales?”, “¿Qué has hecho tú?”, “¿Qué ha pasado después?”, etc.

Una de las herramientas específicas con las que comienza este trabajo consiste en la *separación de observaciones e inferencias* (Powell et al., 2013). Algunos padres tienden a hacer un salto automático de la conducta del niño a las interpretaciones acerca del significado de dicha conducta. Muchas veces, este salto se realiza apoyado en una ecuación simbólica (Jones, 2010) por la cual el cuidador anula la diferencia entre su experiencia subjetiva y la del niño. Así, frente al niño que llora rabiosamente, el cuidador puede afirmar: “Me odia”. El carácter automático y de equivalencia psíquica presente en estas interpretaciones predispone a los padres a emitir respuestas de ataque o huida frente a eso que interpretan como un peligro relacional “evidente”. Una lectura más saludable implicaría al cuidador tomando perspectiva, reconociendo la diferencia entre las mentes: “Cuando hace esto, me siento *como si* me odiara”. Separar observaciones de inferencias exige un trabajo minucioso, mediante el cual frenamos los automatismos interpretativos del cuidador e invitamos a éste a que se pare, observe y, poco a poco, se pregunte acerca de qué ha pasado (Cohen et al., 1999).

Imaginemos una situación en la que un niño de tres años deja de jugar y se aleja físicamente de su madre en el momento en que ésta, con evidente ansiedad, ha comenzado a sobreestimularlo. La madre reprocha a su necesidad de separarse: “¿Ya te has hartado de mamá otra vez? ¿Por qué te gusta tanto dejarme sola cuando estamos pasándonoslo bien?”. El terapeuta puede invitar a esta madre a describir lo que ha pasado: cómo estaba siendo la interacción cuando madre e hijo disfrutaban del juego, qué pasó justo antes de que el niño comenzara a apartarse, etc. En ocasiones, al cuidador le puede resultar difícil esto, ya que mucho de lo que sucede tiene lugar en el territorio del “conocimiento relacional implícito” (Lyons-Ruth et al., 1998). Frente a ello, el terapeuta puede intervenir activamente, traduciendo la

interacción mediante descripciones sencillas: “Cuando has comenzado a hablarme de las peleas en casa con tu marido, ha sucedido algo: ella ha dejado de jugar por un segundo, ha encogido los hombros y ha bajado su mirada al suelo”.

La descripción “microscópica” de la interacción puede conducir a conversaciones centradas en las experiencias subjetivas (del cuidador y del niño) que acompañan a las acciones. El terapeuta da muestras de una curiosidad que promueve la observación en el padre (p.ej., “Creo que nos está tratando de decir algo, pero aún no tengo claro de qué se trata”). Estas intervenciones pueden dirigirse al hijo, como estrategia indirecta de estimulación de la capacidad observadora del cuidador (p.ej., “Lo que estás haciendo me hace pensar que no estás bien, pero que no sabes por qué no estás bien, todo es tan confuso a veces, ¿verdad?”). Esto puede traducirse muy concretamente en una capacidad nueva de los padres para entender lo que sus hijos viven en la relación, es decir, desarrollar “una versión de lo que ven sus bebés” cuando interactúan con ellos (Woodhead et al., 2006).

Algunos modelos de intervención centrada en el vínculo han empleado el videofeedback como estrategia facilitadora de este tipo de diálogos (Pitillas y Berástegui, 2018; Powell et al., 2013; Van Zeijl et al., 2006). La investigación apunta a que el empleo de esta técnica se asocia a niveles de eficacia de la intervención altos (Fukink, 2008), por encima incluso de lo que encontramos en intervenciones exclusivamente centradas en el intercambio verbal con los padres (Fonagy, Slead y Baradon, 2016). Probablemente esto tenga que ver con que el uso del vídeo permite revisar una secuencia de interacción importante varias veces, ayuda a captar microsucesos, y ofrece una adecuada distancia emocional que reduce la propensión de las defensas parentales a activarse durante el diálogo.

### **Conversaciones centradas en la mentalización**

Debajo de muchas de las prácticas parentales hostiles y negligentes que observamos existen dificultades sistemáticas en los padres para captar y comprender los estados internos que subyacen a la conducta de sus hijos (Slade, 2007; Koren-Karie, Oppenheim y Getzler-Yosef, 2008). Estas dificultades en la mentalización parental pueden presentar una o varias de estas formas: perspectivas acerca del niño exclusivamente centradas en su conducta; interpretaciones aparentemente mentalizadoras pero excesivamente superficiales o, por el contrario, intrusivas y hostiles; dificultades en los padres para reconocer sus propios estados mentales y la influencia de estos sobre sus prácticas de crianza. Para estos padres, no mentalizar adecuadamente a sus hijos puede ser el resultado de no haber sido mentalizados durante su infancia, pero además puede responder a una defensa frente a lo mental: algunas madres “necesitan creer que sus bebés no tienen mente, evitando así el dolor de que su propia experiencia infantil no fue pensada y protegida” (Bain, Frost y Esterhuizen, 2012).

Buena parte de los diálogos clínicos de las terapias padres-hijos aspiran a robustecer la mentalización parental, mediante la observación colaborativa y pre-

analítica de los estados mentales, conforme estos se despliegan durante la terapia.

Consideremos tres direcciones complementarias que pueden tomar estas intervenciones.

*Tener al padre en mente: contención y reparación*

Durante importantes períodos del proceso terapéutico, los terapeutas trabajan desde una filosofía de “cadenas de seguridad” (Pitillas y Berástegui, 2018), lo que se traduce en mentalizar al cuidador para promover en éste una experiencia de “seguridad ganada” (Phelps, Belsky y Crnic, 1998) que pueda trasladarse con el tiempo a la interacción entre el cuidador y el niño. Esto se traduce en intervenciones contenedoras y en intervenciones orientadas a la reparación.

Es habitual que, en el curso de la crianza, los padres experimenten sentimientos negativos intensos (que tienden a suspender la mentalización) tales como la incertidumbre, la rabia, la desesperación, el miedo al fracaso, etc. Muchos de estos sentimientos pueden ser resultado de la reexperimentación postraumática vivida por los padres en el curso de las interacciones con sus niños (Fraiberg et al., 1975). Frente a esto, el terapeuta funciona como contenedor y metabolizador de estas experiencias, en una especie de viaje de ida y vuelta: el terapeuta absorbe la emoción del padre, la procesa y la devuelve en un estado más comprensible y más tolerable.

Un padre y la terapeuta conversan mientras el niño juega sobre el suelo. En un momento dado, el niño comienza a mandar señales de incomodidad difíciles de identificar (¿necesita que lo limpien? ¿está cansado? ¿necesita que lo tomen en brazos?), y crecientes: del gimoteo, el niño pasa a un llanto cada vez más intenso. Padre y terapeuta interrumpen la conversación, y el primero se queda evidentemente paralizado frente a las señales intensas de malestar del hijo. Esto hace que el niño se asuste, y que su llanto aumente. La terapeuta, con un tono de voz audible pero delicado, afirma: “Da miedo no saber qué necesita tu hijo, y qué debes hacer”. Se trata de una intervención sencilla, pero no simple. El estado emocional indiferenciado del padre puede anclarse a una categoría específica (“da miedo”) y a una narrativa que hace que el padre *se sepa pensado* por su terapeuta. Esto contribuye a incrementar la tolerancia afectiva del cuidador y, con ello, a robustecer su capacidad mentalizadora. La acumulación de estas intervenciones puede, además, promover en el cuidador la comprensión de estados emocionales semejantes en su hijo, lo que ayuda en el proceso (tremendamente terapéutico) de identificación del padre con su hijo (Fraiberg y Fraiberg, 1980)<sup>1</sup>.

El trabajo centrado en la mentalización pasa también con frecuencia por realizar intervenciones centradas en la reparación. El fenómeno de la reparación interactiva se ha manifestado como uno de los procesos esenciales en la construcción de la seguridad respecto al apego, tal y como nos demuestran las investigaciones observacionales con madres y sus bebés (Beebe y Lachman, 2013). La seguridad en la diada no consiste tanto en un estado de sintonía o coordinación continuos, sino que es resultado de la capacidad de la diada madre-bebé para

transitar de momentos no sincrónicos a estados de sincronía (Tronick y Cohn, 1989). Podemos trasladar esta lógica evolutiva a los procesos de cambio que tratamos de conseguir, sobre todo cuando tenemos en cuenta que el trauma de los padres ha consistido en que sus reacciones de dolor emocional fueron incomprendidas, prohibidas, negadas o distorsionadas por un entorno incapaz de sintonizar afectivamente (es decir, no hubo reparación) (Stolorow y Atwood, 2004). La monitorización-reparación de las rupturas en la sintonía terapeuta-paciente supone que el diálogo terapéutico, con frecuencia, incluye la observación compartida de los momentos en que el cuidador ha sentido al terapeuta como distante, rechazante, asustado, distraído, etc. Es probable que estas atribuciones que hace el paciente sobre las intenciones del terapeuta estén distorsionadas por su propia experiencia traumática. Sin embargo, lo más probable es que *también* alguna clave sutil de la interacción o respuesta real del terapeuta haya activado estas atribuciones.

Consideremos una conversación en la que una madre, desbordada por el estado de agitación y desatención crónicos de su hijo de tres años, pide repetidamente a la terapeuta que le oriente conductualmente: “qué debo hacer”, “cómo hago para que se tranquilice y pare”. Preocupada por la rigidez de las interpretaciones de la madre, y tratando de ayudarla a manejar una perspectiva mentalizadora acerca de lo que sucede con su hijo, la terapeuta responde con preguntas: “¿Qué crees que tiene a tu hijo tan agitado?”, “¿Qué puede estar sintiendo?”, etc. Tras varias repeticiones de esta secuencia, la madre concluye, con tono displicente: “Supongo que tendré que estar más atenta y enterarme”. Una intervención aconsejable en este punto sería aquella que reconoce la legitimidad de estos sentimientos, la participación de la terapeuta en la ruptura (“Paremos un momento. Me doy cuenta de que sientes que para ti ahora mismo es muy importante que te dé algún consejo sobre cómo manejar la conducta de tu niño. Yo, por el contrario, te estoy haciendo muchas preguntas, lo que tal vez te hace sentir que para mí esto es culpa tuya”), y trate a su vez de incorporar una perspectiva realista que permita seguir (“En realidad, pienso que, si entendemos mejor a tu hijo, los dos tendremos una idea más clara de cómo debes responder para que estos problemas desaparezcan”). Además de proteger el proceso terapéutico, la repetición de estas estrategias en el diálogo clínico puede promover una transformación relativamente profunda de la experiencia relacional de los cuidadores: “Tras un momento de desequilibrio o ruptura, se da el potencial de la reparación y una reestructuración de sistemas relacionales implícitos” (Bain et al., 2012, p.42).

*Tener al niño en mente: ampliación de las perspectivas acerca de la subjetividad del niño*

Una parte importante de las conversaciones con las que facilitamos la mentalización parental se produce en el marco de la observación detallada de la interacción (descrita en el epígrafe 2.1.). Frenar las inferencias, observar la interacción y preguntarse acerca de lo que ha pasado estimula un salto natural a



hablar sobre los estados subjetivos que mueven la conducta del niño y sus señales comunicativas. Pero también podemos “operar” sobre los testimonios de los padres acerca de interacciones externas a la consulta. El diálogo sobre este material puede incluir los siguientes pasos:

- *Estimular la narración.* Es habitual que los testimonios de los padres estresados sean narrativamente pobres: “Este fin de semana llevé a mi hijo al parque y, como respuesta, él se dedicó a hacerme la vida imposible”. En un testimonio así, faltan detalles acerca de la secuencia interactiva y de la subjetividad de ambos participantes. Especialmente, la perspectiva mental del niño es anulada y sustituida por una declaración generalista y malevolente: “se dedicó a hacerme la vida imposible”. Un primer paso consiste en ayudar a los padres a recomponer sus testimonios con una mayor riqueza narrativa. Estas intervenciones pueden basarse en preguntas que estimulan la narración (“¿Qué había pasado antes?”, “¿Qué pasó en el parque?”, “¿Qué hizo el niño?”, “¿Qué hizo la madre?”, “¿Qué pasó después?”) o en invitaciones de carácter más general (“Me gustaría pedirte que me ayudaras a entender lo que pasó entre vosotros como si yo hubiera estado allí para verlo. ¿Puedes contarme con detalle cómo fue vuestra visita al parque?”).
- *Validar las reacciones afectivas del cuidador.* Las intervenciones de este paso son equivalentes en su función a las intervenciones contenedoras que se han detallado más arriba. Se trata de transmitir al cuidador que su perspectiva es tenida en cuenta y comprendida en un nivel básico, de cara a que el proceso mentalizador pueda continuar. Tras una descripción más detallada por parte del cuidador de los acontecimientos que hicieron difícil la visita al parque, el terapeuta afirma: “Tener que lidiar con una rabieta de tu hijo en público hizo que te sintieras muy enfadada”.
- *Explorar las reacciones afectivas del cuidador.* Continuando con lo anterior, es valioso profundizar en los matices y las ramificaciones de la experiencia emocional del cuidador, así como en las posibles reacciones secundarias a esta experiencia. Las emociones traen consigo recuerdos, fantasías, imágenes mentales, así como un conjunto de emociones secundarias que aumentan la complejidad de la experiencia. Para la madre del ejemplo, sentirse enfadada con su hijo hace que se sienta al mismo tiempo culpable, por tener sentimientos ambivalentes hacia él. Una intervención terapéutica recomendable busca seguir “abriendo puertas” para asomarse al proceso emocional y, con ello, ayudar al cuidador a hacerse consciente de lo que le pasa por dentro, lo cual es un requisito para el último paso de este camino, y el más importante.
- *Explorar perspectivas alternativas.* La meta de este circuito conversacional es que el cuidador pueda considerar la subjetividad de su hijo desde una perspectiva más realista, y más promotora del cuidado. El desarrollo de

estas perspectivas mentalizadoras saludables puede ser el resultado de intervenciones muy abiertas: “Ahora que hemos repasado lo que sucedió, me pregunto si existe otra forma de entender lo que tu hijo estaba tratando de transmitir en esa situación”. En ocasiones, estas intervenciones no son adecuadas a la capacidad de los cuidadores o al momento del proceso, lo que exige al terapeuta formular con claridad otras perspectivas posibles: “Tal vez que no quisiera hacerte la vida imposible. Tal y como estoy pudiendo entender lo que pasó, tengo la impresión de que algo podía haberle asustado mucho, y de que sus reacciones eran la única forma en la que él supo comunicar este miedo”.

El camino que acabo de describir es flexible, y está guiado en todo momento por la monitorización constante del estado afectivo del cuidador. Existe una relación inversamente proporcional entre la intensidad de los estados afectivos y las capacidades mentalizadoras: cuando la emoción es muy intensa, el organismo se prepara para huir o atacar, y nuestras capacidades de reflexión y simbolización se ven negativamente afectadas. Si los afectos del cuidador se mantienen en niveles tolerables, conviene seguir promoviendo el desarrollo de esta conversación hacia el último paso. Por el contrario, cuando emergen sentimientos intensos en el cuidador, conviene parar y rebobinar (Bateman y Fonagy, 2016) hacia un punto previo del diálogo.

### *Hablar con el niño*

La consideración del bebé como persona dotada de una subjetividad y de un modelo incipiente de sí mismo y de los demás (Salo, 2007; Salomonsson, 2007) hace que en ocasiones el terapeuta trate de establecer una conexión emocional con el niño, transmita interés por sus estados mentales, y transmita de forma explícita su comprensión de dichos estados (Baradon et al., 2016; Jordan, 2012; Salomonsson, 2007; Salo, 2007).

Por ejemplo, durante una sesión de terapia, una madre comenzó a llorar mientras relataba una experiencia de pérdida reciente, lo que hizo que su niño de dos años interrumpiera su juego. El terapeuta se dirigió al niño y dijo: “La tristeza de mamá es algo que te sorprende y te asusta. Quieres entender qué está pasando, saber qué va a pasar si mamá sigue estando triste”. Con una intervención de este tipo, el terapeuta emite una respuesta contenedora que impacta directamente sobre la experiencia emocional del niño y promueve el desarrollo de esquemas relacionales seguros. A su vez, es también una intervención dirigida al padre, ya que modela la postura mentalizante en la relación con el niño, y ofrece una perspectiva nueva acerca de éste y de su comportamiento (Baradon et al., 2016).

### **Sostener la parentalidad**

Una parte importante del diálogo clínico en este tipo de terapias consiste en verbalizaciones del terapeuta orientadas a validar al padre-como-cuidador, y en

validar el vínculo entre el padre y el hijo. Esto responde a una evidencia clínica que se repite: los padres a los que atendemos suelen verse a sí mismos como inadecuados, malos, potencialmente destructivos para sus hijos, incapaces de vincularse afectivamente, o no reconocidos por sus hijos como figuras de referencia. Los factores que convergen para provocar esta dificultad en sentirse cuidadores legítimos y capaces son múltiples. Para estos padres, es especialmente difícil hacer una sana identificación con sus propios padres. El recuerdo que tienen de sus experiencias de cuidado está cargado de fuertes ambivalencias y de confusión, ya que en ellos se mezclan sentimientos intensos de dependencia con rabia, entre otros. Asimismo, muchos de estos cuidadores han transitado a la parentalidad en condiciones de aislamiento familiar y social, lo que disminuye las oportunidades para recibir apoyo y validación externas. Por último, es importante tener en cuenta que sentirse un mal padre tiene efectos contundentes en las prácticas de crianza, lo que suele funcionar como un motor de círculos viciosos muy problemáticos (la madre que se siente incapaz tiende a retirarse de la interacción con su hijo o a volverse hostil, lo que conduce a su hijo a desplegar conductas difíciles, que confirman para la madre su imagen de sí misma como una mala cuidadora).

Reparar el vínculo supone, en gran parte, ayudar a los padres a *verse mirados* de forma diferente. Estas intervenciones definen la función del terapeuta como la de *sostén* de la parentalidad. Para algunos cuidadores fuertemente dañados y aislados, el terapeuta ejerce el papel de la “aldea” que hace falta para criar al niño, o de la abuela que orienta a la madre primeriza y valida el vínculo de ésta con su bebé (Dugmore, 2013; Stern, 1995), lo que se materializa en acciones tales como:

- *Intervenciones centradas en fortalezas.* Estas intervenciones ponen el foco en las interacciones armónicas niño-cuidador (“Cuando tu hijo se ha caído parecía asustado, iba a llorar, pero tú le has mirado y eso ha parecido tranquilizarlo”), en el uso exitoso de habilidades parentales infrautilizadas (Powell et al., 2013) (“Pudiste respirar hondo y escuchar a tu niña antes de gritar. Esto es algo que no ha sido fácil en ocasiones anteriores. ¿Cómo conseguiste que esta vez el resultado fuera distinto?”), o en las manifestaciones de apego del niño (“Cuando acercas tu cara y dejas que te vea, tu bebé se entusiasma, es su manera de decirte “Hola mamá, te he echado de menos””).
- *Fomentar nuevas identificaciones.* Como se ha señalado, para algunos cuidadores es difícil hacer identificaciones sólidas con la imagen interna de un padre bueno. Ocasionalmente, el diálogo con estos padres puede dirigirse a la (re)construcción de dichas imágenes internas. Lieberman propuso el término “ángeles en la habitación del bebé” (Lieberman, Padron, van Horn y Harris, 2005) para referirse a las figuras de cuidado alternativo que muchos padres traumatizados tuvieron (hermanos mayores, miembros de la familia extensa, educadores, etc.) y que pueden oponerse a la influencia negativa de las experiencias más dolorosas del

pasado relacional (los “fantasmas en la habitación del bebé”, desvelados por Fraiberg en 1975). Un trabajo con la “memoria amable” (Pitillas y Berástegui, 2018) se centra en la recuperación y reactivación en consulta de los recuerdos asociados a estas figuras, así como la reflexión acerca de las formas posibles en las que estas experiencias podrían redefinir la propia parentalidad.

### **Promover la auto-comprensión: el uso de la interpretación**

El pasado de los cuidadores se reedita continuamente en las relaciones padres-hijos. Esto suele producirse en un nivel procedimental de la experiencia, y en estrecha conexión la conducta: la reexperimentación postraumática en los padres rápidamente se transforma en respuestas defensivas que dañan al niño. Reconocer la influencia del pasado sobre el presente ayuda a los cuidadores a frenar la puesta en acto, a emplear defensas más maduras y a decidir con cierta libertad acerca del propio proyecto de parentalidad.

Buena parte de este proceso de cambio se consigue mediante las intervenciones que ya han sido reseñadas. La interpretación es, con cierta frecuencia, el punto final de un proceso de diálogo que ha tenido lugar durante semanas o meses, y que se ha ido construyendo con la observación de la interacción, las intervenciones centradas en la mentalización, o la reconstrucción positiva de la imagen que los padres tienen de sí mismos como cuidadores.

Cuando interpretamos en terapia padres-hijos, podemos hacerlo alrededor de tres focos distintos pero complementarios (Baradon et al., 2016):

- *Interpretaciones centradas en el cuidador.* Estas interpretaciones ponen de relieve conflictos y defensas del cuidador que se dan en un nivel interno. En el transcurso de una conversación durante la que una madre describía a su hijo como un niño “muy sensible” y “demasiado blando”, la terapeuta comentó: “Creo que te das cuenta de que tu hijo lo pasa mal en ocasiones pero que, al mismo tiempo, eso te resulta muy doloroso. Pensar que él simplemente es así, “demasiado blando”, hace que duela menos”.
- *Interpretaciones centradas en la interacción.* Estas interpretaciones ponen de relieve conflictos y defensas que se dan en la interacción entre niño y cuidador. Por ejemplo: [dirigiéndose al niño, frente al padre]: “Cuando papá parece distraído lo único que puedes hacer es moverte por la habitación como si no pudieras parar y necesitaras a alguien que lo hiciera por ti”.
- *Interpretaciones centradas en la conexión entre pasado y presente.* Por ejemplo: “Tengo la impresión de que esto es difícil porque, cuando miras a tu hijo llorar, estás viéndote también a ti mismo de pequeño, en esos momentos en que te asustabas y nadie acudía a ayudarte”.

Particularmente, en el marco de las terapias padres-hijos muchas de las interpretaciones se hacen *en acción*. Jugar con el niño; establecer contacto físico;

participar en el juego entre padres e hijos; reflejar mediante gestos el estado interno del niño; etc., son acciones que podemos emplear como “herramientas interpretativas a través de las cuales el terapeuta puede comunicar al paciente una comprensión de la situación analítica actual y hacer uso de la transferencia-contratransferencia” (Renschler, 2009; p. 148). Cuando están bien hechas, las acciones interpretativas pretenden ir más allá de la acción, pretenden *decir* algo sin palabras y activar en la transferencia el circuito de la reflexión.

Renschler (2009) refiere el caso de un niño que entregó al terapeuta un juguete roto después de que su padre lo pisara accidentalmente. El terapeuta entregó el juguete al padre, sugiriendo así que el padre podía desarrollar un papel activo en la reparación de las cosas que estaban rotas entre él y el niño. Podemos entender que esto funciona como una interpretación sin palabras, una interpretación-en-acción.

## Discusión

Este texto ha recorrido algunas de las particularidades que caracterizan al diálogo clínico en el escenario de las terapias padres-hijos, tratando de prestar especial atención a lo que dicen los terapeutas. Han quedado fuera de este texto algunas consideraciones relevantes, tales como: las experiencias tempranas del terapeuta y su influencia sobre su capacidad para escuchar y responder; las complejidades e inestabilidades de la contratransferencia frente al sistema niño-cuidador, caracterizado por cambios rápidos e intensos; o la importancia de las estructuras triádicas (madre-padre-niño) en la comprensión y el abordaje de los vínculos difíciles al principio de la vida.

Las intervenciones centradas en el vínculo con díadas niño-cuidador son un escenario clínico cargado de riesgo y oportunidad. Las fuerzas negativas del trauma parental empujan con fuerza hacia la reedición de dichos traumas sobre la generación siguiente. Al mismo tiempo, hay en muchos padres un deseo intenso de *querer bien* a esos hijos que acaban de llegar. Para ellos, vincularse saludablemente y cuidar de sus niños es una oportunidad de cambiar su historia. Una de las convicciones que dominan este texto es que las cosas que decimos en consulta, y las palabras que escogemos para decirlas, pueden marcar importantes diferencias en esta bifurcación entre la repetición y el cambio.

## Notas

- 1 Según Fraiberg y Fraiberg (1980), este proceso forma parte de un camino más amplio de “cambio en las identificaciones”, el cual tiene como punto de partida la identificación con el agresor (promotora del trauma), continúa con la identificación con el niño (recién descrita) y culmina con un movimiento de identificación con la figura del cuidador.

## Referencias bibliográficas

- Bain, K., Frost, K. y Esterhuizen, M. (2012). 'The mothers have mercy for me': change in parent-infant relationships through group psychotherapy. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, 20(1), 33-68.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, 129(2), 195-215.
- Baradon, T., Biseo, M., Broughton, C., James, J. y Joyce, A. (2016). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: una guía práctica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2013). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H. y Lieberman, A. F. (2016). Prevention and intervention programs to support early attachment security: A move to the level of community. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3ª ed., pp. 739-758). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, España: Planeta.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. y Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429-451.
- Dugmore, N. (2013). The grandmaternal transference in parent-infant/child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 39(1), 59-75.
- Fonagy, P., Sleded, M. y Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97-114.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Fraiberg, S. y Fraiberg, L. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.
- Jones, A. (2006). How video can bring to view pathological defensive processes and facilitate the creation of triangular space in perinatal parent-infant psychotherapy. *Infant Observation*, 9(2), 109-123.
- Jones, A. (2010). The traumatic sequelae of pathological defensive processes in parent-infant relationships. En T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy*. Nueva York, NY: Routledge.
- Jordan, B. (2012). Therapeutic play within infant-parent psychotherapy and the treatment of infant feeding disorders. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 307-313.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D. y Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: the importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development*, 10(4), 465-483.
- Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P. y Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520.
- Lieberman, A. F. y Van Horn, P. (2011). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., ... y Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Phelps, J. L., Belsky, J. y Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10(1), 21-38.
- Pitillas, C. (2018). Trabajar con los padres para proteger al niño: algunos elementos comunes de las intervenciones terapéuticas centradas en el vínculo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 57. Recuperado de: <https://bit.ly/2PMXOe5>
- Pitillas, C. y Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza: un método para fortalecer los vínculos tempranos en familias vulnerables*. Barcelona, España: Gedisa.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. y Marvin, B. (2013). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Renschler, T. S. (2009). Sleeping on the couch: Interpretation-in-action in infant-parent psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 8(3-4), 145-155.
- Salo, F. T. (2007). Recognizing the infant as subject in infant parent psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 961-979.
- Salomonsson, B. (2007). 'Talk to me baby, tell me what's the matter now': Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(1), 127-146.
- Seligman, S. (1999). Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva del infante: observando la identificación proyectiva. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Recuperado de: <https://bit.ly/2R9wK9b>
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.
- Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J. y Mayes, L. (2005). Minding the baby: A reflective parenting program. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60(1), 74-100.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (2004). *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona, España: Herder.
- Tronick, E. Z. y Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 85-92.
- Tuters, E., Doulis, S. y Yabsley, S. (2011). Challenges working with infants and their families: Symptoms and meanings—two approaches of infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 632-649.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... y Alink, L. R. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994-1005.
- Wachtel, P. (1993). *La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Woodhead, J., Bland, K. y Baradon, T. (2006). Focusing the lens: The use of digital video in the practice and evaluation of parent-infant psychotherapy. *Infant Observation*, 9(2), 139-150.
- Zeanah, C. H. (Ed.) (2009). *Handbook of infant mental health*. Nueva York, NY: Guilford Press.