

PSICOTERAPIA EN LA PRIMERA INFANCIA: PROCESOS PSÍQUICOS Y REPRESENTACIONES MENTALES

Margarita Ibáñez Fanés

Servicio de Psiquiatría y Psicología.

Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona

mibanez@hsjdbcn.org

This article discusses a practice in child psychotherapy that allows to work with the internal world of children and to produce changes on it. These changes can take place both in the psychological processes of the child and in his or her mental representation, depending on the severity of the psychopathological disorder we deal with. This practice integrates results from research on early interactions in childhood, attachment, self development, intersubjectivity and reflexive function. Relevant aspects of these psychological functions are discussed in detail, and the Reflective Function Scale is described. By means of a clinical case and illustrating the technique of video-intervention, it is shown how psychotherapy focused in these psychological systems can produce changes.

Keywords: psychoanalysis, attachment, mental representations, reflexive function, infancy

Introducción

En la década de los 90 varios autores psicoanalistas, entre ellos Peter Fonagy en el Centro Anna Freud, se preocuparon de revisar, desde la perspectiva de la evidencia, la eficacia de los tratamientos psicoanalíticos en la clínica psiquiátrica infanto-juvenil. Empezaba a vislumbrarse en aquellos momentos un cambio cultural en la práctica clínica psiquiátrica, sobre todo relacionado con su amplia expansión a través de los servicios públicos de salud mental. Este cambio apuntaba a exigir “pruebas” (*evidence*) de la eficacia de los tratamientos. Formas terapéuticas de más fácil aplicación, dirigidas a modificar la conducta y las representaciones cognitivas de la experiencia, junto con el abordaje farmacológico, ganaron terreno en este panorama. Eran técnicas aplicables por un gran número de clínicos, apuntaban principalmente, en aquellos momentos, a la reducción sintomática. En

algunos territorios se llegó a focalizar el trabajo terapéutico a convencer al enfermo de que su trastorno era incurable, orientándose el tratamiento a un enfoque paliativo más que curativo.

En este panorama la tradición psicoanalítica que había sido hegemónica en muchos países ha de replantearse y buscar pruebas de su eficacia. Además el trabajo psicoanalítico propone producir cambios en la forma de vivir las experiencias del paciente, analizando la relación de aspectos conscientes (cognitivos secundarios) con aspectos preconscientes e inconscientes para el paciente que incluyen formas de conocer, sentir y emocionarse más primarias, propias de los estadios primeros del desarrollo.

El psicoanálisis se propone trabajar en un campo más amplio del trastorno psíquico. Es en este contexto que Target y Fonagy (1994) evalúan la eficacia del tratamiento psicoanalítico (mayor intensidad terapéutica: tres o cuatro sesiones semanales) y de la psicoterapia psicoanalítica (menor intensidad terapéutica: una o dos sesiones semanales) para niños y adolescentes, en este estudio concluyen que hasta los 6 años los niños mejoran mucho su desarrollo psicológico con la intervención psicoanalítica tanto la de mayor intensidad como la de menor intensidad, de los 6 a los 12 años la frecuencia semanal de sesiones tampoco marca una diferencia sobre los resultados, sin embargo de los 13 a los 18 años, si (Fonagy y Target, 2003).

Estos autores plantean la interesante distinción entre tener como objetivo terapéutico el **producir cambios en los procesos psíquicos** del niño y tener como objetivo **producir cambios en las representaciones mentales**. El primer objetivo se requiere en trastornos psicopatológicos graves como psicosis, espectro autista, trastornos límites de la infancia. El segundo objetivo se requiere en los trastornos psicopatológicos de la serie neurótica, reactivos o en las variaciones de la normalidad.

Esta revisión de la eficiencia del trabajo psicoterapéutico psicoanalítico y los enfoques terapéuticos posteriores, dirigidos a producir cambios en *las representaciones mentales* y en *los procesos psíquicos*, se apoyaron en los grandes progresos de las investigaciones sobre el desarrollo psicosocial del bebé de los años 80, cuyos ejes principales son, *el estilo de apego, la función reflexiva del cuidador, las interacciones, el desarrollo del si mismo y la intersubjetividad*.

El estilo de apego: El sistema de apego aparece desde el nacimiento, regula la relación y proximidad del cuidador principal para proteger la sobrevivencia. A lo largo del desarrollo se transforma desde un sistema comportamental hacia un sistema de representaciones mentales que de forma estable guían las relaciones con las personas significativas. Estas representaciones se refieren a uno mismo como merecedor de cuidados y de ayuda, del otro como capaz de cuidar y ayudar y de la relación posible entre los dos. Estas representaciones son los llamado Modelos Operativos Internos (MOI, Bowlby, 1969), y se han hallado 4 tipos de MOI:

- El MOI *seguro*: el individuo frente a un conflicto que le activa el sistema de apego capta la situación de conflicto, siente la necesidad de pedir ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como alguien que merece ser ayudado y se representa la relación entre los dos en la confianza de que el otro lo ayudará si lo necesita, en una relación que será eficaz, que ayudará a mejorar el problema y le confortará.
- El MOI *inseguro preocupado*: el individuo siente la necesidad de ayuda, capta la situación de peligro y pide ayuda al otro significativo, pero se representa a sí mismo como alguien que no merece ser ayudado, que el otro no le ayudará si lo necesita y esto pasará en una relación de emociones negativas de ira y recriminaciones hacia el otro porque no tiene interés por ayudarlo. La ayuda del otro no será eficaz, el problema no se resolverá y él no se sentirá confortado. Este individuo preocupado en relación al apego desarrollará una estrategia secundaria de reclamar mucha ayuda pero no podrá construir el sentimiento de seguridad. Vemos que en este MOI las emociones se expresan libremente y entran en la relación, sobre todo las negativas.
- El MOI *inseguro evitativo*: el individuo no siente la necesidad de ayuda por parte del otro significativo, capta de alguna manera la situación de conflicto pero no pide ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como no merecedor de ayuda, en una relación en la que él minimiza su propia necesidad y exculpa al otro que no le ayuda. Se idealiza al otro y el sujeto se siente más capaz de lo que en realidad es de protegerse por sí mismo. Integra como algo normal el rechazo del otro significativo, lo valora positivamente y no puede conectar con la representación de “niño necesitado de ayuda”, por lo que el problema no se resolverá. El sujeto lo negará como problema, no se sentirá confortado pero pensará que le es indiferente, ya que a él no le hace falta, al no tener necesidad de nadie. Vemos que en este MOI la expresión de las emociones está restringida, tanto las positivas como las negativas. Este individuo evitativo respecto al apego ha desarrollado una estrategia secundaria para mantener al cuidador principal cerca de él, no reclamando ayuda y construyendo una representación de sí mismo con orgullo de ser capaz de protegerse sólo, sin poder conectar con sus sentimientos de malestar ni con su “parte infantil”.
- MOI *desorganizado*: Descrito en los niños y relacionado con estados mentales de duelos y traumas (maltrato, abuso) no resueltos en los cuidadores principales. El niño ve el conflicto, pero todo el encuadre experiencial se vuelve caótico. El otro significativo es representado como incapaz de ayudar en el problema, el adulto se infantiliza, el niño se representa en actitudes de adulto, protegiendo a los cuidadores principales. La relación se representa como caótica, bizarra y destructiva, los

encuentros relacionales conllevan violencia, destrucción de ambos partenaires, y el encuadre externo no animado (mobiliario, decoración, etc.) se destruye con la violencia de la relación y cobra cierto animismo bizarro. Este MOI está muy asociado a la psicopatología.

Los estudios han mostrado que los Modelos Operativos Internos de apego de los padres están relacionados con la capacidad de leer los signos del bebé, de expresar y comprender las emociones, de regulación emocional, de introspección, y de vivir conflictos en las relaciones sin romperlas.

La transmisión de los MOI está en parte relacionada con el estilo de apego de los padres. Hay una alta correlación entre los estilos de los padres y de los hijos, sobre todo en seguridad y en duelos y traumas no resueltos en los padres y desorganización del apego en los hijos (Fonagy, Steele Steele, 1991). Sin embargo los desajustes psicopatológicos francos únicamente se han hallado en las representaciones de apego de los cuidadores principales, que presentan duelos y traumas no resueltos en relación a las propias figuras de apego. Este estado mental respecto al apego está relacionado con el apego desorganizado en el niño pequeño (Main y Hesse, 1990; Lyons-Ruth, 2007).

La Función Reflexiva (FR): Fonagy, Target, Steele y Steele, (1998) al igual que Steele y Steele (2008) han presentado una descripción operativa de una función mental, la FR, que organiza la comprensión de la experiencia intrasubjetiva e intersubjetiva. En líneas generales, la definen como la capacidad de tener conciencia sobre los estados mentales de uno mismo y de los otros, de considerar la influencia mutua entre los estados mentales y los comportamientos, de considerar también la perspectiva del desarrollo para entender los cambios en los estados mentales y la necesidad de tener en cuenta el curso del contexto coloquial en el que tiene lugar la relación. Estos autores (Fonagy, Target, Steele y Steele, M. (1998) crearon un instrumento, al que llamaron Escala de Función Reflexiva que servía para evaluar este aspecto en los narrativos de apego obtenidos en la Adult Attachment Interview (George, Kaplan y Main, 1985).

La escala de FR es una escala cualitativa que ofrece una guía para analizar los signos de función reflexiva que aparecen en un narrativo sobre las relaciones biográficas de apego, recolectado generalmente por la AAI. Se puede evaluar todo el narrativo de la AAI desde la perspectiva de la FR, sin embargo, hay algunas preguntas que requieren al individuo mostrar su capacidad de FR.

Estas preguntas son:

- *¿Por qué cree Ud. que sus padres se relacionaron y se comportaron con Ud. del modo que lo hicieron durante la infancia de Ud.?*
- *¿Cómo cree Ud. que sus experiencias infantiles han influenciado su personalidad adulta?, ¿Algo de lo que ha vivido durante su infancia según me ha contado Ud. cree que ha sido un freno para su desarrollo?*
- *¿Se sintió alguna vez rechazado por sus padres durante su infancia?*

- *En relación a la pérdida de este ser querido/de este abuso/de este trauma, ¿cómo se sintió en el momento que ocurrió? y ¿cómo han cambiado sus sentimientos respecto a esta experiencia a lo largo de los años?*
- *¿Ha habido cambios en la relación con sus padres desde que Ud. era pequeño hasta ahora?*

Las respuestas nos mostrarán si la persona puede evocar su estado mental en la infancia y en la actualidad y si puede evocar el estado de la mente de sus padres en su infancia y en la actualidad. También nos mostrarán si el individuo entiende que el paso del tiempo y el desarrollo de las diferentes etapas de la vida permiten cambios de punto de vista. En suma, podremos analizar su narrativo desde la perspectiva de la FR (Ibáñez, 2013).

Esta escala está distribuida en varias categorías de capacidad reflexiva, que va de los niveles más bajos de capacidad reflexiva en los que se hallan las dificultades extremas para poder reflexionar sobre la experiencia interpersonal, la llamada *FR Negativa*, a los más altos, la categoría llamada *FR Marcada y Excepcional*. La Categoría *FR Negativa* es frecuente en los trastornos graves de la parentalidad. Reciben esta puntuación las personas que se resisten sistemáticamente a reflexionar sobre su relato respecto a la relación con las figuras significativas, de una forma hostil hacia el tema y hacia el examinador, el sujeto muestra muchas dificultades para entrar en este tipo de actividad mental.

En los niveles más altos encontrados se hallan capacidades de moderadas a altas y sofisticadas, llamadas *FR Marcada y Excepcional*, donde la persona presenta una capacidad sofisticada de captar los estados mentales en sí mismo y los otros, así como de integrar las diversas dimensiones de la FR, tales como:

- A. *El conocimiento de los estados mentales propios y ajenos*
- B. *Esfuerzo explícito para entender los estados mentales que marcan las conductas*
- C. *Tener en cuenta aspectos del desarrollo en los estados mentales: considerar la perspectiva intergeneracional y establecer conexiones a través de las generaciones*
- D. *Considerar la perspectiva del desarrollo: algunos sujetos son conscientes de los cambios, debidos al desarrollo, en ciertos estados mentales, pueden revisar pensamientos y sentimientos sobre la infancia*
- E. *Tener en cuenta los estados mentales en relación con el entrevistador*

En medio de la gama se hallan los valores ausentes, bajos u ordinarios de reflexividad. La llamada *FR Ausente* se codifica cuando el sujeto no menciona en su discurso los estados mentales a pesar de tener claras ocasiones para hacerlo.

En la *FR Cuestionable o baja* el sujeto puede usar un lenguaje que se refiere a los estados mentales, pero falta material explicativo que confirme el hecho de que el sujeto comprende realmente las implicaciones de lo que dice en la comprensión de la experiencia que narra. En esta categoría también entrarían las reflexiones

pseudo psicológicas que aparecen en los narrativos de los individuos con un M.O.I. inseguro preocupado.

En la *FR Definida u Ordinaria* el sujeto tiene que hacer comentarios que marquen una reflexión explícita sobre los estados mentales propios o de los otros, de forma creativa no estereotipada.

La función reflexiva permite a los cuidadores una interacción, una capacidad de intersubjetividad y de narrativo de la experiencia muy estimulante para el desarrollo del sí mismo verbal y del sí mismo autobiográfico.

Las Interacciones: Stern (1985) recoge en su trabajo sobre “El mundo interpersonal del infante” los descubrimientos sobre las *competencias interactivas* del bebé, estos muestran que están activas desde las primeras horas de vida, y que los adultos presentan unos patrones estables que se ajustan a las capacidades de interacción de los bebés y que se adaptan al momento del desarrollo del niño. Los estudios sobre el sistema interactivo describen la existencia de un protodiálogo en el que el bebé y las figuras de apego responden de manera automática a las señales, gestos y ritmos de su compañero. En este protodiálogo hay una regulación ajustada de la excitación que puede tolerar el bebé (Sroufe, 1996), y aparecen mecanismos de reparación en ambos partenaires de los desajustes inevitables en la interacción (Beebe & Lachmann, 2002). Estos estudios han mostrado que los bebés no tienen un rol pasivo en las interacciones, ya que vienen equipados con la capacidad de responder rítmicamente a los gestos, la intensidad y la forma en que se da este protodiálogo, una capacidad que se desarrolla rápidamente en los primeros meses de edad.

Stern también describe en esta época el desarrollo del sentido del *si mismo* que se ve estimulado por los intercambios interactivos en los cuatro primeros años de vida.

Describe el sentido de un *si mismo emergente*, que se forma desde el nacimiento hasta la edad de dos meses que promueve el sentido de la cohesión física más temprano.

El sentido de un *si mismo nuclear*, que se forma entre las edades de dos y seis meses, en este periodo el bebé gana suficiente experiencia para crear un punto de vista subjetivo, en este periodo describe el núcleo de experiencia “si mismo” con el otro que es esencialmente un otro que regula al niño, y le propone experiencias que le permitirán más adelante la autorregulación.

El sentido de un *si mismo subjetivo*, que se construye entre los siete y quince meses, en esta etapa se consolida el intercambio intersubjetivo, el otro interlocutor en la relación (la madre/ cuidador principal) en sus interacciones con el bebé, para estimular la intersubjetividad, debe ir más allá de las imitaciones verdaderas, que han sido una parte importante de su repertorio social durante los primeros seis meses y desarrollar un formato de “tema-y-variaciones” con desajustes lúdicos que estimularan la lectura intersubjetiva del bebé de las intenciones del otro. La calidad

de los intercambios interactivos en este periodo del desarrollo del si mismo, puede verse perturbada en las situaciones clínicas, por lo que es uno de los objetivos importantes de las intervenciones psicoterapéuticas precoces.

Un sentido de un *si mismo verbal* que aparece a los 24 meses, en este periodo emerge el lenguaje sobre las experiencias de vida propias. Se crea así un nuevo campo de experiencia relacional más abstracto, diferido de la experiencia compartida en el momento. El desarrollo del si mismo verbal permite al niño entre los 3-4 años organizar una narrativa propia que vehiculiza su interpretación de las actividades humanas, las de los otros y las propias, a manera de “trozos de historias”, en esta etapa se construye el *narrativo autobiográfico* que organiza el sentido de la identidad propia y es muy importante para los desarrollo psicológicos posteriores. Sin embargo si el pasado vivido y el pasado narrado son muy discrepantes, o lo actual vivido y lo actual narrado es muy discrepante, el niño puede, mientras construye historias en este periodo, establecer distorsiones de la realidad y crear una distorsión importante en su identidad, el “falso si mismo” que contribuye de forma importante a la perturbación mental en estas edades y posteriores, y foco también de las intervenciones psicoterapéuticas de esta edades.

La Intersubjetividad: A raíz de sus investigaciones, Trevarthen y Aitken (1994) proponen que la *intersubjetividad* emerge en dos fases. Una *fase primaria*, en la cual la relación de intersubjetividad está arraigada en intercambios emocionales y propioceptivos del bebé con sus cuidadores. Una *fase secundaria* que emerge alrededor de los nueve meses de edad. En esta etapa del desarrollo hay un desarrollo considerable de las habilidades cognitivas, sociales y emocionales. A partir de esta edad los bebés empiezan a captar de manera rudimentaria que sus cuidadores tienen intenciones propias, diferentes de las de él mismo. El espacio intersubjetivo empieza a ampliarse de forma importante. Durante el segundo año de edad: (1) los bebés apuntan y señalan hacia objetos de interés; (2) les enseñan activamente a sus cuidadores objetos de interés; (3) empiezan a pedir que sus cuidadores los acompañen para compartir objetos o situaciones que los deleitan; (4) empiezan a gozar de juegos que requieren de una cooperación más intensa con sus cuidadores. (Marrone, Cortina y Diamond, 2006).

Es fácil imaginar que el desarrollo del *si mismo* y de la *intersubjetividad* necesitan un interlocutor en la relación, sensible y empático a este aspecto del funcionamiento del bebé, niño pequeño. En la psicopatología de la primera infancia, ésta es una de las funciones que más se ven afectadas, así que es también uno de los objetivos diana de nuestras intervenciones terapéuticas. Un bebé y niño pequeño que no ha podido ejercitar sus capacidades de intersubjetividad puede ver puestos en riesgo sus procesos de discriminación individual y de construcción del si mismo.

En las décadas del 2000 y del 2010, a raíz de estos descubrimientos sobre el desarrollo psicosocial precoz, se implementan técnicas psicoterapéuticas sobre las relaciones de apego e intersubjetivas que incluyen el trabajo sobre las interacciones

entre el niño y sus cuidadores principales, o entre la pareja parental. Tomar las interacciones como objetivo terapéutico permite abordar sus diferentes dimensiones: la corporal, la emocional y la de los estados mentales. A la vez que trabajar con la intersubjetividad permite también trabajar con la intrasubjetividad y la función reflexiva.

El método psicoanalítico ha sido un instrumento privilegiado para explorar la intrasubjetividad, y ha aportado esquemas comprensivos para dar cuenta del funcionamiento psíquico del individuo en su forma de vivir la experiencia y de pensarla. Ha incluido, como hipótesis principal, el concepto del Inconsciente como impulsador de muchas conductas que escapan a la comprensión y al control del sujeto. Sin embargo ha sido la reformulación moderna sobre la intrasubjetividad y la intersubjetividad, avaladas por las pruebas aportadas por la investigación sobre la psicología del desarrollo psicosocial y emocional, la que ha permitido re-incluir el mundo interno y los estados mentales en el panorama de la práctica clínica basada en la evidencia. Esto ha sido de especial interés para la práctica de la psicoterapia en la primera infancia, permitiendo dar un lugar primordial al desarrollo de los *procesos psíquicos* y de las *representaciones mentales* psico sociales del bebé, lactante y niño pequeño y a la influencia que las relaciones de crianza y la parentalidad tienen sobre dicho desarrollo.

En la Unidad de psicopatología de 0-5 años del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de San Juan de Dios de Barcelona utilizamos estos enfoques para abordar la psicopatología de la primera infancia. Remedando las reflexiones de Fonagy sobre *la intensidad y profundidad* de los tratamientos psicoanalíticos, podemos considerar que, a partir de los conocimientos sobre el desarrollo psicosocial, que incluyen , como hemos dicho, *el sistema de apego, la capacidad de función reflexiva, las interacciones relacionales, el si mismo y la capacidad de intersubjetividad*, la elección de objetivo del trabajo psicoterapéutico, se mueve entre tres campos: a) centrarse en el niño y su funcionamiento mental individual exclusivamente, b) centrarse en los padres y su funcionamiento mental como tales exclusivamente y c) centrarse en la relación entre ambos.

En los *trastornos neuróticos*, reactivos o variaciones de la normalidad podemos trabajar a nivel individual con el niño pequeño a partir de los 3 años de edad dado que el *si mismo verbal* ya está desarrollado y ya dispone de un bagaje representativo propio sobre el que se puede trabajar a través del juego. El objetivo de la intervención terapéutica es ayudarlo a reorganizar sus representaciones mentales sobre si mismo, los otros y su propia experiencia, a la vez que hacer progresar sus fantasías propias de la edad. En este caso trabajamos sobre las representaciones de apego y sobre las fantasías inconscientes censuradas por la incipiente consciencia moral del niño pequeño.

En los *trastornos límites de la infancia*, actualmente incluidos en el espectro autista de baja afectación, en los que el desarrollo del *si mismo* se ve afectado, siendo

difícil la aparición del *si mismo subjetivo, verbal y autobiográfico*, por fallos en la construcción del *si mismo nuclear*, acostumbramos a trabajar tanto con el niño individualmente, como con los padres en tanto padres del paciente y la relación entre ambos a través del sistema de apego, de la función reflexiva y de las interacciones de crianza, dado que influyen en el desarrollo de estas funciones psicológicas. En estas edades tempranas, en las que el cerebro está en pleno desarrollo y cambio, es difícil establecer cuando un trastorno psicopatológico afecta directamente una función psicológica o la disfunción de ésta es el resultado de las limitaciones de uso que conlleva el mismo trastorno psicopatológico. Por ello es importante ofrecer en estas edades tratamientos psicoterapéuticos que estimulen el desarrollo psico-social, rebajen al máximo el estrés en las relaciones de crianza y ofrezcan a los padres medios para ajustarse lo más posible a las capacidades interactivas de su hijo.

Al mismo tiempo existe una graduación de la intensidad del trabajo terapéutico posible que puede realizarse a un nivel conductual, a nivel de los estados mentales subyacentes a las representaciones de apego, de la función reflexiva/mentalización, de las fantasías inconscientes censuradas desveladas a través de la transferencia, y de la reelaboración biográfica de las experiencias pasadas. Este abanico de registros de intervención lo usamos en función de las características del funcionamiento psíquico del paciente que puede variar en los diferentes momentos de la evolución de su trastorno, del tratamiento y de la etapa del desarrollo por la que atraviesa.

Caso de video-intervención

Marina es una niña de 6 años que acude a nuestro Servicio de Psiquiatría desde los 4 años de edad por presentar problemas de regulación emocional, angustia de separación, mucha dependencia de la madre o cualquier cuidador principal. Presenta también un tono emocional apagado que se valora como un componente depresivo del trastorno.

A nivel de competencias del desarrollo no presenta retrasos significativos.

Como acontecimiento de vida estresante, la madre nos explica que cuando Marina tenía 2 años y medio y ella estaba esperando su segundo hijo, éste nació a raíz de un accidente de coche en el que iban Marina y ella misma, el accidente precipitó el parto, no tuvieron lesiones importantes, pero la vivencia traumática del accidente y el parto se unieron de manera que impactó tanto a la madre como a la niña. En el momento de las primeras entrevistas valoramos que este acontecimiento traumático y lo imprevisto del nacimiento habían generado en la madre un sentimiento de preocupación y culpa porque Marina vivió el nacimiento de su hermanito de aquella manera, imaginando que fue una experiencia traumática y difícil de superar para la niña. Apreciamos que había algo de las representaciones de la parentalidad en la madre que se rompieron en aquel momento y que aún no había hecho el duelo de la situación real vivida en relación a la situación esperada.

El padre presentaba un estado mental respecto a su relación como padre con la niña mas normalizada, libre de la vivencia traumática. Sin embargo, también aportaba que Marina presentaba una actitud inhibida y pasiva que le dificultaba la relación con él, aún hoy en día a los 6 años de edad sigue igual la relación.

Diagnosticamos el trastorno como un retraso evolutivo del desarrollo psicológico y emocional de la niña y valoramos que había una interacción de crianza sobreprotectora y ansiosa por parte de la madre que añadía dificultad al desarrollo de los recursos de autonomía psicológica de la niña. Había una funcionalidad del sí mismo subjetivo y verbal disminuida, si bien parecía que la función estaba establecida.

En el inicio del tratamiento trabajamos en consultas terapéuticas que orientaban la crianza, y trabajamos los efectos post-traumáticos de la experiencia del nacimiento de su hermanito, tanto en Marina como en su madre.

Las relaciones madre-padre-hija mejoraron en dos años de trabajo pero la actitud de pasividad y dependencia de Marina perduraba y apreciamos que llegando ya a los 5 años de edad no aparecían las actitudes de competencia y rivalidad con el adulto y los iguales, propias de estas edades. Se mantenía muy sumisa y adaptada al otro cuando entraba en relación afectiva.

Dado que ya tenía más edad y más recursos psicológicos propusimos un trabajo de psicoterapia a través del juego para trabajar sus *representaciones mentales* de sí misma, de sus deseos, de los otros y de la relación entre ella y los otros. Abordamos el juego libre desde las representaciones de vínculo, del deseo y de los límites sociales y de la función reflexiva. La frecuencia de las sesiones era quincenal. Después de un curso escolar valoramos que había un cierto progreso, en la riqueza de sus representaciones mentales y en la iniciativa de juego, pero los problemas de pasividad, de falta de espontaneidad y de sumisión al otro en sus relaciones, la falta de curiosidad en los aprendizajes y el mal rendimiento escolar que aún se mantenían, cuando ya tenía 6 años, nos hicieron replantear de nuevo el encuadre de trabajo psicoterapéutico. Dado que por edad ya la considerábamos más madura, propusimos añadir a la terapia de juego un trabajo sobre la relación de ella con sus padres a través del microanálisis de las interacciones con la técnica de la-video intervención. Pasamos también de un ritmo quincenal a uno semanal, propusimos tres sesiones individuales de juego y una con la madre, y/o el padre, ella, su terapeuta individual y una terapeuta especialista en video-intervención.

Transcribimos una sesión de video-intervención que nos parece que ilustra el trabajo realizado.

Sesión de vídeo: La madre graba un momento de relación cotidiana, cuando Marina y su hermano de 4 años ponen la mesa para cenar, guiados por su madre.

Escena: La madre le dice siempre a Marina lo que tiene que hacer y ella lo hace sin llevarle la contraria al inicio de la actividad y no muestra ninguna iniciativa personal. Desde el análisis de las interacciones hay *conexión*, la madre le dice lo que

tiene que hacer y ella lo hace. Hay *colaboración*, pero está desequilibrada a favor de la madre, ésta lleva toda la iniciativa y Marina la sigue sumisamente. Hay *discurso apreciativo*, la madre le valora a Marina lo que hace. En la *organización del tiempo* hay un buen ritmo, la madre espera que la niña haya hecho una cosa antes de pedirle que haga otra. En la *organización del espacio* la posición corporal para comunicar entre la madre y la niña es poco clara. La madre va diciendo las cosas que tiene que hacer Marina sin que se dirija cara a cara a la niña y sus palabras flotan en la atmosfera. Marina va cumpliendo lo que su madre dice, la niña no se para al lado de su madre para recibir la nueva orden. Tampoco se dirige verbalmente a ella, comentando algo o pidiendo aclaraciones. Sin embargo la madre se dirige a los dos hijos separadamente, discriminando claramente las tareas que da a cada uno. En este estilo de relación pasan unos minutos, hasta que Marina salta contenta después de haber puesto la jarra de agua en la mesa y toma la iniciativa de llevar las servilletas sin que la madre se lo diga, en el video se aprecia que ella se ha involucrado en la tarea y se ha olvidado algo de la madre, para tomar su propia iniciativa. Se vuelve activa en la relación sin decir nada a la madre. La madre no se da cuenta de la iniciativa de Marina y sigue diciéndole lo que tiene que hacer. Marina sin quejarse ni enfadarse, deja de coger las servilletas, según era su iniciativa, y hace lo que le dice su madre (que coja los cubiertos de servir). Marina va al cajón donde hay los cubiertos y empieza a buscarlos, pero de una manera desorganizada, haciendo mucho ruido y como si no los encontrara, sigue revolviendo ruidosamente el cajón, su hermanito se suma al follón, jugando. La madre se enfada porque no hacen lo que ella dice y regaña a Marina.

Esta es la secuencia que analizamos con Marina y su madre.

Comentamos lo que estamos viendo y les pedimos que nos digan como recuerdan o como creen que se sienten cuando ven las escenas en el video. Marina hace comentarios diciendo que se siente bien, que todo está bien, le comentamos que ella hace todo el rato lo que dice su madre, que no da sus ideas, comenta que esto le gusta, que su madre le diga lo que tiene que hacer, lo valoramos como un discurso adaptativo, para quedar bien delante del adulto, no auténtico. En este punto de la sesión, Marina aporta un comentario propio, espontáneo, cuando ve en la grabación que salta contenta, con placer, por haber llevado el agua en la mesa (es una tarea de mayor), dice: “Mira aquí salto”. Nosotros comentamos, “si parece que estas contenta porque has llevado el agua a la mesa como los mayores”... “y fíjate, ahora que estas contenta tienes una buena idea tú sola, y quieres poner las servilletas”, Marina asiente,... “pero tu madre no se da cuenta y te dice que cojas los cubiertos de servir” ... “pero tu tampoco le dices que habías pensado coger las servilletas”... “aquí no le dejas ver a tu madre que has tenido una buena idea”.... La madre sigue la secuencia de la relación que analizamos en el video y se sorprende de ver que Marina cuando es activa lo disimula delante de ella. Ella reconoce que como Marina es siempre tan pasiva, ella ha cogido la costumbre de guiarla en todo lo que hace,

casi sin darse cuenta. Comentamos que es Marina la que no le enseña a la madre que ella tiene ideas, que nosotros no sabemos porque no lo enseña, y que seguramente ella tampoco lo sabe ahora, que esto lo iremos descubriendo aquí y ella con su terapeuta.

El segundo punto que señalamos es el “enfado de Marina cuando su madre le pide que haga algo diferente de lo que ella quería hacer”, le mostramos que “remover torpemente y ruidosamente el cajón de los cubiertos como si no encontrara los cubiertos” puede ser una manera de “sacar su enfado y fastidiar a su madre” (Marina es una niña que nunca lleva la contraria, que evita la confrontación con el otro y no reconoce nunca que está enfadada, presenta una inhibición importante de la agresividad normal). Marina nos mira con atención, no reconoce lo que le decimos, lo niega abiertamente mientras que su madre lo reconoce tranquilamente, sin culpabilizarla. Entre todos vemos que es ella la que no se atreve a enseñar a su madre que se enfada o que siente rabia. Podemos apreciar que la madre recibe bien este aspecto emocional de Marina y puede empatizar con ella, una vez se da cuenta de que lo experimenta como cualquier niña normal de su edad, no hay una negación fuerte del tema agresivo, por ello le recomendamos que esté atenta a las tenues manifestaciones de enfado de Marina en su relación del día a día y le reconozca el enfado y la sostenga emocionalmente en estos momentos para que ella se sienta más tranquila en este momento de la relación entre ellas. En suma ayudamos a la madre a aumentar su sensibilidad hacia la señal de las emociones agresivas de Marina, reconociéndolas y comprendiéndolas, para que la contenga en una relación segura de vínculo, en la medida de sus posibilidades. Aprovechamos la sesión para hablar de los enfados entre padres e hijos, de que los padres lo entienden, pero a veces los niños como ella temen que si no son “buenos niños” no los querrán sus padres. Intentamos permeabilizar y compartir con un narrativo posible las representaciones de la relación agresiva entre padres e hijos y la suya propia. De hecho retomamos en la sesión aspectos de la relación madre hija que por razones varias no han podido vivir de forma abierta y consciente. Marina marcha de la sesión, en la que ha estado atenta e interesada, más activa motrizmente, con un aspecto más tónico, salta, ríe, parece que se siente menos asustada en la relación con los terapeutas, a los que transfiere su estilo “obediente” a conflictivo que vive con su madre.

Aportamos este fragmento de trabajo terapéutico sobre las interacciones para mostrar que después de un año de psicoterapia a través del juego, en la que Marina no representaba nunca temas que sugerían relaciones de confrontación, agresivas o conflictivas entre los personajes, y se mostraba muy bloqueada en su imaginación, la sesión de video intervención permite movilizar estos aspectos desde su propia experiencia y la de su madre (la que observamos juntos en el video) y retomarlos en la relación. También nos permite, como terapeutas, ampliar las hipótesis explicativas sobre el bloqueo de Marina en la sesión individual, pensamos que podría deberse a una transferencia masiva sobre la terapeuta del estilo de relación

sumisa y a conflictiva establecida con su madre; podría deberse a que ella funciona con un súper yo arcaico que le dificulta sentirse libre con sus sentimientos agresivos normales, o porque una fuerte angustia de separación le provoca temor a la pérdida del adulto referente si se enfada con él. Todas estas hipótesis son explicaciones posibles a su bloqueo pero no es posible comentarlas con Marina o su madre en este momento del tratamiento, dado el gran bloqueo y la defensa a través de la pseudo-sumisión de la niña. Marina está lejos aún de poder trabajar estas representaciones mentales sobre su forma de relacionarse con los adultos referentes.

Podemos decir que trabajar con sus *representaciones mentales* sobre la agresividad y la agresividad en las relaciones a través del juego no ha sido posible por su bloqueo frente a este aspecto psicológico de ella misma y del otro. En cambio a través de las sesiones de vídeo intervención sobre su relación con su madre y su padre hemos podido descubrir con ella, la madre y su terapeuta individual, en el ejemplo descrito más arriba, un momento en el que ella se siente contenta porque ha tenido una iniciativa y ver como se enfada porque su madre no se lo ha reconocido, no porque su madre no quiera que ella tenga iniciativas, sino porque ella vive esta parte de su experiencia a escondidas de su madre. En una sesión anterior de vídeo intervención en la que hacía deberes con su padre, ya trabajamos con ella que “con su boca decía que quería hacer deberes pero que con su cuerpo decía que no” (con una postura pasiva y des involucrada respecto a la tarea escolar), empezamos a trabajar su “desacuerdo” con sus padres y como lo mostraba muy tímidamente.

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

La vídeo-intervención aporta un encuadre que permite la observación de la relación y la detección, por parte del terapeuta entrenado, de los puntos importantes para trabajar junto con el paciente, permite captar aspectos no verbales de la relación que pueden ser comprendidos en la relación terapéutica. En este punto entra en juego el trabajo de la intersubjetividad, el terapeuta explora las interacciones como lo haría un cuidador con un bebé en el estadio no verbal, lo que correspondería a una relación de *intersubjetividad primaria*, nombrando estados de ánimo y emociones. En un segundo tiempo puede formular la experiencia, que comparten paciente y terapeuta viendo la escena del vídeo, a un nivel de *intersubjetividad secundaria* cuando describe una unidad interactiva en todas sus dimensiones intersubjetivas que ligan la conducta observada con un estado emocional y un pensamiento sobre sí mismo y sobre el otro con el que está en relación. Por ejemplo, en la escena comentada más arriba la terapeuta le comenta a Marina “que quizás ella se enfada

porque su madre le dice que haga algo diferente de lo que ella quería hacer” o le dice que “quizás cuando ella remueve de mala manera el cajón, como si no encontrara los cubiertos de servir, está sacando su enfado y a la vez fastidiando a su madre porque está enfadada con ella, mientras su madre cree que ella no sabe hacerlo”. Estos comentarios van dirigidos a ayudar al sujeto a captar su estado mental propio que puede ser diferente del estado mental del otro partenaire en la relación, “yo estoy enfadada, mamá está preocupada, mandándome algo, para que lo haga bien”.

A través de la vídeo-intervención, en el caso de Marina, abordamos sus *procesos psíquicos*, trabajamos su intersubjetividad y una defensa en “falso si mismo” que la niña presenta. Esta defensa puede comprometer el desarrollo de su personalidad y en el momento actual está retrasando el desarrollo de su capacidad de discriminarse del cuidador principal y de poder abordar relaciones triangulares.

Esperamos que a través de este trabajo, hayamos podido aportar buenas razones, avaladas por investigaciones, para animar a los profesionales, que trabajan en el campo de la psicoterapia infantil, a tomar de nuevo en consideración, como objeto de trabajo, el mundo interno de los niños y de sus padres, a través de sus representaciones mentales y sus procesos psíquicos.

Este artículo centra la reflexión sobre una práctica de la psicoterapia en la infancia que permite trabajar con el mundo interno de los niños y producir cambios. Estos cambios pueden producirse tanto en los procesos psíquicos del niño como en las representaciones mentales, dependiendo de la gravedad del trastorno psicopatológico que tratamos. Ésta práctica integra los conocimientos que aportan las investigaciones actuales sobre las interacciones precoces, el apego, el desarrollo del si mismo, la intersubjetividad y la función reflexiva. Se detallan los aspectos relevantes de estas funciones psicológicas, así mismo se describe someramente la escala de Función Reflexiva. Se muestra un caso clínico y la técnica de vídeo-intervención.

Palabras clave: psicoanálisis; apego; representaciones mentales; función reflexiva; infancia

Referencias bibliográficas

- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891 – 905.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., and Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual, version 5.2, for application to Adult Attachment Interviews*, unpublished document, University College London and New School for Social Research.
- Fonagy, P. y Target, M. (2003). Une perspective développementale de la psychoterapie et de la psychanalyse de l'enfant. En C. Geissman & D. Houzel, *Psychotherapies de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 111-138). Paris: Bayard Editions.

- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview (2nd ed.)*, Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Ibáñez, M. (2013). El Estudio del Apego y de la Función Reflexiva: Instrumentos para el Diagnóstico y la Intervención Terapéutica en Salud Mental. *Revista Temas de Psicoanálisis*, nº 5, www.temasdepsicoanalisis.org
- Lyons-Ruth, K. (2007). The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 2, 105-114.
- Main M. y Hesse E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161–184). Chicago: University of Chicago Press.
- Marrone, M., Cortina, M. y Diamond, N. (2006). Apego e intersubjetividad. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 24, online.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. En F. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical*