

La psicoterapia breve padres-hijo: ¿una técnica diferenciada?

Jorge L. Tizón

RESUMEN

Este trabajo intenta realizar una actualización de la técnica psicoterapéutica que, desde hace más de diez años, vengo llamando “Observación terapéutica del niño junto con su madre”. Reviso igualmente, de forma somera, los fundamentos e indicaciones de tal técnica de ayuda psicológica, enfocada básicamente a intentar favorecer la recuperación de las funciones emocionales de la familia: contención, *revèrie*, esperanza, confianza, amor, capacidad de pensar... Acerca de éstas, propongo un esquema actualizado para entender su desarrollo en la primera infancia. El trabajo intenta delimitar las indicaciones y condiciones de aplicación de tal técnica psicoterapéutica. El conjunto se ilustra con un caso clínico. PALABRAS CLAVE: Observación psicoanalítica, observación de bebés, psicoterapia en la infancia, psicoterapias madre-bebé, psicoterapias padres-hijo, atención primaria a la salud mental, contención, *revèrie*.

ABSTRACT

This work intends to update the psychotherapeutic technique since more than years ago is called “Therapeutic observation of child with it’s mother”. At the same time I’m revising the superficial form, the foundations and indications of this technique of psychological help, focused basically to try to favors the recuperation of emotional functions of the family: contentions, reverie, hope, confidentially, love, capacity to think,... About this, I propose an actualize diagram to know the evolution in the first infancy. The work try to define the indications and conditions of the application of the therapeutic technique. The group is explained by a clinic case. KEY WORDS: psychoanalytic observation, observation of babies, psychotherapy in the infancy, psychotherapy mother-baby, psychotherapy father-son, primary attention in the mental health, contention, reverie.

Introducción

En este artículo me propongo presentar las modificaciones técnicas, teóricas y de encuadre con las que hoy trabajo y tendemos a trabajar las “psicoterapias madre-bebé” en los dos Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil y en la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia englobados dentro de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí (Institut Català de la Salut en Barcelona), así como en otros equipos que trabajan en conexión con nosotros. En un trabajo anterior (1991) llamé a esta técnica “observación terapéutica del niño junto con su madre”, porque pienso que es una de las influencias de la observación psicoanalítica de bebés a la práctica de la psicología y psiquiatría clínicas de la infancia y, en particular, a la *atención primaria a salud mental de la infancia* (Tizón 1999, 2000, 2001).

La *Baby’s Observation*, *Observación de bebés*, *Observación sistemática de bebés* u *Observación psicoanalítica de bebés y niños pequeños*, fue propuesta por Esther Bick (Esthera Lifszá Wander) en 1964 para el conocimiento del niño y sus relaciones en su medio habitual o “natural” por parte de psicoanalistas y candidatos a serlo. Como es sabido, existen otros métodos de estudio y conocimiento del niño a partir de la observación—cfr. por ejemplo Rustin, 1989; Anguera 1990-- e incluso, en general, otros sistemas de observación. Sin embargo, la técnica de la

Psiquiatra, psicólogo. Psicoanalista. Sociedad Española de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Internacional. Unitat de Salut Mental de Sant Martí de l’Institut Català de la Salut, Barcelona
Correspondencia: Lauria, 130, 1º 3ª - 08037 Barcelona (España)

que hablo ha sido adoptada como una de las herramientas de formación de psicoanalistas en numerosas sociedades de psicoanálisis. Muy tempranamente, por la británica y la española. Entre nosotros, sus introductores fueron los psicoanalistas de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP) Nùria Abelló (1) y Manuel Pérez-Sánchez, discípulos directos de Esther Bick. Ambos docentes poseen hoy una ya amplia y reconocida bibliografía sobre el tema, en la que se comunica, describe y ejemplifica la técnica (Abelló y Pérez-Sánchez, 1981; Pérez-Sánchez, 1981, 1986).

Como recordaba en el trabajo anterior (Tizón 1991), siguiendo a dichos autores, a la propia Esther Bick (1964, 1968), o a otros autores e investigadores (como Meltzer, 1975; Miller et al., 1989; Sandri, 1994, etc), la técnica psicoanalítica de la observación de bebés consiste, en esencia, en una hora semanal de “observación de campo” de un niño o bebé y de las relaciones de éste con su entorno habitual durante los dos primeros años de la vida. Las emociones y ansiedades desveladas o producidas en esa hora de observación, ansiedades que el observador no puede actuar para no perder el propio encuadre de la técnica, son elaboradas en un seminario, también semanal, en el cual dicho observador lee su protocolo de observación: una transcripción escrita de la hora de observación, realizada lo más cerca posible de aquélla. Lo hace ante el “seminario de observación”: un grupo poco numeroso de participantes (de cuatro a ocho) formado por otros observadores y por el director/a del seminario, que ha de ser un/a especialista en esta técnica específica. El objetivo manifiesto de este grupo es la discusión de lo observado y la profundización de las observaciones desde la perspectiva psicoanalítica. Como le gustaba repetir a N. Abelló, en realidad la observación psicoanalítica se hace en el seminario, mientras que la primera parte, la “observación de campo”, ha de considerarse fundamentalmente como una recogida de datos. Un objetivo menos manifiesto del seminario, pero igualmente importante, consiste en la elaboración de la ansiedad y otras emociones producidas durante la observación, al tiempo que los participantes discuten y profundizan en el material ayudados por el director del seminario, normalmente un psicoanalista que, como decía, ha de estar especializado en esta técnica pues, de lo contrario, las deformaciones tanto teóricas como en la propia técnica tornan poco útil el enorme esfuerzo que, para profesionales en activo, llenos de compromisos clínicos y docentes, suele suponer el participar en un seminario de estas características.

La técnica de la Observación psicoanalítica de bebés (OPB) fue ya apuntada por Sigmund Freud con sus observaciones en *Pegan a un niño* (1905) y *Asociación de ideas en una niña de cuatro años* (1920). M. Klein, desde su particular y creativa orientación teórica y técnica, insistió en las virtudes docentes de la observación de niños en sus trabajos de 1952. Esas ventajas docentes fueron también remarcadas y aplicadas por E. Bick (1964, 1986) y, como decía, por todo un amplio movimiento de psicoanalistas, psicoterapeutas, especialistas en atención precoz y salud mental en general que, en todo el mundo, practican y difunden tanto la técnica como sus aplicaciones.

La OPB se utiliza en la actualidad en ámbitos mucho más amplios que los de la enseñanza de psicoanalistas clínicos (cfr. diferentes revisiones en, Miller y cols., 1989; Sandri, 1994; Lacroix y Montmayrant 1995; Haag, 2002). Se utiliza, por ejemplo, en labores psicopedagógicas, en la docencia de psicoterapeutas, como forma de sensibilización del personal de instituciones de infancia, en la sensibilización sobre los conflictos psicológicos para el personal de equipos públicos de pediatría, para la prevención del autismo (Houzel, 1994), para la prevención en familias, bebés y niños de gran riesgo social (Tizón 2001, 2002), para la contención emocional de díadas en riesgo extremo, etc. Cada libro publicado con los trabajos de los congresos internacionales de observación de bebés suele presentar un compendio de tales aplicaciones y progresos (2). A mi entender, tales aplicaciones, en ocasiones realizadas con cierta precipitación y sin que lleguen a cumplirse el mínimo de cauciones y requerimientos impuestos por la propia técnica, no son sino un desarrollo más amplio del principal objetivo con el que fue concebida: la formación de psicoanalistas. A menudo, psicoanalistas que trabajan con la infancia en diversos países y continentes, así como numerosos especialistas en salud (mental) de la infancia, opinan que es uno de las mejores sistemas de formación sobre el desarrollo y las relaciones del bebé porque:

1. Facilita la aprehensión de las primeras relaciones y su génesis, tan importantes desde el punto de vista psicoanalítico. Se piensa que es una buena forma de llegar a comprender a nivel experiencial (cognitiva y emocionalmente) muchas pautas de relación supuestamente “adultas” o, como poco, el trasfondo de las mismas.
2. Porque es una buena situación para aprender a observar. En realidad, a los técnicos de muchas profesiones asistenciales, aún hoy nadie nos enseña a observar. Y, sin embargo, la capacidad -y el entrenamiento- para observar es la base de la comprensión asistencial y de las capacidades asistenciales (Anguera, 1990). En particular, profesiones como medicina y enfermería son adiestradas a menudo en la dirección o actitud inversa: hacia el activismo, terapéutico o no (Balint, 1968; Tizón, 1988).

Y ¿dónde aprender a observar mejor que en una situación de tanta relevancia humana -es decir, biopsicosocial- y en la cual ello es especialmente difícil? En general, hay que recordar que, tanto en la vida cotidiana como en el cultivo de la ciencia y la tecnología, son las ansiedades propias las que nos impiden observar “objetivamente” y con empatía; es decir, con la menor dosis posible de identificación proyectiva masiva, anticomunicativa. Y ¿dónde podríamos observar casi directamente las ansiedades (y defensas) más tempranas y difíciles de elaborar mejor que en los momentos en los cuales aparecen más frecuente y directamente, es decir, en las relaciones del neonato con sus padres o sustitutos? Estamos preparados, incluso genéticamente, para intervenir ante el bebé que expresa necesidad (Eibesfeldt, 1970), lo cual significa que para poder observar esas situaciones sin actuar, hemos de realizar un esfuerzo suplementario de auto-observación y contención...

Por todo ello, si los padres o sustitutos atienden -al menos mínimamente- al bebé, lo contienen, y si el observador es contenido a su vez en un seminario semanal, la *Observación psicoanalítica de bebés y niños pequeños* puede resultar un buen sistema no sólo para aprender (sobre las relaciones tempranas) sino para *aprender a observar*.

Conforme tuvimos experiencia en la técnica, enseguida comenzamos a percibir sus “beneficios colaterales” de tipo asistencial. Casi de forma simultánea, aunque a menudo sin intercomunicarnos, diversos clínicos e investigadores de tales técnicas comenzamos a valorar esos efectos secundarios benéficos y, en consecuencia, a pensar y desarrollar aplicaciones. Que yo sepa, eso sucedió a finales de 1980 al menos en Francia (Houzel y el grupo de Caen), Londres (el grupo de la Clínica Tavistock), Italia, Bélgica, Argentina y Brasil, Barcelona, entre otros lugares. El punto de partida para esa perspectiva asistencial de la observación de bebés fue la comprobación de que, frecuentemente, una observación bien realizada resulta sumamente contenedora para lo observado: el sistema familia-bebé o madre-hijo. Todo lo contrario de los temores iniciales de muchos de los observadores de esta relación.

Como recordaba en el trabajo antes citado, con la experiencia reiterada de este resultado “colateral” se configuraría un panorama más amplio de las utilidades de tal tipo de experiencia formativa. Adecuadamente realizada, poseería ventajas o resultados al menos en las cuatro vertientes diferenciadas en la Tabla 1:

Vertiente teórica o psicológica. ¿Cómo se gestan las primeras relaciones humanas? ¿Cuáles son las ansiedades y defensas que predominan en ellas? ¿Cómo se desarrollan y estructuran en función de las diversas pautas de relación padres-hijos?

Vertientes gnoseológica y metodológica. El observador de la OPB aprende a observar en una situación bien difícil, lo que ayuda a valorar la observación como método de conocimiento (Anguera, 1990; Bion, 1962 -1970). Especialmente, si se tiene en cuenta que la “observación real” se realiza en el seminario, un método de “objetivación” basado en la “discusión sujeta a reglas” -el encuadre del seminario y la propia observación- y, por tanto, en el carácter polémico del conocimiento científico y tecnológico (Tizón, 2002).

Vertiente asistencial: Tal actividad formativa del personal produce diagnósticos de la relación padres-niño o niño-institución. También, si la observación está bien realizada, favorece la contención del grupo humano observado y proporciona bases, no sólo teóricas, sino sobre todo experienciales, para mejorar la capacidad de empatía del terapeuta en formación.

Vertiente personal. Los observadores que participan durante más tiempo o con mayor intensidad en observaciones de bebés y niños, a menudo comunican el impacto personal y formativo, sumamente “mutativo”, que tal experiencia posee.

Cualquiera que haya podido participar con una cierta profundidad y durante un tiempo suficiente en un seminario de OP, posee la experiencia de que si la actitud de “observador de campo” benevolente—pero tan sólo observador—se mantiene con la suficiente finura, la relación de los padres con el niño observado y, en general, las relaciones e interacciones en la familia observada evolucionan hacia una mayor integración de la diversidad y la contención, es decir, hacia una mayor salud (mental). Habitualmente, en las etapas previas al comienzo de la observación, el candidato a psicoanalista o, en general, el discente, se encuentra sumamente preocupado por fantasías y temores de tipo persecutorio. A menudo vive su aproximación a la familia como una intrusión que ésta no tolerará o que le granjeará situaciones difíciles y ansiedades persecutorias crecientes. La realidad, una y otra vez experimentada, es que si la actitud técnica y humana del observador se mantiene con suficiente sensibilidad -combinando de forma adecuada la firmeza de su encuadre y la flexibilidad emocional ante situaciones sumamente afectantes, como son las que rodean el desarrollo del infante en los primeros meses de vida- tales temores y expectativas persecutorias casi nunca suelen confirmarse

Si el observador sabe mantener la actitud de observador benevolente, de forma consciente o inconsciente la madre suele valorar y agradecer su presencia y la tolerancia implícita que ofrece a sus dudas e insuficiencias como madre. Incluso el resto de la familia acaba valorando -y tal vez queriendo- a esa persona que cumple su compromiso voluntario. Con palabras de la madre de una niña observada desde el nacimiento: “Hasta parece que ayude... aunque no haga nada”. La difícil readaptación global de la familia ante el nacimiento -tanto a nivel estructural como de cada uno de sus miembros-; las sucesivas y entremezcladas pérdidas y recuperaciones de identidades antiguas y nuevas, juegan aquí un papel importante. De esa forma, todo observador que ha participado en un seminario y en una o varias observaciones adecuadamente conducidas, obtiene la experiencia de las amplias capacidades “terapéuticas”, maduradoras o contenedoras de dicha técnica.

El “factor terapéutico” de tales “cambios hacia la mejoría” -entendida al menos como integración- no resulta fácil de elucidar y, en todo caso, excede de las posibilidades de este breve trabajo de presentación. Indudablemente, lo que Meltzer (1989) ha llamado “función emocional de contención” juega en ello un importante papel. Es fácil llegar a esa conclusión si tenemos en cuenta las observaciones y estudios de Bion (1963, 1970) y el propio Meltzer (1975, 1984) que muestran la importancia de la contención familiar, apoyada en la capacidad materna de *revèrie* o en la *preocupación maternal primaria* (Winnicott 1964, 1975). En último extremo, la constitución del yo y el *self* del niño pequeño están directamente apoyadas en la contención que la madre realiza de sus aferencias y eferencias -gracias a su propia capacidad de *revèrie*-, de la calma y la felicidad que proporciona en los momentos en los cuales el bebé necesita más de esa prolongación de un *sí-mismo* casi inexistente para poder aliviar sensaciones y vivencias aún inclasificables, no integrables en el conjunto de su vida, su experiencia y su incipiente estructura mental. —Y aquí, nuevamente, habríamos de resaltar que estamos hablando de la contención en un sentido estricto, fundamentalmente emocional, tal como la describen Bion y Meltzer y según he intentado sistematizar en algún otro trabajo (1988, 1991, 2002).

Por otra parte, no hay que olvidar que hasta hoy, a menudo, la respuesta típica de los psicoterapeutas ante un niño con problemas psicológicos o psicosociales consiste en “indicar una psicoterapia”, tanto en la práctica pública como privada. Pero este enfoque simplista de la atención a la salud mental de la infancia choca contra varias realidades, a menudo irremontables. En primer lugar, no existen suficientes terapeutas formados para atender a todos los niños que consultan – a nivel público y privado- si se quiere realizar con todos ellos una psicoterapia, ni siquiera de un año de duración. Piénsese que, en los dispositivos públicos en los que trabajo hace años, la incidencia en servicio suele ser superior al 1 por cien de la población de tales edades. Pero existe un inconveniente aún mayor: Como a menudo pregunto ¿qué podemos hacer con una sesión de cuarenta y cinco minutos a la semana por una familia y un niño que tal vez vivan veintitrés horas y quince minutos (o las veinticuatro horas) en situaciones

gravemente patógenas cada día? Si idealizamos menos nuestras técnicas, cosa que hoy se impone por varios motivos --y, entre otros, para no delirar inútilmente--, hemos de reconocer que, a menudo, poco puede esa ayuda psicoterapéutica, administrada por el/la psicoterapeuta mejor preparada y más sensible (3). Y este razonamiento es aún más válido en la primera infancia, cuando la relación padres-hijos es más maleable y, por tanto, más susceptible de ser modificada hacia la salud, con los efectos multiplicadores que poseen en este caso los tratamientos mixtos, conjuntamente del niño y de la familia. En especial, en familias gravemente desorganizadas, patológicas, culpabilizadas, proyectivas o que, por los motivos que sean, pueden usar el tratamiento como “depositación” del niño “enfermo designado” para poder continuar sin modificar sus conflictos o batallas... Cuando hemos podido seguir y observar la evolución de centenares de pacientes que comenzamos a tratar cuando eran niños y que hoy son adultos gravemente trastornados, nos hemos afirmado en la ideas de que, como psicoanalistas y psicoterapeutas, hemos de ser mucho más modestos con respecto al poder de nuestras técnicas individuales y más capaces de utilizar otros niveles o medios de contención del sufrimiento mental y la tendencia al desequilibrio mental (Tizón et al., 1997; Tizón, 1999, 2000, 2001). Particularmente, tendríamos que mejorar nuestras técnicas “familiares”, es decir, nuestras técnicas para apoyar a la familia como conjunto de individuos y como sistema.

Para radicalizar didácticamente las afirmaciones anteriores, hoy casi me atrevería a afirmar que seguramente no debería realizarse ningún tratamiento prolongado e intensivo de un niño, si los familiares con los cuales convive no quieren o no pueden asistir al menos a una serie de sesiones de reflexión, discusión, orientación, ayuda psicológica breve o psicoterapia familiar claramente delimitada. Salvo en los casos de familias y situaciones extremas, hacer lo contrario es favorecer la proyección o “depositación” del niño en tratamientos más o menos interminables; lo cual no es lo mismo que “tratar al niño”, no lo olvidemos. La única limitación para esa afirmación, aparentemente radical, serían los casos en los cuales la familia rechaza una y otra vez la participación en la terapia, activa o pasivamente, y el mundo interno y las capacidades de integración del niño están ya severamente alterados. Pero en este caso, la – difícil- tarea del terapeuta no sólo es comenzar el tratamiento sino, a través del equipo, poner en conocimiento de esa realidad a los servicios sociales pertinentes y, tal vez, a los organismos de protección a la infancia. En realidad, pocas veces se hace así. En parte, porque casi todas las familias poseen capacidades parentales que desarrollar y acaban participando de una u otra forma. En parte, por problemas contratransferenciales de los terapeutas: a menudo, en una clara muestra de contratransferencia alteradora de la percepción, se habla de esa actitud como de “denunciar el caso” o “denunciar el caso a los servicios sociales” (¿?) En parte también, porque idealizamos lo que estamos haciendo y a menudo seguimos creyendo, más o menos acríticamente, en las excelsas bondades de nuestras técnicas. Hasta que el niño no mejora y lo cambian de profesional: normalmente, lo envían a un psiquiatra de orientación biológica o incluso *biologista*, el cual comienza a darle fármacos y testifica la inoperancia de nuestros métodos y sistemas en general. Pero la realidad es testaruda y, cuando el niño sigue empeorando, vuelven a los propios equipos a los cuales mantuvieron a distancia durante años... Aunque entonces con situaciones mucho más dramáticas, graves o cronificadas. Y además, padres y psiquiatras farmacológicos tienden a culparnos de la situación. ¿Y si ello fuera cierto, al menos parcialmente? ¿Hasta qué punto tendemos a centrarnos en enfoques individuales y de psicoterapia individual en parte por una cierta pobreza teórica y técnica, en parte por nuestros problemas técnicos en muchos de estos casos y familias y, en parte, por nuestros problemas contratransferenciales?

En ese sentido, es la pragmática asistencial la que proporciona el mejor apoyo para técnicas “blandas”, poco culpabilizadoras o aparente y directamente poco interventoras, tales como la “psicoterapia del niño junto con su madre basada en la observación de bebés” (una versión actual de la psicoterapia breve padres-hijos) o la “observación terapéutica en la infancia” (Tizón, 1997, 2001).

Desarrollando el concepto de la Observación terapéutica del niño junto con su madre

Antecedentes

Teniendo en cuenta todos esos elementos, así como nuestra experiencia -personal y de equipo- en los tratamientos “de recontextualización a lo psicológico” o de *flash*, tanto a nivel individual como familiar, creo que el elemento fundamental de la utilidad de tales terapias es el impulso o apoyo a las actitudes y momentos de los consultantes que colaboran con el tratamiento, la integración, el desarrollo solidario: es decir, el impulso de sus “aspectos sanos. Algo que, como en el caso de la “observación de bebés”, resultaba doblemente visible: no la practicábamos como una técnica terapéutica... y resultaba serlo, al menos en muchas familias. En la medida en la cual en aquella época estaba interesado y practicando al tiempo el psicoanálisis de niños y la observación de bebés, sus actitudes, encuadre y técnicas fueron tiñendo progresivamente mis aproximaciones de la “psicoterapia madre-bebé” y “madre-niño”. Así, al reflexionar sobre dichos cambios -junto con una serie de compañeros- vi que, posiblemente, eran lo suficientemente importantes como para poder hablar de una variación técnica o, tal vez, de una técnica diferente. Según mi concepción anterior, la “observación terapéutica del niño junto con su madre” (OTNM) se trataba de:

- Una técnica psicoterapéutica.
- Orientada especialmente a la primera infancia (incluyendo los núcleos familiares con graves factores de riesgo psicológicos y psicosociales).
- Directamente basada en la teoría y la técnica de la *observación psicoanalítica de bebés* (Esther Bick 1964, 1968, 1986)
- Pero que tiene en cuenta las aproximaciones técnicas de Cramer (1980), Palacio (1986, 1993), Manzano et al. (2002)
- Que se apoya en la revolución científica producida en el psicoanálisis por los replanteamientos de Klein (1936, 1952), Bion (1962, 1963, 1967, 1970) y Meltzer (1975, 1984, 1989).
- E incluye elementos fundamentales de la terapia familiar y de grupo.
- Con una serie de indicaciones concretas, en las que luego me centraré. En general, la OTNM es una técnica clínica aplicable en la atención y asistencia a la infancia con dos objetivos prioritarios, a menudo no sólo complementarios, sino concomitantes en el tiempo: el objetivo diagnóstico y el terapéutico.

Teoría de la técnica

Como se ha dicho, sus fundamentos teórico-técnicos ya inicialmente se apoyaban en la psicoterapia infantil, en las psicoterapias madre-bebé y en la observación de bebés. En ese sentido, se tratará de una técnica mucho más “pasiva”, “parsimoniosa”, basada en la observación y, por lo tanto, apoyada en los aspectos sanos del niño y de su sistema familiar que otros modelos de psicoterapia madre-hijo.

Sin embargo, en tanto que técnica “breve”, su enfoque utiliza una serie de medios, técnicas y esquemas diferenciados, desarrollados a lo largo de los últimos veinte años y que creo son comunes para este modelo de psicoterapia padres-hijo, para las terapias familiares e individuales breves, y para el enfoque que he llamado la atención primaria a la salud mental de la infancia (Tizón et al., 1997; Tizón 1999, 2000, 2001). En esencia, para realizar este tipo de técnicas breves, apoyadas más en el desarrollo de los aspectos sanos del individuo y la familia que en la interpretación de sus conflictos y núcleos patológicos, hemos de contar con una serie de elementos:

1. Revalorización de la importancia y utilidad, no tan sólo diagnóstica, sino terapéutica, de las actitudes de observación y contención.
2. Diagnóstico biopsicosocial previo algo más holístico que en las psicoterapias habituales y que ha de incluir, por tanto, los cinco ejes fundamentales que vengo años adifundiendo: (I) trastornos clínico-psicopatológicos, (II) trastornos de la relación familiar o de la personalidad, (III) salud somática, (IV) diagnóstico de vulnerabilidades y riesgos psicosociales y (V) diagnóstico de la relación de objeto (Tizón, 1997, 2000, 2001). Pero con

la aclaración de que hemos de considerar cada uno de esos ejes no tan sólo como indicadores de patología, sino también como indicadores o diagnósticos de los “factores de contención, protección o resiliencia” a cada uno de esos niveles.

3. Necesidad de un esquema o modelo de lo que llamo “niveles o factores para la contención” (Tabla 2) que permita tener predeterminados los medios o niveles más lesivos para ese niño y esas relaciones familiares, así como los factores protectores o de contención a desarrollar en su caso.
4. Ese esquema, a su vez, ha de estar en íntima relación con un modelo o esquema de las funciones psicológicas y psicosociales de la familia en nuestras sociedades. Un esquema fundamentalmente práctico que nos pueda permitir determinar y ayudar en las funciones más deterioradas o con más riesgo de serlo y de saber, en cada momento, cuáles son las carencias fundamentales de ese niño y su familia (Tabla 3).
5. Apoyándose en el resto de los elementos teóricos y teórico-técnicos del modelo de atención a la psicopatología de la población que llamo atención primaria a la salud mental, un submodelo de la “atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad” (Tizón, 2000, 2001).
6. Reconsideración e inclusión en la práctica cotidiana de diversos elementos técnicos básicos de las terapias de familia y de grupo.
7. Actitud técnica que recoja los fundamentos de las psicoterapias breves, “entrevistas terapéuticas”, “entrevistas de contención” y “ayudas psicológicas no regladas” (Tizón et al., 1997). Unos fundamentos similares con los propuestos ya hace años para las “terapias de recontextualización hacia lo psicológico” o *terapias de flash* -una práctica que venimos difundiendo (e investigando) desde los años ochenta, basándonos en esa serie de premisas técnicas: brevedad, amplitud de los cuadros clínicos a los cuales van dirigidas, apoyo activo de los “aspectos sanos del paciente” más que centrarse en la interpretación y señalamiento de lo más patológico, utilización de señalamientos e interpretaciones de la transferencia, etc. (cfr., por ejemplo en Tizón, 1994, 1997)

Rudimentos de la técnica

Acogida

Habitualmente, dado el encuadre propio de la atención primaria a la salud mental de la infancia, en la primera visita suelen venir los padres u otros familiares acompañando al niño. Eso significa que, al menos de entrada los padres o, más frecuentemente la madre, están casi presentes siempre. Ello podría suponer una facilitación de nuestro trabajo si no fuera porque, también a menudo, los acontecimientos vitales de los padres -de los niños que consultan en muchos de los dispositivos públicos actuales- han sido lo suficientemente graves, crónicos o des-estructurantes como para que su tolerancia a la frustración sea baja. Así, cuando deciden consultarnos por el hijo, a menudo lo hacen con el deseo y la expectativa de que “les solucionemos” -y con urgencia- el problema que les trae a nosotros, que “les solucionemos a su hijo” o, como mucho, sus problemas con su hijo (Manzano et al., 2002).

En esa primera visita seguimos las técnicas habituales de la consulta en la primera infancia. Si el niño está en la entrevista, procuramos darle un “lugar” en la misma y hacerle participar en la recogida de la información, utilizando para ello tanto sus capacidades de comunicación verbal como sus conductas y expresiones relacionales durante la entrevista -tanto las dirigidas a los familiares como a nosotros-. Si el niño se halla presente en esta entrevista, tras explorar su conocimiento y fantasías acerca del problema de consulta y de la estructura familiar elemental, podemos darle una hoja de papel para que “dibuje lo que se le ocurra y luego nos lo explique” o, alternativamente, que dibuje “una familia”. En otros casos, según la edad del niño y sus inclinaciones espontáneas, le dejamos que juegue con unos cuantos muñecos y mascotas que se hallan dispuestos a tal fin en el despacho. En el caso de niños algo mayores -de dos o más años- les orientamos hacia la “caja de juegos” kleiniana típica (Klein, 1955; Isaacs, 1988). Para niños que están cerca de caminar, que no pueden caminar o que hace poco que lo hacen, en ocasiones utilizamos una pelota de espuma y, desde luego, los típicos cubos, aros y juegos

usados por los pediatras en el “Programa del Niño Sano” (Dirección de Salud Pública-Amigó et al., 1999).

Encuadre

Tras la segunda o la tercera visitas diagnósticas, y con una idea al menos mínima del diagnóstico del niño y de la relación de objeto fundamental que mantiene con su o sus acompañantes habituales, es cuando solemos verbalizar a los padres nuestra indicación. Normalmente se la proponemos de forma bastante abierta y sencilla: recuérdese que es una indicación que a menudo proporcionamos en casos de núcleos familiares (o niños) seriamente trastornados y en casos que presentan síntomas “aparatosos”. No deseamos por tanto aumentar la ansiedad de los padres o familiares con una propuesta de “tratamiento” demasiado ampulosa o que pueda ser vivida como “aparatoso”. Les decimos sencillamente que para conocer mejor al niño y ayudarlo con nuestros medios, nos gustaría que vinieran durante unas sesiones con nosotros madre, padre e hijo. Al niño, según su capacidad de comprensión, le decimos que podrá jugar, pintar o contarnos cosas durante esas sesiones. A los padres, que es imprescindible su ayuda para que nosotros podamos ayudarles. En la medida de lo posible, insistimos en que sean los dos progenitores los que acudan, además del niño. Para ello, a menudo hemos de vencer diversos tipos de resistencias activas y pasivas en ambos progenitores, pero también elaborar las tendencias contratransferenciales del derivante y las propias, que hoy por hoy tienden a favorecer la relación con la díada y a eliminar al “tercero”.

Número de sesiones

Solemos determinar ya de entrada el número de sesiones, para tener en cuenta la separación desde el principio, tal como es habitual en los tratamientos psicoterapéuticos breves y tal como solemos hacer en los procesos de psicoterapia breve y los procesos psicoterapéuticos breves y focales o “procesos de *flash* psicoterapéutico” (Tizón y cols., 1994, 1997). Este tipo de técnica implica un número reducido de sesiones. Si es necesario proseguir con las sesiones, ya sea por la gravedad del niño, por complicaciones intercurrentes, porque han aparecido más posibilidades terapéuticas o porque habíamos evaluado mal la situación, creo que es mejor cambiar a técnicas mucho más formalizadas, tales como la psicoterapia del niño acompañada de la psicoterapia familiar o la ayuda psicológica breve a la familia (Palacio, 1993; Tizón et al., 1997). La “psicoterapia padres-hijo fundamentada en la observación” tiene la ventaja de que, al ser una técnica poco intrusiva y culpabilizante, favorece la relación padres-terapeuta y, por supuesto, niño-terapeuta; es decir, que facilita cambios de encuadre posteriores –si son necesarios.

Revisando los tratamientos realizados, encuentro que el número de sesiones propuestas oscila habitualmente entre cuatro y quince, dadas las dificultades de agenda habituales en los Centros de Salud Mental Infante-Juvenil y en la práctica privada. Pero no creo que pueda ni deba mantenerse el encuadre de este tipo de técnica más de medio año. Proponer un encuadre con más de quince o veinte sesiones tiende a ser mal entendido por estas madres, que no hay que olvidar que son partes integrantes del tratamiento. Por otra parte, resultaría difícilmente aceptable para los “ajetreados padres” de nuestras ciudades del primer mundo.

Siguiendo la técnica de Malan (1974) para las psicoterapias breves, creo que de vez en cuando hay que señalar esa brevedad dentro de las sesiones. Sin caer en la reiteración, las variaciones y fluctuaciones visibles de tal cognición, con las ansiedades ante la separación -que lleva aparejadas-, creo que cuando sea necesario han de ser observadas y utilizadas en la interpretación; especialmente, cuando se acercan las últimas sesiones o aparecen fantasías o representaciones conductuales del final o separación.

La duración de las sesiones, cuando este tipo de ayuda psicológica se realiza en atención primaria de salud, se ciñe a los módulos habituales de tal encuadre de trabajo: primeras entrevistas, devoluciones y entrevistas familiares cincuenta-sesenta minutos; sesiones, de veinticinco o cuarenta minutos de duración (con diez o cinco minutos para transcripción y/o intervalo entre visitas). Si es en la práctica privada o para equipos más dotados de personal y medios (o con menos incidencia y frecuentación), tanto teniendo en cuenta las necesidades del

terapeuta como razones clínico-psicológicas, propongo de entrada la duración habitual en psicoterapia psicoanalítica: cuarenta y cinco o cincuenta y cinco minutos.

Observación / señalamientos / interpretaciones

Lo fundamental de este encuadre técnico, de acuerdo con las enseñanzas de la observación psicoanalítica de bebés, es la observación. En principio, sólo cuando encuentro muy clara una situación o comunicación del niño, directa, alusiva o simbólica, transferencial o no, procuro interpretarla con la prudencia y lenguaje adecuados a la psicoterapia infantil. Si la madre o el padre intervienen, acojo lo mejor posible sus observaciones, comentarios, participaciones, pero siempre intentando ver el impacto que sus intervenciones, comentarios, emociones más o menos directamente expresadas tienen en el niño, más que lo que implican y significan fuera del encuadre. Esos son los elementos que recojo y transmito, unas veces dirigiéndome al niño y otras a los padres, según lo delicado que pueda ser dirigirse a uno u a otros. Cuando están presentes los dos progenitores, procuro interpretar las acciones y reacciones del niño ante la pareja como unidad o, en su defecto, si hay que señalar aspectos diferenciados, procuro señalar siempre el aspecto complementario positivo, favorecedor del vínculo, reforzador de la relación, que juegan uno y otro. Me fijo, señalo e interpreto, sobre todo, capacidades, buenos momentos, complementariedades entre ambos progenitores, *círculos benéficos* que se establecen ante intervenciones o comunicaciones puntuales de uno y otro, situaciones que se dan en la terapia y que tienen que ver con lo que los padres me cuentan o han contado en el exterior. También, lo adecuado de modular las respuestas ante el niño y complementarse ante ellas: responder matizadamente ante respuestas excesivas, estimular la respuesta ante la inhibición. En definitiva, todo aquello que puede promover a partir de lo observado en el *aquí y ahora*, un apoyo de los aspectos sanos de los tres participantes, un refuerzo de las capacidades parentales, un refuerzo de la “díada”, pero siempre a través de la “*triangulación originaria*” (Tabla 3) y un estímulo para acogerse a la actuación saludable de los “niveles para la contención profanos”, no profesionalizados. Lo que observo de transferencia en la terapia y en el triángulo de los mundos de relación de objeto de ambos progenitores con el clínico, sirve para orientar mi observación, dada la brevedad de la terapia; empero, en contadas ocasiones llego a verbalizar esa observación en las sesiones. No creo que ayude demasiado a cambiar una relación conflictiva madre-hijo o padre-madre-hijo el verbalizar al padre o a la madre que su participación en el conflicto tiene que ver con lo sufrido con sus propias figuras parentales o con los *otros* simbólicamente representativos de las mismas. Desde luego, nunca antes de que hayan podido vivir esa realidad en las sesiones y hayan podido observar los beneficios de actitudes diferentes hacia el bebé o el niño: me refiero a actitudes y formas de relación menos afectadas por la propia patología de la relación de objeto.

En muy contados casos señalo o interpreto a la madre (o al padre) las alteraciones más graves de la relación entre ella o él y el niño: prefiero que los progenitores, individualmente o reforzándose y complementándose el uno al otro, puedan acceder a ese *insight*, a esa capacidad de captación emocional, a través de la introyección de la actitud de observación y de mis actitudes y señalamientos al niños. Por ejemplo: “Ahora parece que te has sentido (o que Juanito se ha sentido) enfadado porque mamá hablaba sólo con papá y había dejado de lanzarte la pelota. ¿Por eso se la has tirado a la cara?”. Juan, dos años y medio, se ríe con una sonrisa pícara. Continúo: “Lo que pasa es que a veces mamá está muy ocupada y cansada después del trabajo, tiene que hacer la cena, atender a Juan, atender al bebé, atender a papá”(…) “Es como si mamá no te quisiera. Y eso es lo que te crees ¿no Juan?. Que mamá te quiere poco. Y esos pensamientos son difíciles de aguantar... ¿Por eso tiras las cosas, la comida, el agua del baño, Juan?”.

Entre la interpretación dirigida al niño incluyo elementos de interpretación dirigidos a la madre -y al padre-, y fijo la atención en la secuencia siguiente. Si algún miembro del triángulo puede introyectar el señalamiento o la interpretación, enseguida reflexionará sobre esa situación cotidiana y, tal vez, sugerirá o tenderá a realizar cambios. Por ejemplo, el padre podrá decidir que él tiene que atender a Juan mientras la madre hace los demás trabajos; o, viceversa, la madre o el padre pueden decidir por su cuenta que mejor sería jugar un ratito antes de comenzar

con la vorágine de las “tareas del anochecer” en un hogar con dos hijos, uno bebé, y en el cual los dos progenitores trabajan hasta bien entrada la tarde.

Creo que, aparte de ser una actitud más parsimoniosa y prudente con respecto a la psicoterapia en situaciones tan delicadas como la primera infancia, esta actitud técnica debe apoyarse en otra motivación fundamental: el deseo consciente, íntimamente incluido en la técnica, de no estimular sentimientos de culpa persecutoria en la madre (y/o en el padre), sentimientos que no logran sino disminuir sus capacidades parentales para emitir emociones introyectivas, poner límites adecuados, favorecer procesos de identificación básicos para la formación del superyó y de la identidad (*self*), etc. (Tabla 3). Sobre todo, porque considero – desde un principio – que el fundamento de su posible eficacia psicológica reside no en la interpretación, sino en el fomento de las *funciones emocionales introyectivas* (solidaridad-empatía, contención, esperanza y confianza) de la triangulación primigenia. En el caso de las psicoterapias madre-hijo, creo que la base de la ayuda psicológica en tales técnicas reside en la contención y en la identificación de la madre con alguien que contiene. La interpretación pasa a ser secundaria con respecto a la observación y los señalamientos contenedores y participantes. Debemos, pues, concentrarnos en proporcionar un espacio, primero físico y luego mental, en el cual la madre -y, si es posible, madre y padre- puedan permitirse observar a su hijo con cierta tranquilidad, sintiéndose contenidos por el encuadre y el observador-terapeuta y, cuanto antes sea posible, el uno por el otro. Todo ello sin soslayar los problemas que, por supuesto, es fundamental explorarlos previamente con la mayor profundidad -y empatía que podamos. También creo que, desde el principio, en estas terapias (¿y en todas?) hay que ayudar a contener los sentimientos de culpa y, más allá, las ansiedades persecutorias; desmenuzar, repartir y desdramatizar los problemas y conflictos; señalar las buenas relaciones del niño con cada uno de sus progenitores o sustitutos y cómo la buena relación entre ellos le sienta bien al niño, procurando que, ya ante mí, ambos piensen en sistemas de ayuda y evalúen su utilización.

En ese sentido, la interpretación queda reducida a las conductas claras y repetidas del niño, bien sea con la madre, con el padre o conmigo, en especial si están ligadas a la biografía, foco o problemática actuales. En algunas ocasiones, ante preguntas o dudas de los padres, procuro ampliar de forma “más explicativa” lo que estoy entendiendo de las conductas del niño o de la relación entre los tres. Puedo interpretar la transferencia del niño conmigo si la veo clara, mas no suelo hacer lo mismo con la de la madre, la del padre o las “transferencias cruzadas” entre ambos progenitores si no afectan clara y visiblemente al niño -o a las capacidades parentales- *en la sesión*. En realidad, las comunicaciones verbales a los padres -o a la madre- prefiero centrarlas en lo que, con más propiedad, habría que llamar *señalamientos* y en la entrevista “de devolución”. Y ello tanto por mantener nuestro foco principal común, que es el niño o niña, como por la dificultad técnica que supondría elaborar adecuadamente cualquiera de las múltiples transferencias cruzadas que aparecen en una relación psicoterapéutica tan breve (pero grupal). Como decía, en estas situaciones creo que las palabras son menos importantes que lo transmitido a nivel para-verbal o subliminal: las interpretaciones y señalamientos sirven, sobre todo, para mantener el encuadre en el cual se está favoreciendo la observación y el apoyo compartido de las emociones introyectivas.

Igualmente, mantengo las actitudes técnicas señaladas ya en 1991 y no suelo ampliar o favorecer demasiado activamente los comentarios de los padres sobre situaciones externas a las relaciones del niño o a las relaciones transferenciales. Cuando las comunicaciones se refieren a este tipo de relaciones, procuro acogerlas y devolverlas a la relación y a las reacciones del bebé o el niño, tanto dentro de las sesiones como fuera, si es que las conozco. Seguramente es una de las varias diferencias técnicas y de actitud con respecto al modelo de Cramer y Palacio (1980, 1986, 1993). Anteriormente, en nuestros equipos habíamos estudiado y aplicado sus técnicas. Actualmente, a pesar de que las seguimos practicando, con los años hemos encontrado que, para nuestras necesidades y desde nuestra formación, el inconveniente fundamental que poseen es que el niño a menudo queda disociado, al menos parcialmente, en las entrevistas y sesiones. Posiblemente, la ayuda que esas técnicas indudablemente proporcionan, se apoya, sobre todo, en una relación psicoterapéutica “con la madre”. En nuestra “observación terapéutica del niño junto con su madre” la ayuda fundamental intentábamos enfocarla hacia *una parte* de las capacidades de la madre centrándonos en la observación del niño. Pero hoy, cuando el padre

asiste -lo cual no ocurre aún ni en la mitad de los casos-, nuestro enfoque de elección es la *psicoterapia breve padres-hijo influenciada por la OB*.

El padre

Como decimos, aún hoy, a pesar de nuestro interés y dedicación al tema del *papel del padre* (Tizón y Fuster, 2002) y de la reorientación de la investigación al respecto (This 1980; Sullerot, 1992), los padres acuden a estos tipos de tratamientos en menos de los mitad de los casos, pero acercándose a ese porcentaje. Por ello, estamos experimentando una especie de protocolo o guía clínica para conseguir esa introducción del padre. Cada vez creo más firmemente que, en algunos casos, hay que incluir en tal guía clínica, al menos como último paso o nivel, la posibilidad de negarnos a realizar un tratamiento del niño “si ambos padres no nos orientan y ayudan a ayudarles”.

El número reducido de sesiones favorece el que ambos progenitores puedan comprometerse. Como ayuda tener en cuenta esa brevedad en los señalamientos e interpretaciones de las sesiones, siguiendo actitudes de la psicoterapia breve defendidas ya por Malan (1974).

Seguimiento

Antes de nada, unas palabras sobre vivencias en la práctica de este tipo de terapias: Mi experiencia en ese sentido es que, a pesar de la sencillez e incluso pobreza del encuadre, sobre todo en las paupérrimas condiciones en las que hoy se encuentra la atención pública a la salud mental infantil en España, los niños aprecian grandemente esta situación y este encuadre. A pesar de que la mayoría de los niños atendidos por nosotros mediante esta técnica son niños o gravemente perturbados o con medios familiares confusionalmente perturbados, todos manifiestan una valoración positiva de este tipo de atención y, ya desde la segunda sesión, dan claras muestras de reconocer y valorar positivamente el despacho, los juguetes, el encuadre, etc. --incluso cuando las sesiones son quincenales. En mi experiencia, a pesar de un encuadre medicalizado, como a menudo es el nuestro, casi todos los niños apoyarían la idea que idealizada (¿e idealizadamente?) expresó Iván, un niño con fuertes componentes melancólicos a sus tres años y pico: Un día de que tenía que venir a una cita de seguimiento, después de una psicoterapia breve padres-hijo que no había llegado a diez sesiones, le dijo a su madre: “¿Vamos a ver al Dr. J? ¿A mi doctor favorito?; Bien! Es cuando estoy mejor con un médico y contigo”.

Como puede observarse, al terminar las sesiones programadas suelo realizar un seguimiento cuyo ritmo oscila entre bimensual y semestral, según los casos. Por experiencia, el niño recuerda y aprecia lo suficientemente el encuadre como para entrar directamente y deseoso en un “despacho de médico de ambulatorio”. Más aún, cuando practicamos la psicoterapia breve padres-hijo en la consulta privada: se trata de un encuadre menos atemorizante para el niño. A otro nivel, la organización privada de esta técnica resulta más difícil porque es más frecuente que uno de los dos progenitores tienda a “escindirse” de la relación. Sin embargo, también resulta más fácil porque al principio es menos “emocionalmente percutente”, ya que al ofrecer la terapia, los padres pueden aceptar o no el tratamiento y, en caso de rechazarlo, buscarse otro profesional que practique otras técnicas. Pero cuando he podido realizar la “psicoterapia breve padres-hijo influenciada por la OB”, si la caja de juegos, los muñecos o los dibujos no estén claramente a la vista, es frecuente que los niños la soliciten o busquen directamente, incluso años después de nuestra breve (pero no des-apasionada) relación. Creo que es un buen indicativo del impacto que esta técnica *soft* produce en el niño.

En definitiva, y para resumir mis ideas sobre este modelo de terapia, recordaré que está “basada en una actitud técnica y teórica que revaloriza la observación y la contención emocional por encima de la interpretación, lo verbal, lo intelectual; que, como terapia de *flash* que es, apoya y estimula los núcleos y “aspectos sanos” de los consultantes y no se contenta con señalar los patológicos; que tiene en cuenta elementos técnicos no sólo de la observación de bebés, sino de las técnicas familiares y grupales; que parte y se apoya, por último, en perspectivas más holísticas de las funciones parentales, el diagnóstico y los niveles para la contención” (Tizón et al., 1997).

Ilustración clínica

Creo que es el momento de exponer, siquiera sea muy brevemente, una viñeta clínica proveniente de una aplicación de la técnica de la *psicoterapia breve padres-hijo influenciada por la OB*. La realidad es que en salud mental infanto-juvenil seguimos teniendo dificultades para conseguir que los progenitores masculinos participen. Por eso, en esta ocasión, a diferencia del caso comunicado en 1991 (ob. cit.), expondré un resumen de un tratamiento en el cual, a pesar de que todas las circunstancias parecían militar en contra, el padre también acabó participando y proporcionando interesante indicaciones diagnósticas y una clarificación de la situación, tanto en el tratamiento como en las relaciones triangulares externas al mismo. Dejaré para un futuro trabajo la exposición y discusión de las diferencias cuando los progenitores masculinos acuden, aunque algunas de tales diferencias, teniendo en cuenta la óptica de la observación de bebés, han sido expuestas recientemente en la comunicación antes citada sobre “El papel del padre” (Tizón y Fuster, 2002).

Se trata de una niña de dos años y cuatro meses que traen a consulta su madre y su abuela, a petición del Centro de Servicios Sociales. Ambas mujeres son tan jóvenes que, de entrada, confundo a la abuela con la madre: ésta parece una adolescente, aunque tiene 22 años (y la abuela, 44). El primer motivo que exponen para acudir es que a petición de la asistente social del centro, nuestro equipo de salud mental debería emitir un informe que piensan necesario para los juicios pendientes -en los que la familia materna y la madre de Jennifer acusan al padre de lesiones, agresiones a personas y destrucción de bienes-; también para la demanda de separación y, tal vez, aunque no queda claro este aspecto, por una posible demanda por malos tratos a la hija. Luego quedará patente que la orientación inicial hacia nuestro equipo ha provenido del “Servicio de Víctimas del Delito”, servicio municipal al que ha acudido la madre.

El aspecto que presenta la niña, ya en esta consulta, es muy preocupante: está totalmente inhibida -física y relacionalmente-, simbiotizada, adherida -más a la abuela que a su madre no se separa-. No se atreve a mirarme. Los juguetes que le ofrezco, casi ni los mira: los observa tan sólo de reojo, con miradas fugaces y ni mi indicación de que los puede coger, ni las de su madre y abuela, consiguen que extienda la mano hacia ellos. Ambas mujeres me dicen, además, que esa es la situación habitual en casa: “está siempre como asustada, no participa, que sólo quiere estar pegada a la abuela”(…) La madre colabora mucho menos en la narración y presenta, a su vez, un aspecto sumamente triste, casi distante, casi desesperado... Cuando habla de la niña o de su marido, lo hace con un rictus de desesperación continuo en su rostro... Cuando intenta coger a Jennifer da muestras de grandes dificultades e inexperiencia y, en las ocasiones en las cuales lo intenta durante la entrevista, parece no poseer la habilidad suficiente para lograr que la niña se vaya con ella.

La descripción de la situación que realizan ambas mujeres se centra en la proyección en el marido de todas las maldades y desequilibrios. Según ellas, el marido, de 25 años, bebe abundantemente, “como su abuelo y hermanos; venía a menudo a casa borracho o desaparecía durante días”. Al volver, frecuentemente propinaba grandes palizas a la madre, “siempre delante de la niña”, dice la abuela. “Y cuando mi marido le dijo algo, la emprendió a golpes con él y le partió un brazo (...) Otro día, él y dos hermanos vinieron a casa a pegarnos a todos. Como no les bastó, destrozaron a golpes nuestro coche. Ha costado más de doscientas mil pesetas arreglarlo... Y claro, con todo esto, la niña está como asustadita todo el día... No duerme, se despierta gritando aterrorizada y no se puede volver a dormir. La tenemos que meter en la cama con nosotros (los abuelos) cada noche, porque si no, no se dormiría. Ha dejado de hablar del todo, está muy inquieta todo el día, y se lo ha vuelto a hacer todo encima, la caca ya había dejado de hacérsela(...) Y antes estaba bien, antes de que pasara todo esto”.

A pesar de lo unideterminado de la consulta, intento hacer una “recontextualización” de la situación y ofrecer mi ayuda para la niña, ayuda que, desde mi punto de vista puede derivar, o no, en la realización de ese certificado que piden. Pero después de conocerla e intentar ayudarla. Ambas aceptan mi ofrecimiento, pero con cierto desdén. La madre, con evidente escepticismo.

A lo largo de lo que queda de entrevista --y de las dos siguientes-- iré recogiendo el resto de los elementos de la historia clínica. Resumiendo: El embarazo y el parto parecen normales. La madre no pudo darle lactancia materna “porque ya entonces habían comenzado los

problemas y disgustos”. No queda claro hasta qué extremo la madre quería tener a esta niña, ya que “quedó embarazada en un descuido. Y muy joven. Como yo”, dice la abuela, proporcionando certeros apuntes sobre las relaciones de objeto que vinculan a las tres generaciones. El padre está en paro, y afirman que es fumador y bebedor importante. La madre también fuma y trabaja de dependienta, al menos actualmente. La separación de los padres ha ocurrido realmente *a palos*, con grandes conflictos cuya longitud temporal me es difícil definir. Actualmente, la madre y la niña viven con los abuelos, junto con dos hermanos -chico y chica- de la madre. Llevaron a la niña a la guardería desde los cinco meses, de entrada ya cinco horas (...) y la niña “se resistió”. En cuanto al desarrollo, no sobresalen en estas entrevistas alteraciones importantes del mismo. La niña “siempre ha comido bien”, “hasta hace poco”. Ahora “le cuesta mucho comer, como muy poco y cada comida desespera a la abuela” (que es la que le da de comer, parece). También se ha alterado el control de esfínteres diurno y el sueño. Por otra parte, caminó a los onces meses, las primeras palabras “las pronunció desde el año y medio” aproximadamente. No ha tenido enfermedades de importancia. Explorando estos aspectos es cuando la madre me comunica que durante el embarazo ella pasó los nueve meses vomitando. Me da la impresión de que no se decidió a abortar y que ni tan siquiera pudo plantearse claramente esa posibilidad: como en otras muchas cosas, parece que dejó esa decisión a su madre.

Por la carpeta de la historia clínica sé que están o han estado en tratamiento en nuestro servicio al menos tres familiares del padre de Jennifer: dos hermanos y el abuelo paterno. Como veremos, el padre acudirá también a visitarme al cabo de varias consultas de la niña. Primero, a tres entrevistas padre-hija, después, aceptará ser tratado como paciente, dado su estado depresivo, sus abusos alcohólicos y el un claro trastorno del control de los impulsos que manifiesta. Tres familiares de la madre están también en tratamiento en nuestro servicio: un hermano, la madre y el padre.

Estamos, pues, ante un cuadro o situación individual y familiar sumamente complejo e interrelacionado. Desde el punto de vista de un diagnóstico clásico de la niña, como el que proporciona el DSM-IV, posiblemente tendríamos que hablar de un diagnóstico principal de trastorno por ansiedad excesiva en la infancia (313.00) --y, tal vez, como diagnóstico alternativo, de una depresión infantil, episodio único, sin especificar (296.20). Son evidentes, además, el mutismo selectivo (313.23), los trastornos por terrores durante el sueño (397.40) y los problemas paterno-filiales (V61.20). En el Eje II, tal vez debiéramos considerar un trastorno en el desarrollo del lenguaje, de tipo expresivo (313.31). En el Eje III, extrañamente, no hay ninguna enfermedad destacable. Según el DSM IV, el estrés psicosocial puede ser calificable de extremo y su adaptación global al entorno, bajísima (Eje V).

La “Clasificación diagnóstica 03” en este caso nos proporcionaría una visión parecida, aunque algo más relacional: En el Eje I habríamos de tener en cuenta un trastorno por estrés postraumático (100.) y, posiblemente, un cuadro de depresión en la infancia (203.). En el Eje II habría que hablar al menos de una relación hija-progenitores ansiosa-tensa. No conocemos enfermedades diagnosticables en el Eje III, pero en el Eje IV habría que tener en cuenta “estresores psicosociales graves y sostenidos”, lo que da lugar a un nivel funcional, según la Escala de Evaluación Global de la Relación Progenitor-Infante entre “relación trastornada” y “relación severamente trastornada” (25 a 15).

Como podemos observar, a pesar de que la clasificación “0 a 3” posee a menudo importantes refinamientos y ventajas sobre el DSM-IV clásico e incluso sobre la clasificación de la OMS, si nos quedáramos con la visión de las clasificaciones psiquiátricas al uso seguiríamos teniendo tan sólo un conjunto de diagnósticos fundamentalmente conductuales. Y en este caso, poco orientarían el tratamiento. A mi entender, hemos de complementarlos con el resto de los diagnósticos propios del diagnóstico penta-axial, que considero fundamental en la atención primaria en salud mental y para la práctica de la psicoterapia en la primera infancia (Tizón y cols., 1992, 1997): diagnóstico psiquiátrico (Eje I), diagnóstico de la personalidad o la relación (Eje II), diagnósticos somáticos (Eje III), diagnóstico psicosocial (situación socioeconómica, factores de riesgo y vulnerabilidades psicosociales, Eje IV) y diagnóstico de la relación (externa o diagnóstico “psicodinámico”) e interna o “diagnóstico de la relación de objeto”(Eje V). En estos dos últimos ejes tendríamos que hablar de una situación

socioeconómica muy precaria, que aumenta las necesidades de dependencia simbiótica de la madre y que, posiblemente, dificultará la autonomización de la niña en el proceso de separación-individuación. También habríamos de tener en cuenta una situación de vulnerabilidad de la niña por la ruptura temprana de la triangulación originaria y por las más que probables dificultades habidas ya desde la constitución de la díada. Y todo ello sin olvidarnos de las dificultades adicionales de convivencia y hábitat, de trastornos en las relaciones conyugales y paterno-filiales... Esos últimos elementos determinan en este caso de forma excesiva las dificultades de relación de la niña con los “objetos externos” primigenios: el padre, la madre y con el vínculo padre-madre. Un mal pronóstico para sus capacidades de vinculación futuras. Pero lo que añade aún más gravedad a la situación, es la sintomatología de inhibición de la niña y las amplias muestras de relación (de objeto) simbiótico-adhesiva que, ya a su edad, muestra en la relación. Como, a otro nivel, su propia madre.

Para elegir la técnica terapéutica había que tener en cuenta una serie de elementos: 1) La pobreza de medios diagnósticos y terapéuticos en ese recurso público de atención a la infancia y la adolescencia, 2) La complejidad del caso, 3) El evidente distanciamiento de la madre, sumamente preocupante, y su falta de identidad como madre, es decir, sus dificultades para desarrollar sus funciones emocionales introyectivas y sus roles parentales, 4) Nuestra “coyuntura asistencial”: imposibilidad de realizar tratamientos intensivos en ese momento con cualquier tipo de pacientes, imposibilidad de encontrar tratamientos psicoterapéuticos públicos concertados, urgencia de la situación, etc. Como consecuencia de estos factores -y condicionantes-, la técnica terapéutica elegida fue la psicoterapia padres-hijo, pero en este caso aceptando la realidad de que la abuela, medio-madre y medio-padre simbólicos o sustitutivos de Jennifer, estaban jugando un papel que habría que acoger, si bien no en la propia psicoterapia, si en entrevistas las “familiares” e individuales paralelas con la abuela. Decidimos sobre todo dejar a la abuela fuera de la psicoterapia madre-hija inicial porque, en un número reducido de sesiones, iba a ser mucho más difícil estimular las “funciones maternas” de la madre teniendo que afrontar las tendencias a la dependencia simbiótica de las tres mujeres. Era demasiado notable que la evidente simbiosis madre-abuela, probablemente anterior y causante de una dependencia patológica, iba a suponer dificultades adicionales para la terapia (como así fue) -y, en general, para toda relación con un tercero, sea éste un marido o un terapeuta. Pero, en contra de toda idea preconcebida, había que intentar previamente el diagnóstico de las “capacidades maternas” de la propia madre de Jenni. Los objetivos de la “ayuda psicológica breve madre-hija” serían entonces afinar el diagnóstico de la relación y de las potencialidades de crecimiento tanto de la niña como de su madre, así como potenciar el rol maternal y las vivencias maternas de ésta. Además, intentar valorar las posibilidades de la madre para involucrar en la terapia de su hija “al que siempre será el padre de su hija”. Es decir: sin abandonar la posibilidad de una “psicoterapia breve padres-hija”. Un nuevo apoyo para no abandonar totalmente este modelo de terapia es que pronto se hizo patente que el padre, por complejos motivos, deseaba intervenir en la misma: para impedir probablemente testimonios y certificados en contra. Pero ¿por qué no también con un impulso consciente o inconsciente de reparación? No se podía negar de entrada esta posibilidad.

Volviendo al inicio de la terapia, diremos que, por dificultades motivadas por exceso de demanda en nuestro servicio, en principio se acordaron cuatro sesiones para esta madre y esta niña que más tarde, con ocasión de un re-agravamiento, fueron prolongadas con otras cuatro, una de las cuales fue anulada por teléfono por la madre por coincidir con uno de los juicios interpuestos por su familia contra el ex-marido. Pero en dos de las siete restantes, fue la abuela y no la madre quien se presentaba a la terapia, sustituyéndola ya no sólo simbólicamente sino realmente. Y ello a pesar de las entrevistas con los abuelos que se habían instaurado y del seguimiento individual de la abuela y otros miembros de su familia, al cual me he referido anteriormente.

En la *primera observación terapéutica* la niña deja clara su tremenda inhibición perseguida: ante la caja de juegos no se atreve a meter la mano en ella y, a cambio, realiza en diversos momentos una especie de estereotipia motora “en el vacío” consistente en el meter-no meter la mano, que entiendo y señalo como motivada por profundos temores a lo que puede haber dentro de la caja, dentro de la relación de los padres y que quisiera atreverse a mirar, pero

que no puede. Al final de la sesión, le hace realizar a una muñeca, pequeña y rubia como ella, ese mismo movimiento (...) Cuando le hablo de que está intentado acercarse y hacerlo a través de la muñeca, que es un poco como intentar hacerlo ella, se pone a dar de comer de una olla a la muñeca. Pero todo en la falda de la madre. Por lo que parece traslucir su juego, a la muñeca-Jennifer se le cae la comida(...) Me parece, sin embargo, que el hielo se ha roto, y que eso ha pasado “gracias al contacto con mamá, con la falda de mamá y a qué mamá la ha dejado contactar todo el tiempo con su falda, estar en su falda, que le da tanta seguridad, que le asegura que no sucederá nada tan malo ni tan terrible”. La madre parece entender esta interpretación y lo que para ella significa. La niña, claramente sí. Desde luego, el hielo con la niña parece que se ha roto ya en esta cuarta entrevista (primera de observación terapéutica reglada). A pesar de todo, en diversas ocasiones la madre hace patente nuevamente su des-apego y la dificultad de contactar maternalmente con la niña en las contadas ocasiones en las cuales lo intenta. Todas sus comunicaciones están llenas de continuas referencias a su propia madre y resulta claro que siente que debe descargar en ella gran parte de sus obligaciones y afectos maternos, tanto por razones externas -se ha puesto a trabajar- como internas.

A la *segunda sesión* llegan tarde porque la madre viene de un juicio contra el marido interpuesto por las agresiones de éste a la familia materna de Jennifer. La madre tiene que estimular continuamente a la niña para que salga de su arrinconamiento temeroso de su falda, pero parece un poco más capaz de hacerlo. Mediada la sesión, Jennifer parece decidirse a “mirar en la caja”, pero en vez de sacar algún juguete de la misma, la vuelca entera, como hacen algunos niños hiperactivos. Después, vuelve a jugar una y otra vez a dar comidas a la niña. Le digo que ella siente que la muñeca y Jenni han sufrido mucho y ella quiere que coma, que se alimente, de igual forma a como mamá desea que ella coma, para que no enferme ni se encuentre mal(...) La madre apoya mis afirmaciones con la cabeza y con una sonrisa. De todas formas aprovecho para señalar cómo, cuando la madre ha dejado a Jenni seguir a su ritmo, dejar que se acerque a ella cuando está asustada, ayudándola a jugar de vez en cuando, entonces la niña ha podido decidirse. ¿Tal vez les conviniera hacer algo así para que dejara de dormir en la misma cama de la abuela? La madre comenta que ahora come mejor y que parece más tranquila, “al menos hasta hoy”. Pero que sigue durmiendo mal y despertándose aterrorizada. Sin embargo, continúa la madre, “ahora ha vuelto a hablar y dice incluso más cosas que antes”. Insiste en la idea del informe, pero vuelvo a retrasarlo haciendo hincapié en qué y cómo va a entender la niña de todo eso, dándole por tanto prioridad a su cuidado, por encima de la relación paranoide conyugal y legal que se ha establecido.

En la *tercera sesión*, una semana después, es notable el avance de Jennifer. Incluso me trae unos dibujos realizados para mí en su hogar: son una casa realizada en un papel de ordenador, otra hoja llena de letras “A”. “Cuando fue a la guardería comenzó a escribir; bueno, a hacer algunas letras. Pero tuvimos que sacarla porque se quedaba sola todo el día, en el patio o en la clase, llorando”, comenta la madre. “Tal vez entonces –digo- fue demasiado temprano, y a los papás les pasaban tantas cosas que no ibas a gusto a la guardería, tenías miedo de dejar a mamá, a papá, la casa (...) Aunque tal vez ahora fuera diferente. Sobre todo si no tardas mucho en volver a ver a mamá, en volver a casa... Por ejemplo, yendo unas horas a jugar allí, pero volviendo a comer a casa...” Ante preguntas de la madre, comento que, más adelante, unas horas en la guardería, dos o tres, tal vez puedan ayudar a la niña. Y, pienso pero no digo, que puede que también le vayan bien a la madre y a la abuela, asimismo claramente deprimida y en tratamiento psicofarmacológico. El tercer dibujo representa una especie de familia, bastante bien realizada para la edad de la niña: Jennifer aparece representada con una gran cabeza y las otras dos figuras están dibujadas en planos diferentes, perpendiculares la una a la otra -pienso en las dificultades de entenderse de los dos padres, pero como no hay un apoyo en lo que la niña cuenta a propósito del papel, no le digo nada-. Jenni saca muchos juguetes de la caja de juegos y, como siempre, los va poniendo en la falda de su madre: pero ahora los va ordenando allí, por propia iniciativa. Como si ya fuera capaz de organizarse un poco y no lo cediera todo a su madre. Algo así le digo. Sin embargo, le pone tantas cosas en la falda a la madre que a ésta se le comienzan a caer... La situación es una dramatización tan directa que me basta con empezar a decírselo para que la madre se dé cuenta... y comience a participar más activamente en el juego de la hija, no dejando que “se le derramen” los juguetes. “Es difícil soportar tantas cosas y a

veces se nos caen de las manos”(...) -no le menciono que también pasa a veces eso con Jenni para no culpabilizarla-.

Parecen entender muy bien las dos: La niña vuelve a dar la comidita a su “muñeca-Jenni” y, por primera vez, puede hacerlo sentada en el suelo, equidistante entre su madre y yo... pero ya no en la falda de la madre. Me decido a decirle que tal vez no sólo da de comer a Jenni, sino también a mamá, a la que ha visto a veces tan “malita” que cree que hay que alimentarla bien y mucho, como hacen mamá y la abuela con ella. Al salir, la niña ve reflejada en el suelo la luz del piloto rojo que se halla en el exterior, sobre la puerta del despacho: claramente, evita el pisar dicho reflejo. Pienso en las defensas obsesivas, aunque tal vez no supongan un obstáculo en este momento, sino intentos de estructuración.

En la *cuarta sesión* de esta tanda, la madre me comenta que persiste la dificultad de Jennifer para dormir y sigue durmiendo en la habitación de los abuelos, aunque no en su cama. La niña me mira directamente y expresa una mezcla de peticiones, deseos de contacto y tristeza que me es imposible de traducir. La madre me cuenta que al principio de venir aquí se había dejado de hacer pipí, pero que ahora ha vuelto, aunque en menos ocasiones que antes, lo que me sirve para recordar su terror y la necesidad de evitarle ver a sus padres “chocando”—la madre me habla de nuevas escenas a gritos, en la calle y a la puerta de la casa. ¿Está intentado “aplicar a los perseguidores —“internos”— a base de un superyó omnipresente que, como a muchos niños melancolizados, les obliga a “crecer rápidamente”, controlarse rápidamente, estar siempre limpios, ser siempre buenos porque papá y mamá no soportan otra cosa? La niña me mira de soslayo y me dice que no quiere ir a la otra casa: le digo que hay cosas que no le gustan, no sé si en la casa de papá, pero que me las dice ahora porque lo que seguro que no le gusta es ver a sus papás discutiendo cuando papá la devuelve a casa. Le empieza a pasar juguetes a la madre, pero ya no todos: pone algunos en el suelo—sobre todo, algunos de la “vajillita”—y juega un rato a preparar la mesa. Luego, mientras la madre y yo hablamos un momento de su forma de dormir, organiza fuera de la falda de la madre la comida de la muñeca, con plato y postre. Desgraciadamente, acaba aquí la tanda de cuatro sesiones que había comprometido y me veo obligada a citarla dos meses después... Desde la tercera sesión he dicho a la madre que, ya que se queja de que el padre no participa y teme encontrarse con él a solas o con sólo Jenni, que podría decirle que viniera a las sesiones: estaríamos los cuatro y ella podría hablar sin temores de lo que le preocupa o teme.

Cuando vuelven, Jennifer se muestra otra vez asustada, retraída, sin atreverse a abrir la caja. La madre me habla de una nueva pelea con el padre delante de la niña “justo anteayer”. Sin embargo, Jenni ya duerme en su cama, aunque en la habitación de los abuelos -sé que físicamente no hay otra posibilidad en la casa-. Por la actitud de Jennifer me parece, sin embargo, que es una regresión más bien temporal, relacionada con la nueva pelea entre los padres y le apunto esa posibilidad a la madre, que hace propósitos de evitarlas, porque ya se da cuenta ella de lo que pasa, pero “es que cómo me voy a aguantar, con las que nos ha hecho”—y aquí es visible su ira y unos claros deseos de venganza que me imagino que, en ocasiones, le debe ser difícil refrenar. Señalo que Jenni parece mostrarnos si esas peleas ayudan en algo al crecimiento y a los aspectos más sensibles, tanto de la niña como de la madre. Insisto en que le digan al padre que venga a las sesiones, ya que seguirá siendo el padre de Jenni y necesitamos su colaboración y que ambos progenitores se pongan de acuerdo en cómo tratarla y cómo relacionarse entre ellos, ya sea por el bien de la niña como, también, para sufrir ellos lo menos posible. La madre anula por teléfono la siguiente sesión, aduciendo problemas horarios relacionados con los múltiples juicios en los que se hallan inmersas ambas familias, de la madre y del padre.

Madre o abuela actúan su oposición a que el padre aparezca. En las dos sesiones siguientes, y sin previo aviso, es la abuela y no la madre quien viene con la niña a la terapia. En la segunda, programo otras tres sesiones “para ambos padres con la niña” y dejo claro que preciso la asistencia de ambos. La abuela me insiste que es su hija la que no quiere que el padre venga, “que está demasiado asustada y atemorizada ante él”. Insisto en que es la continuación del tratamiento que les ofrezco.

En las dos siguientes, el padre y la madre acuden junto con la niña. El padre parece sumamente tenso e insiste en que no ha venido antes porque no se lo han dicho. Intenta

colaborar en el juego de la niña, aunque con evidentes signos de tensión y no demasiado buen contacto, pero es evidente que la madre está mucho más alterada e inhibida que él, al menos durante las sesiones. El padre insiste en que es la abuela la que no quiere que él vea a su hija, no quiere que se pongan de acuerdo e incluso que es la causante de lo que ha pasado. Pero que ahora está dispuesto a llegar a un acuerdo con su esposa y a intentar evitar las peleas delante de la niña, peleas de las cuales hablamos. A la tercera sesión no acude. La madre afirma no saber la causa y yo tampoco la conozco. Me intereso por si sigue adelante con su tratamiento individual, fundamentalmente farmacológico, y así es.

Durante las siguientes visitas, ya de seguimiento, los problemas de Jennifer e incluso los choques entre la madre y el padre han mejorado claramente, aunque, según la madre, persisten motivos porque el padre no paga nada y sigue gritando “cada vez que quiere”. El divorcio está en marcha. Una asociación de mujeres ayuda a la madre: la propia madre me había explicado que los servicios sociales le habían indicado conectar con la misma -con lo cual yo no tuve que hacerlo, aunque era una indicación adecuada-. Temo cuál puede ser la reacción ante estos cambios de la joven abuela, sobre todo si no ha mejorado sintomáticamente. Internamente, deseo que esté resultando “suficientemente ayudada” por su tratamiento mixto, psicológico y psicofarmacológico, como para que no bloquee o interfiera demasiado esos intentos de autonomía de la madre. La niña va bien en la guardería, habla mucho más y ya no se pasa el día sola, sino que parece haberse integrado: la madre comenta que “esto, la tristeza y la preocupación, las deja más para casa...”. “Que posiblemente es el mejor sitio, ¿no?. Donde más se lo van a comprender”, añade. Los dibujos, ya bastante maduros en las visitas anteriores, han evolucionado grandemente y se muestran mucho más organizados. Madre e hija me hablan de uno de los tíos, hermano de la madre, que vive con ellos, y cuya participación, como figura masculina en la triangulación simbólica, he procurado estimular durante las sesiones.

La evolución, desde luego, es problemática: antes del divorcio seguramente son de temer nuevas reagudizaciones de la problemática parental y, con ellas, nuevas tendencias a la des-contención y el des-equilibrio de Jennifer. También, posiblemente, nuevos episodios “depresivos” de la madre y la abuela, con las consiguientes regresiones-desorganizaciones de la niña. Pero con el tiempo y el tratamiento, la madre ha recuperado—o recogido por primera vez—una parte de sus capacidades maternas (uno de los objetivos fundamentales de este modelo de psicoterapia padres-hijo). Y con la recuperación de sus capacidades de cuidar a su parte infantil dañada, antes disociadas o puestas masivamente en la hija por identificación proyectiva actuada, recupera también posibilidades propias más desarrolladas, más adultas, más integradas: entre otras, para aceptar y favorecer tanto su propio tratamiento como el de su *madre* (la abuela de Jenni). Aparecen, además, los primeros indicios de una cierta identidad como adulta: parece no temer tanto las reacciones de su ex-marido y se ha mostrado dispuesta a aceptar entrevistas de los dos solos conmigo, si son necesarias para emitir informes o para solucionar problemas de las visitas de Jenni a su padre. Incluso parece haberse dado una mayor “preocupación paterna secundaria” en el padre, que cuida más no sólo a la niña, sino las relaciones con su esposa (y futura ex – esposa) delante de Jenni. La madre ha podido dejar de vivir con su madre, y las relaciones con José, una nueva pareja, parecen mucho más maduras que las mantenidas con el padre de Jennifer: en realidad, ha podido pensar durante meses si emparejarse con él o no y, desde luego, ha escogido a un hombre que quiere a la niña y es querido por ésta.

Indicaciones

Como he mencionado de pasada, para indicar una “observación terapéutica del niño junto con su madre” o una psicoterapia breve padres-hijo creo que hay que tener en cuenta tres series de elementos:

A. Externos al grupo familiar

Habrá que tener en cuenta “la coyuntura asistencial” (dificultades asistenciales, imposibilidad de conseguir otras ayudas psicoterapéuticas más intensivas, etc.) así como las dificultades clínicas de los profesionales encargados o de referencia: por ejemplo, la dificultad de afinar suficientemente el diagnóstico de forma que resulte operativo para algún

otro tipo de ayuda, incluso psicomotriz, lúdica (centros recreativos), psicopedagógica... En ese sentido, creo que la “psicoterapia breve padres-hijo influenciada por la observación de bebés” se trata de una técnica aplicable en la ayuda psicológica de niños y familias cuando, por razones prácticas o institucionales, no se disponga o no sean aplicables otros medios de ayuda psicológica más formalizados (por ejemplo, la combinación de psicoterapia individual y familiar intensiva). Por ello, a menudo su lugar de aplicación prioritaria será la atención primaria a la salud mental -en la infancia- (Tizón, 2000-2002), organización asistencial en la que, además, puede hacerse patente el valor de su segundo objetivo práctico: la ayuda al diagnóstico.

B. Internos al grupo familiar y, particularmente, a la triangulación originaria

He considerado e incluido en la técnica a niños que estaban padeciendo, junto con sus madres, graves situaciones persecutorias y confusionales no crónicas (tablas 4 a 6): madres en trance de separación con expresión psicopatológica, niños y/o madres golpeadas o maltratadas abiertamente y violentamente por los maridos-padres pero que no buscan fundamentalmente la “adaptación sadoomasoquista” a tal situación, crisis familiares confusionales de diversa etiología psicosocial... Este conjunto de indicaciones creo que es aplicable: 1) Cuando la familia ha consultado por el niño, y no por otros miembros. 2) Cuando el niño está resultando ya estructuralmente afectado por tal situación. 3) Cuando el enfoque familiar no es posible o no es prioritario con respecto a la psicoterapia del niño o la técnica de la cual venimos hablando. 4) Cuando conviene instaurar la dinámica asistencial que he llamado “atención a los padres a través del hijo”, recogiendo, sin desafiarla de entrada, la tendencia de algunos padres a proyectar y disociar en el niño los conflictos: en esos casos, equipos o profesionales que trabajen combinadamente, con niños y adultos, podrán acercarse a éstos a la ayuda psicológica si previamente, durante un tiempo, aceptan y contienen las necesidades de algunos adultos de proyectar y disociar sus conflictos en los niños. En estos casos, la “observación terapéutica del niño con sus padres” se constituye en una primera etapa o fase para un diagnóstico mucho más directo y etiológico del o los progenitores necesitados.

La segunda indicación interna (a la díada) se refiere a los niños pequeños con perturbaciones graves del comportamiento para los que no disponemos de otros medios de ayuda: niños y madres para los que no encontramos equipos interprofesionales adecuados, o psicoterapeutas privados o públicos adecuados. Pero niños para los cuales, además, nuestros medios de ayuda psicológica elementales (ayuda psicológica “no reglada”, “procesos de *flash* psicoterapéutico”, entrevistas terapéuticas con los padres, entrevistas familiares, etc. (Tizón y cols., 1991; 1997) son insuficientes o inefectivos. En estos casos, la “psicoterapia breve padres-hijo” es aplicable si diagnosticamos que es posible una (cierta) recuperación de las capacidades parentales de la madre y/o del padre. Esa es una indicación fundamental de esta técnica: el intento de recuperar funciones parentales, cuando la culpa, las resistencias, las proyecciones y/o la desorganización familiar no son muy marcadas, o cuando, siéndolo, existe una fuerte reticencia o resistencia a la participación de los servicios sociales.

Como punto de referencia diremos que hemos intentado ayudar mediante esta técnica a niños cuyos trastornos podrían calificarse con las siguientes rúbricas según los diagnósticos clásicos: niños pequeños con núcleos autísticos evidentes pero que no dominan su estructura mental (niños “con riesgo autístico” o “con rasgos autísticos”), niños con dificultades para comenzar a hablar (dificultades de tipo expresivo), niños gravemente afectados desde el punto de vista neurológico (pero con una vigilancia e inteligencia mantenidas y cuya madre o padre, aunque desorientada/o, está dispuesta/o a reorientar sus relaciones con él), varios tipos de niños “hiperactivos” (diagnóstico que, aparte de su endeblez, es más que dudoso que pueda y deba usarse antes de los 6 años y que, en cualquier caso, ha de remitir siempre a un enfoque familiar), trastornos de conducta indiferenciados o desafiantes, cuadros de angustia de separación no suficientemente claros para el terapeuta, “trastornos por ansiedad excesiva”, trastornos por tics transitorios o por otras estereotipias motoras, etc. También en algunos casos de trastorno reactivo de la vinculación en la infancia y de “ansiedades ante la separación” muy intensas. En ciertos niños, las situaciones familiares habían dado lugar a auténticos cuadros de distimia y depresión infantiles, fobias y trastornos evitativos diversos, “trastornos por estrés postraumático”, trastornos por ansiedad, dificultades del sueño o parasomnias graves, trastornos

adaptativos muy perturbadores, etc. Es decir, que en muchas de nuestras consultas de niños menores de cinco años hemos empleado la técnica que venimos describiendo. Desde luego, es mucho más aplicable y tal vez la más indicada en trastornos relacionales o emocionales severos de niños menores de un año y lactantes.

C. Necesidades de afinar el diagnóstico (del niño o de la relación madre-hijo)

En efecto, en la atención primaria a la salud mental de la infancia a menudo nos encontramos con importantes dificultades para el diagnóstico de niños y relaciones familiares conflictualizadas. Los motivos de tales dificultades pueden ser múltiples, pero destacaríamos, entre los más frecuentes, la falta de formación o medios para la realización de tal diagnóstico y/o la falta de tiempo para realizar tantas entrevistas familiares como a menudo el profesional—y no la familia—parece necesitar o desear. En tales casos, las sesiones de “psicoterapia influenciada por la observación de bebés” tratarían de complementar la(s) entrevista(s) clínicas cuando éstas se han mostrado insuficientes, dadas las limitaciones personales e institucionales de los equipos de salud mental infanto-juvenil y, mucho más, de los de atención primaria -en el caso de que intenten seguir el modelo de la atención primaria a la salud mental (Tizón, 1999-2001).

Condiciones para la realización de esta técnica

Siguiendo con la clásica diferenciación entre encuadre interno y encuadre externo de un tratamiento, creo que las condiciones mínimas del “encuadre externo” han sido señaladas o pueden deducirse de lo referido anteriormente. Dada la limitación de espacio, me centraré en las condiciones -y limitaciones- impuestas a la aplicación y desarrollo de esta técnica desde el punto de vista del “encuadre interno”.

Desde esa perspectiva, hay dos grupos de elementos a destacar. Los elementos de formación en habilidades y conocimientos (del terapeuta) y los elementos emocionales y contratransferenciales del mismo. Estos últimos dependen de su personalidad, experiencia terapéutica personal y capacidad de insight o “captación experiencial” sobre sí mismo. En esencia, creo que hay que pensar que son los básicos para todo terapeuta de niños. Al final de su procesamiento interno, si éste es adecuado, se expresan por un deseo de ayudar a los niños y a sus familias y una sensibilidad y flexibilidad al menos mínimas, requeridas por este tipo de especialización. Para el que se inicia en esta técnica tal vez destacaría una necesidad adicional: interés por la investigación clínica y, particularizadamente, por la investigación en la infancia.

En cuanto a los elementos mínimos de la formación previa necesaria, creo que el profesional debe poseer una cierta experiencia anterior en psicoanálisis y/o psicoterapia psicoanalítica de niños. La otra condición necesaria pero no suficiente es el haber realizado una experiencia formativa personal como participante (y observador a domicilio) en un seminario de observación psicoanalítica de bebés suficientemente prolongado y profundo, dirigido por un psicoanalista capacitado y autorizado en tal tipo de técnica formativa. Evidentemente, en el contexto de nuestros medios asistenciales, ello reduce de forma importante el universo de potenciales terapeutas. En efecto, la formación en la observación de bebés según el método de Esther Bick, después de un despegue temprano y potente en Catalunya hace ya más de treinta años, casi coetáneo con el despegue en Inglaterra, ha sido después mistificada a menudo, desleída y amputada de buena parte de sus repercusiones personales, metodológicas y gnoseológicas (Tabla 1). Un clínico no suficientemente formado en ese método difícilmente podrá actuar como psicoterapeuta de estas psicoterapias influenciadas por la observación de bebés o supervisar tratamientos de tal orientación. Pero tomar conciencia de esa situación desventajosa puede suponer, paradójicamente, una ventaja: familias y niños pueden ser tratados con otras técnicas, desde luego. Y, si nos interesa la psicoterapia breve padres-hijo influenciada por la observación de bebés, es un buen momento para plantearse seriamente la formación en esa metodología de observación-formación, tema en el cual varios países de nuestro entorno cultural (Italia, Francia, Reino Unido, Argentina, Uruguay, Brasil, etc.) parecen habernos cogido unos años de ventaja.

Notas

1. Nùria Abelló de Bofill, Psicoanalista distinguida de la Sociedad de Psicoanálisis, acaba de fallecer el 14 de febrero del 2003. Sirva esta mención como un cariñoso y valorizador recuerdo de su personalidad, a un tiempo amable e intrépida, y de sus labores de difusión y enseñanza de la “observación de bebés según el método de Esther Bick”.
2. El último celebrado hasta la fecha fue en agosto del 2002 en Cracovia y Przemysl, con ocasión del centenario del nacimiento de Esthera Lifsha Wander en Przemysl (Polonia).
3. Que, además, en los casos graves a menudo “parecen actuar” o pretenden hacerlo de forma contraria a su madre y/o su padre, al menos en los hechos si no en las intenciones.

Bibliografía

- Abelló N y Pérez-Sánchez M (1981). A propos de narcissisme, homosexualité et Oedipe. *Rev. Franç. Psychanal.* 4, 767-775.
- Abelló N, Pérez-Sánchez M (1984). Estructures preedípiques. Observació de nadons. *Rev. Cat. Psicoanàl.*, 1(1), 109-123.
- Direcció General de Salut Pública, Amigó E, Angulo F, Artemán A, Callabed J, Casalé D, et al. (1999). *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*, Barcelona, Direcció General de Salut Pública - Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Amorós, C (1991). Atenció i prevenció en la primera infància. *Text i Context*, 1, 14-15.
- Anguera, M T (1990). Metodología Observacional. En, J A Gras, M T Anguera y J. Gómez: *Metodología de la investigación en ciencias humanas*, Murcia, Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Balint, M (1968). *El Médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires, Libros Básicos.
- Bick, E (1964). Notes on infant observation in Psycho-Analytic Training. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45 (4), 558-566. (Trad. castellana en *Revista de Psicoanálisis* 1967, 24, 558-566).
- Bick, E (1968). The experience of the skin in early object-relations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 484-486.
- Bick E (1986). Further considerations on the Function of the Skin in Early Object Relations. *Brit. J. Psychother.* 2, 292-299.
- Bierman, D (comp.) (1969). *La Psicoterapia en el niño*, Barcelona, Espax, 1973.
- Bion, W R (1962). *Learning from Experience*, London, Maresfield Reprints, 1984.
- Bion, W R (1963). *Elements of Psycho-analysis*, Londres, Heinman. (Trad. castellana: *Elementos del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1966).
- Bion, W R (1967, 1970). *Second Thoughts*, Londres, Heineman. (Ed. castellana: *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Hormé, 1972).
- Bion, W R (1970). *Attention and Interpretation*, Londres, Tavistock.
- Cramer, B (1980): Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. *Psychiat. Enfant*, 1 (2), 133-150.
- Eibl-Eibesfeldt I (1970). *Amor y Odio*, México, Siglo XXI, 1972.
- Freud S (1905). La sexualidad infantil. En, *Tres ensayos de teoría sexual*, AE 7, BN 1, SE 7.
- Freud S (1919). Pegan a un niño. (Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales). AE 17, BN 7, SE 17
- Freud S (1920). Asociación de ideas de una niña de cuatro años. AE 18, BN 1, SE 18.
- Haag D (ed.) (2002). *La méthode d'Esther Bick pour l'Observation régulière et prolongée du tout-petit au sein de sa famille*, Paris, Autoédition.
- Houzel D (1994). Une application de la méthode d'observation des bébés: le traitement à domicile des enfants autistes. En R. Sandri (dir.). *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*, Lyon, Cesura,
- Isaacs S (1988): The Kleinian setting for child analysis. *Int. Rev. Psycho-Analysis.*, 15 (1), 5-13.
- Klein M (1936). El destete. Tomo 6. *Obras completas de M. Klein*, Buenos Aires, Paidós, 1980.

- Klein M (1952a). Observando la conducta del bebé. En, Klein M, Heimann P, Isaacs I, Rivière J. *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé, 1971. (También en el Tomo 3 de las *Obras completas de M. Klein*, Buenos Aires, Paidós, 1975).
- Klein M (1952b). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En, Klein M, Heimann P, Isaacs S, Rivière J. *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires, Hormé, 1971. (También en el Tomo 3 de las *Obras completas de M. Klein*, Buenos Aires, Paidós, 1975).
- Klein M (1955). La técnica psicoanalítica del juego: Su historia y significado. En, Tomo 4 de las *Obras Completas de M. Klein*, Buenos Aires, Paidós, 1979.
- Manzano J, Palacio F, Zilkha N (2002). *Los escenarios narcisitas de la parentalidad*. Bilbao, Altxa.
- Lacroix M-B, Monmayrant M (dir.)(1995). *Les liens d'émerveillement*, Toulouse, Érès.
- Malan D H (1963). *La psicoterapia breve*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1974.
- Meltzer D (1975). *Exploración del autismo*, Buenos Aires, Paidós, 1979.
- Meltzer D (1984). *Dream-Life*, Londres, Clunie Press. (Trad. castellana: *Vida onírica*, Madrid, Tecnipublicaciones, 1987).
- Meltzer D, Harris M, Hayward B (1989). *El paper educatiu de la família. Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge*, Barcelona, Espaxs.
- Miller L, Rustin M, Rustin M y Shuttleworth (1989). *Closely Observed Infants*, Londres, Gerald Duckworth & Co.
- National Center for Clinical Infant Programs (1996). *Clasificación diagnóstica: 0-3*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
- Palacio, F (1986). Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves Padres-Niños. Su lugar en la psicoterapia infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil* 1, 99-111.
- Palacio F (1993). *La Pratique Psychothérapique avec l'enfant*, Paris, Bayard/Paidós.
- Pérez-Sánchez M (1981). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*, Barcelona, Paidós.
- Pérez-Sánchez M (1986). *Observación de Niños*, Barcelona, Paidós.
- Pérez-Sánchez M, Abelló N (1981). Unité Originare. (Narcisisme et homosexualité dans les ébauches de l'Oedipe). *Rev. Française Psychanalyse*, 4, 777-787.
- Sandri R (dir.) (1994). *L'observation du nourrisson selon Esther Bick*, Lyon, Cesura.
- Stern, D N (1995). *The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy*, New York, Basic Books, a division of Harper Collins Publishers. (Trad. castellana: *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*, Barcelona, Paidós, 1997).
- Sullerot E (1992). *Quels pères, quels fils*, Librairie Arthème Fayard. (Trad. castellana: *El nuevo padre*, Barcelona, Ediciones B, 1993).
- This B (1980). *Le père: acte de naissance*, Paris, Éditions du Seuil. (Trad. castellana: *El padre: acto de nacimiento*, Barcelona, Paidós, 1982).
- Tizón J L (1991). La Observación Terapéutica del Niño junto con su Madre en la clínica infantil. *Clínica y Análisis Grupal*, 13 (3), 417-443.
- Tizón J L (dir.) (1992). *Atención Primaria a la Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*, Barcelona, Mosby-Doyma.
- Tizón J L (1994). Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las "terapias de flash" (I y II). *Informaciones Psiquiátricas*, 138, 358-368 y 369-392.
- Tizón J L (1995). *Apuntes para una psicología basada en la relación*, Barcelona, Biblária, 4ª. ed.
- Tizón J L (1996). Notas sobre investigación y formación en la atención a la salud mental en la infancia, *Clínica y Análisis Grupal*, 72 (18), 255-269.
- Tizón J L (1996). Reflexiones sobre la formación para la atención a la salud mental infante-juvenil. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 16 (57), 129-146.
- Tizón J L (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*, Barcelona, Biblária, 5ª. ed.

- Tizón J L (1999). El pediatra, la salud mental y los equipos de salud mental. En, J. Sasot y F A Moraga (ed.). *Psicopediatría en atención primaria*, Barcelona, Prous Science, 83-101.
- Tizón J L (2000). La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante, *Atención Primaria*, 26(2), 111-119.
- Tizón J L (2001). Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En, Sasot J, Moraga FA (eds.) (2001). *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*, Barcelona, Prous Science, 145-167.
- Tizón J L (2001). Nuevos elementos a considerar para la atención primaria a la salud mental de la infancia. En, Club de Pediatría Social (ed.), *Los dos primeros años de vida*, Barcelona, Club de Pediatría Social, 85-124.
- Tizón J L (2001). Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. *Cuadernos de Gestión*, 7 (1), 9-30.
- Tizón J L (2001). Psychoanalysis and Primary Health Care: Our Participation as Psychoanalysts in a Long-overdue Change in the Health Services. En, J. Guimón y S. Zac (eds). *Challenges of Psychoanalysis in the 21st Century*, New York, Kluwer Academic / Plenun Books, 83- 101.
- Tizón J L, Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, Fernández M C, García-Campayo J, Montón C, Redondo MJ. (2001) Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 28, supl. 2, 96-161.
- Tizón J L, Fuster P (2002). EL papel del padre. Ponencia presentada en el VI International Congress on Infant Observation according the Method of Esther Bick. Krakow-Przemysl (Polonia), 28th August-1st September 2002.
- Tizón J L, San José J, Nadal D (1997). *Protocolos y Programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, Barcelona, Herder, 1997, 2000.
- Tustin F (1991). Revised understandings of psychogenic autism. *Int. J. Psycho-Anal.*, 72(4), 585-593. (Traducción castellana en, *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica Argentina* 1993, 2 (número especial internacional).
- Winnicott D W (1957). Sobre la aportación que la observación directa del niño representa para el psicoanálisis. En, *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia, 1975.
- Winnicott D W (1960). La teoría de la relación paterno-filial. En, *El proceso de maduración en el niño*, Barcelona, Laia, 1975.
- Winnicott D W (1964). *La familia en la formación del individuo*, Buenos Aires, Hormé, 1971.
- Winnicott D W (1975). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Hogarth Press.

Tabla 1. Ventajas formativas de la “observación de bebés”, según el método de E. Bick

<p>1. Gnoseológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Aprendizaje basado en emociones y vivencias personales · Aprendizaje apoyado en vivencias grupales correctoras (el Seminario) · Aprender a observar y a observarse observando · Facilitación de la introyección de la observación benevolente
<p>2. Teórico psicológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Aprendizaje teórico y práctico (“vivencial”) de la teoría de las primeras relaciones y las teorías del desarrollo humano
<p>3. Metodológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Importancia de las técnicas observacionales · Valor de los grupos y seminarios para la formación · Relativizar las “teorías preconcebidas” ante la vivencia clínica · Aprendizaje de la autocontención y de la contención a través del grupo benevolente · Aprendizaje del respeto máximo a las funciones maternas y a las funciones paternas
<p>4. Asistenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Mejora de los diagnósticos · Transmisión de contención, esperanza, confianza ... · Introyección apoyada en lo emocional de la importancia del <i>encuadre</i>
<p>5. Personales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Sensibilización y no sólo formación · Entrenamiento para un contener en relación con los otros que contienen (seminario) · Especialmente importante en la salud mental infanto-juvenil, dado lo complejo de la contratransferencia · Son seres que crecen y que, generalmente, salen adelante: fomento de la esperanza

Tabla 2. Los niveles para la contención de las presiones hacia el desequilibrio (mental)

1. EI MUNDO INTERNO ("objetos internos" significativos introyectados a partir de las primeras experiencias).
2. Las CAPACIDADES YOICAS (para conducirnos con nuestros impulsos y con la sociedad).
3. El CUERPO y la representación mental del cuerpo.
4. La FAMILIA REAL (externa).
5. Las REDES PROFANAS o RED SOCIAL.
6. Las REDES PROFESIONALIZADAS: pedagógica, sanitaria, de asistencia social...

Tabla 3. Funciones parentales en la familia (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico)*

	Aspectos	Concepto-Resumen	
1. Cuidado y sustento corporales básicos	<ul style="list-style-type: none"> · Provisión de alimento, vestido, refugio... 	Urdimbre afectiva	
2. Funciones (emocionales) introyectivas y proyectivas que dan lugar a la mente y al pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> · Amor-ternura / Odio · Esperanza / Des-esperanza · Confianza / Des-confianza · Contención (réverie* + poner límites) / Incontinencia 		Función de díada (madre-hijo)
3. Relación sujeto-objeto externa e interna	<ul style="list-style-type: none"> · Creación del Objeto · Creación del Sujeto · Creación del Espacio mental 		
4. Funciones de límites y contención	<ul style="list-style-type: none"> · Formas de comunicación 	Triangulación originaria: madre-hijo-padre (Complejo de Edipo)	
5. Organización y desarrollo del superyó	<ul style="list-style-type: none"> · Conciencia moral · pulsiones versus sociedad: · moral, motivación, premios, logros · objetivos, valores, lealtades · formas de apoyo en crisis familiares y sociales · Ideal del yo 		
6. Identidades psicosociales fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> · en la Psicosexualidad · en la Agresividad-Destructividad · en el Conocimiento 		
7. Modelos de relación con el exterior	<ul style="list-style-type: none"> · Familia estructurada, desestructurada, "en reversión", sobreimplicada o aglutinada, subimplicada, ansiosa-tensa, etc. · Familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, "banda de chicos", "casa de muñecas", "en reversión", etc. 		Relaciones interior-exterior de la familia como "célula básica" de la sociedad y, por lo tanto, para la introyección de modelos, normas afectivas - sociales, etc.

* *Réverie*: capacidad de empatía con el bebé y el niño y de sentir, pensar y fantasear con él y por él.

Tabla 4. Técnicas psicoterapéuticas en la primera infancia: indicaciones según el mundo interno (mi) y el self del niño.

SITUACIÓN	TÉCNICA PRINCIPAL	TÉCNICAS COADYUVANTES
<i>Si el mundo interno del niño está afectado de forma posiblemente permanente</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Psicoterapia intensiva y prolongada del niño 	<ul style="list-style-type: none"> · Entrevistas familiares · Psicoterapia Madre-hijo o Padres-hijo · Participación de los demás "niveles para la contención" no profesionalizados
<i>Si (aún) no lo está a ese nivel</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Observación Terapéutica en la Infancia (OTI) o similares · Psicoterapia padres-hijo · Tratamiento individualizado del -o de- los padres 	<ul style="list-style-type: none"> · Red social · Participación del resto de los "niveles para la contención" no profesionalizados. · Psicoterapia del niño
<i>Si el "MI" del padre o de la madre están afectados de forma permanente</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Psicoterapia y psiquiatría de los progenitores 	<ul style="list-style-type: none"> · OTI, Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia, Tratamientos conjuntos SM- otros servicios · Otras técnicas poco culpabilizantes · Red social · Participación de los demás "niveles para la contención" no profesionalizados · Ayuda psicoterapéutica o "psicoterapia no reglada" del niño

Tabla 5. La elección del encuadre de la ayuda profesional en la primera infancia en nuestros medios según los participantes.

PERSONA	MODELOS
Niño	· Psicoterapias de niños, individuales o grupales
Madre	· Psicoterapias de la madre, individuales o grupales
Madre-Hijo	· Modelo Cramer-Palacio · Modelo Observación terapéutica del niño con su madre
Madre-Padre	· Psicoterapias de pareja: - con foco en el niño y su bienestar - con focalización más general · “Atención a los padres a través del hijo” · “Grupos de padres”
Madre-Padre-Niño	· Familiar con foco en el niño · Psicoterapias padres-hijo influenciadas por la Observación de bebés
Familiar	· Psicoterapia familiar: - modelos psicoanalíticos modelos sistémicos
Familiar en el hogar	· Modelos UCLA, Yale · “Jugando con el bebé” y similares · Observación terapéutica en la infancia y Observación asistencial en la infancia.

Tabla 6. Algoritmo elemental de los criterios para la elección de la ayuda psicológica principal en la primera infancia

FOCO DE ATENCIÓN	CARACTERÍSTICAS	ELECCIÓN
Mundo interno del niño	¿Alterado de forma irreversible? · SI → · NO →	· Psicoterapia del niño · Complementar siempre con ayuda, entrevistas o PST* familiar · Decidir la PST, si ella es posible · Imprescindible la “ayuda psicológica” o la PST a los progenitores
Elementos internos a la díada	¿Capacidad de <i>insight</i> y contención de la madre o el padre? · SI → · NO → ¿Capacidad del padre o del resto de la familia para contener a la díada? · SI → · NO →	· PST con la madre · PST Madre-niño · PST Padres-hijo · PST Madre-niño · PST Padres-hijo · PST Familiar o entrevistas familiares · PST del niño + Entrevistas de contención familiares
Elementos externos a la díada	· Nivel del diagnóstico alcanzado · Dificultades asistenciales · Ayudas disponibles	· Observación terapéutica en la infancia. · Psicoterapias padres-hijo influenciadas por la OB

* *Psicoterapia*

Resum

Aquest treball intenta realitzar una actualització de la tècnica psicoterapèutica que, des de fa més de deu anys, he anomenat “Observació terapèutica del nen junt amb la seva mare”. Reviso, igualment, de manera simple, els fonaments i indicacions d’aquesta tècnica d’ajuda psicològica, enfocada bàsicament a intentar afavorir la recuperació de les funcions emocionals de la família: contenció, *revèrie*, esperança, confiança, amor, capacitat de pensar... Sobre aquestes, proposo un esquema actualitzat per entendre’n el desenvolupament en la primera infància. El treball intenta delimitar les indicacions i condicions d’aplicació d’aquesta tècnica psicoterapèutica. El conjunt s’il·lustra amb un cas clínic. **Paraules clau:** observació psicoanalítica, observació de bebès, psicoteràpia en la infància, psicoteràpies mare-bebè, psicoteràpies pares-fills, atenció primària a la salut mental, contenció, *revèrie*.