

Psicoterapia Psicoanalítica madre-hija en contexto domiciliario: características y discusión sobre un caso clínico desarrollado en el marco del programa de estimulación “Juguemos con nuestros hijos”, del CESFAM San Alberto Hurtado.

Ps. María Paz Fillol M.¹

Resumen:

Se describe una intervención de psicoterapia madre-hija, de orientación psicoanalítica, en el contexto de visitas domiciliarias. A través de codificación abierta de los apuntes de la intervención y de la transcripción de una entrevista, se categorizan diversos elementos de esta intervención. Dentro del contexto de la Intervención Domiciliaria, se describen categorías como las condiciones contextuales, las expresiones de la madre, las intervenciones, reflexiones y vivencias del terapeuta y la Evaluación Final de la Intervención realizada por la Madre. Luego se discuten los resultados, especialmente las intervenciones terapéuticas a la luz de diversos autores y miradas sobre el cambio en este tipo de psicoterapia.

Palabras clave: psicoterapia madre-hija, visitas domiciliarias, orientación psicoanalítica

Psychoanalytic Psychotherapy mother-daughter under house context: features and discussion of a clinical case developed under the stimulation programme "Let's play with our children," in the CESFAM San Alberto Hurtado

Summary:

An intervention of mother-daughter psychotherapy, psychoanalytically oriented, in the context of home visits is described. Through open coding of the notes of the intervention and the transcript of an interview, various elements of this intervention are categorized. Within the context of the home-based intervention, categories such as contextual conditions, the expressions of the mother, interventions, reflections and experiences of the therapist and the Final Evaluation of the statement by the Mother are described. Then the results, especially in the the-

rapeutic light of various authors and perspectives on the change in this type of psychotherapy interventions are discussed.

Keywords: mother-daughter psychotherapy, home visits, psychoanalytically oriented

Presentación del problema

Pese a que la teoría del apego fue planteada por Bowlby hace más de 60 años, recién en los últimos años ha habido un creciente interés por ésta en Chile, creándose cursos de formación, realizándose investigaciones sobre el tema y trayendo a expertos internacionales. Interés que lentamente se ha expandido a sectores privados, como las clínicas que ofrecen "apego", y públicos, donde desde hace algunos años, se realiza en los hospitales "apego primario" después del nacimiento. Sin embargo, una de las formas más importantes en que se ha cristalizado el interés por la salud física y mental de la primera infancia, es con la implementación del Programa "Chile Crece Contigo", del Ministerio de Salud.

En relación con esto, Lecannelier, Goldsterin & Pollak (2007) plantean que en los últimos treinta años, se ha producido una revolución en el estudio y comprensión del desarrollo biopsico-social de los primeros años de vida, lo que ha tenido grandes consecuencias sobre la comprensión de los infantes y la relación con sus padres.

En el marco de este gran interés por el tema en Chile, se han ido creando diversos programas e intervenciones. Lecannelier et al. (2007), plantean que a este tipo de intervención se les llama "Intervención Temprana", realizadas desde el embarazo hasta los primeros años de vida del infante. En relación con la importancia que ha tomado, incluso a nivel gubernamental, los autores postulan que la intervención temprana es actualmente una de las principales estrategias para atajar la serie de problemas psico-sociales que sufre la sociedad. Tiene diferentes modalida-

1. Psicóloga, alumna del Postítulo de la Unidad de Psicoterapia Dinámica del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.

des, como talleres grupales, visitas domiciliarias, intervenciones psico-educativas, uso de manuales de crianza, etc., centrándose en la relación de apego entre los padres y el infante, como foco de intervención principal.

Sin embargo, estas intervenciones todavía están en etapa de exploración, al igual que a nivel internacional. Berlin (2007) plantea que en los últimos 15 años ha habido una explosión de programas de intervenciones que buscan mejorar la relación de apego padre-cuidador, sin embargo, los estudios y análisis sobre esta variedad de programas entregan resultados contradictorios acerca de cómo mejor conducir esta intervención.

Dentro de las múltiples iniciativas que han habido para trabajar sobre el desarrollo, físico y psicológico de la primera infancia, la presente investigación se enmarcará dentro del Programa de Estimulación del Desarrollo "Juguemos con Nuestros Hijos", que se realiza en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), de la red Áncora de la Universidad Católica, Juan Pablo II, de la Pintana, Madre Teresa de Calcuta y San Alberto Hurtado de Puente Alto, en donde se atiende una población que vive en condiciones de pobreza y/o vulnerabilidad psicosocial. Este programa busca estimular principalmente el desarrollo del lenguaje y el desarrollo afectivo de los niños de entre 0 y 4 años, junto con potenciar las capacidades parentales y activar las redes comunitarias de las familias. Este programa se lleva a cabo a través de tres actividades: sesiones grupales una vez por semana de 12- 14 diadas de niño-cuidador principal, entrevistas individuales y visitas domiciliarias semanales a un niño y su familia. La sesión grupal se compone por un momento de juego libre, un círculo de lenguaje con canciones y cantos y un espacio de conversación con los padres sobre diversos temas relacionados con la crianza.

Es importante mencionar que, con la implementación del "Chile Crece Contigo" en los CESFAM donde se realiza el Programa de Estimulación, éste asumió el compromiso de realizar las visitas domiciliarias a las diadas que presenten determinados factores de riesgo. Usualmente en las visitas domiciliarias se trabaja la estimulación psicomotriz del niño, se interviene sobre el entorno de estimulación y se hace psicoeducación, sobre temas como el manejo de pataletas, rutinas, límites. Es desde este lugar que surge la inquietud de poder realizar otro tipo de visitas, que pudiera abordar aspectos diferentes y que permitiera profundizar en otros elementos, ya sea el vínculo del niño con sus cuidadores, trastornos en el desarrollo del niño, la necesidad de apoyo a madres o cuidadores que tuviesen disminuidas sus capacidades parentales por depresión u otras enfermedades mentales, por estresores ambientales o falta de apoyo.

Es interesante que, en diversos estudios, se ha podido estudiar la efectividad de las visitas domiciliarias (Ministerio de Salud,

Programa Chile Crece Contigo, 2008), sin embargo, no se han publicado experiencias en Chile sobre la realización de visitas domiciliarias con un enfoque psicoterapéutico.

A nivel internacional, Fraiberg (Fraiberg, 1987) fue una de las pioneras en trabajar psicoterapéuticamente en el hogar de las familias, usando un modelo conocido como "Modelo de Intervención de Fraiberg", y que al ser aplicado en las casas de las familias también se conoció como "psicoterapia en la cocina".

Para fines de esta investigación, se profundizará en este tipo de intervenciones psicoterapéuticas realizadas a través de visitas, así como en las psicoterapias padres-bebé, que trabajen desde una orientación psicoanalítica, buscando definir métodos de intervención, que sean útiles en el trabajo con las familias, para producir cambios psicoterapéuticos. También se revisará información e investigaciones, sobre la efectividad de estas intervenciones.

Desde lo anterior surge una pregunta de investigación: ¿Cómo se puede realizar una intervención psicoanalítica, específicamente una psicoterapia padres-bebés en un contexto de visitas domiciliarias? De ésta se pueden derivar otras preguntas como: ¿Cómo influiría este contexto en un trabajo psicoterapéutico de orientación psicoanalítica?, ¿Qué características debiera tener esta intervención?

Para esto el presente informe cuenta con una revisión de antecedentes teóricos y empíricos, luego se realiza una presentación de los objetivos y una descripción de la metodología utilizada, seguido por la descripción de los resultados obtenidos y una discusión de éstos.

Marco teórico referencial

Berlin (2007) plantea que toda intervención que busque fomentar el apego temprano, tiene tres tareas principales. Lo primero es que los padres tengan insight de sus "modelos de trabajo internos", que guían la interpretación y la forma de responder a las necesidades de su hijo (Main, 1990, citado en Berlin, 2007). La segunda tarea es ayudar a los padres a interpretar las necesidades de sus hijos, responder contingentemente, y principalmente servir como una base segura, desde la cual el niño puede explorar el mundo. La tercera tarea es que el terapeuta sirva como una base segura para los padres, de modo que el apego seguro del padre con el terapeuta sea el agente del cambio terapéutico.

Dentro de la amplia gama de intervenciones para fomentar apego, en esta investigación se considerará principalmente la psicoterapia padres-hijo y las visitas domiciliarias.

Psicoterapia padres-hijo

Fue diseñada primariamente por Selma Fraiberg en los 80, acomodando las técnicas psicoanalíticas a la situación específica de la relación padres-hijo. También incluía técnicas más concretas, estrategias de apoyo y educativas, como orientación sobre el desarrollo o facilitación de servicios sociales. El factor distintivo es el énfasis en los "fantasmas en la enfermería", es decir la reactuación de los padres con sus hijos de los conflictos no resueltos y usualmente reprimidos que tuvieron con sus propios padres. Además, los paralelos entre la transferencia parental hacia el terapeuta y hacia el niño han sido un foco central en la formulación e interpretación de los casos. Esta psicoterapia se da en familias con bebés recién nacidos a niños de tres años, derivados por problemas en la relación padre-hijo, como psicopatología de los padres, trastornos de apego, falta de crecimiento con causas no orgánicas, padres con abuso de sustancias y características infantiles, incluidas discapacidades del desarrollo que sobrecargan el sistema de crianza (Seligman, 1994).

Maldonado Durán (2002) se refiere a los "fantasmas en la enfermería" de la Fraiberg como el encapsulamiento del niño en las expectativas y atribuciones inconscientes de los padres, distorsionados por sus experiencias pasadas. La psicoterapia padres-hijo, es un intento de corregir o cambiar estas percepciones erradas de los padres, al darse cuenta de que son productos de sus propias experiencias, y para aumentar la empatía y el placer en la relación.

Maldonado Durán (2002), plantea que durante la psicoterapia el bebé está siempre presente, y esta presencia es muy potente en ayudar a entender y capturar los conflictos parentales en su intensidad e inmediatez emocional. El trabajo terapéutico alienta a los padres a hablar sobre sí mismos y su bebé, pero al mismo tiempo se están relacionando con su hijo, lo que también es una comunicación. Hay dos niveles, el de la comunicación y el del comportamiento, y el terapeuta debe intentar comprender ambas y la consistencia entre ambas.

Es desafiante atender a los padres y bebé y a ambos niveles de comunicación, pero el terapeuta, involucrado emocionalmente, puede sentir la tensión o el conflicto entre las necesidades de cada uno.

Lieberman y Van Horn (2008) plantean, por su parte, que la salud mental del niño es el objetivo de la psicoterapia padre-hijo. La mayor amenaza para el bienestar psicológico del niño es un mensaje parental de que él no es suficientemente bueno, junto con prácticas de crianza cargadas con emociones negativas de los padres.

De esta forma, la psicoterapia busca reparar percepciones e interacciones emocionalmente dañinas, y crear o restaurar niveles de regulación emocional, mutualidad e interacciones adecuadas al desarrollo del niño. El objetivo sería liberar al bebé de las distorsiones desplegadas por los padres. El foco estaría entre las dificultades actuales padre-hijo y las memorias de los padres de sus propias experiencias tempranas. Al darse cuenta, los padres podrían percibir al bebé real. En caso que los hijos sean preescolares, se atiende más al niño y a su expresión y se lo debe proteger de las verbalizaciones de sus padres (Lieberman, 1997)

La psicoterapia padres-hijo necesita que el clínico maneje un amplio marco teórico: tanto sobre el desarrollo del niño, incluido los patrones de apego, como desarrollo adulto, incluidas temáticas de la paternidad; debe saber de psicopatología y diagnósticos. Debe poder observar el comportamiento, permitiéndole aplicar conocimientos abstractos en cada caso clínico. Una tarea central es ser traductor entre el padre y el niño, entre ambas experiencias subjetivas, haciendo el lenguaje y el comportamiento de cada uno más comprensible para el otro, para promover la seguridad y la confianza (Lieberman & Van Horn, 2008).

Lieberman (1992) también plantea que este trabajo debe ser flexible, ya que debe acomodarse a las diferentes necesidades, ya sea atender individualmente a los padres o al niño o focalizarse en la relación o alternar entre estas modalidades y acomodarse a diferentes contextos y tareas. Lo fundamental es estar consciente de la razón de las elecciones.

Por su parte, Seligman (1994) esboza que la psicoterapia padre-hijos ofrece una oportunidad especial, ya que en los primeros meses y años de los hijos las representaciones internas y las defensas de los padres están particularmente disponibles para su comprensión y para su desconfirmación a través de la experiencia real con su hijo. Simultáneamente, la transformativa influencia del nacimiento de un bebé y su rápido y dinámico ritmo de desarrollo, crea continuas crisis para los padres y para los niños, creando oportunidad tanto para reprocesar o exacerbar conflictos antiguos asociados con estos periodos. Los infantes responden y amplifican comportamientos nuevos y potencialmente más adaptativos de sus padres, evocando la posibilidad de una "sinergia progresiva", en la cual las respuestas adaptativas se incrementan mutuamente.

Maldonado Duran (2002) plantea que un elemento común de las modalidades de tratamiento descritas por Fraiberg es la relación con el terapeuta; "existe algo así como una experiencia de apego correctiva" (p.124). Esto da cuenta del poder emocional de la actitud empática, de apoyo, de aceptación del terapeuta, que puede contrastar con la expectativa de los padres de abandono, castigo, crítica o ridiculización.

Seligman (1994) señala que lo más terapéutico de las intervenciones padre-hijo son la interacción dinámica entre las representaciones internas y la actualidad externa; los efectos terapéuticos de la empatía y de la relación terapéutica como una relación de apego seguro; y el análisis de las defensas y de la repetición inconsciente de las experiencias traumáticas.

También plantea que la relación terapéutica ofrece la posibilidad de soluciones más flexibles y progresivas del desarrollo, disminuyendo la repetición y proyección, aumentando la responsividad paterna, la que es fomentada y reforzada por el propio hijo. Esto aumenta las imágenes paternas positivas internas, las que serán apoyadas por la identificación con el terapeuta, por el ambiente positivo que se ha proveído y el efecto de interpretaciones que liberan a los padres de la influencia inconsciente de un pasado traumático (Seligman, 1994).

Por último, Stern (1997) bosqueja que habría ciertos rasgos comunes a todas las psicoterapias padre-infante. El primero es que los elementos que componen el método clínico son interdependientes y se influyen mutuamente en forma dinámica y constante, debido a lo cual cuando la terapia altera un elemento, repercute en todos los demás elementos del sistema. El segundo es su condición de ser un tratamiento breve en serie, es decir series de terapias breves que se prolongan durante meses o años. Esto se debe al carácter discontinuo del desarrollo del niño y de la relación padre-hijo, que no permite penetrar de forma sincrónica.

Otro factor común es la utilización de la alianza terapéutica positiva, de la transferencia positiva y de la mirada terapéutica positiva, que son indispensables por tres razones, la primera es que la transferencia de una madre reciente es diferente a otros pacientes; segundo, permite sostener las interrupciones de los tratamientos breves en serie; tercero, por la especial motivación que lleva a iniciar estas terapias, ya que en esta etapa las familias pasan más tiempo tratando de ajustarse a los cambios intrínsecos que intentando iniciarlos (Stern, 1997).

Por último, Stern (1997) traza como elemento común la nueva conexión funcional de las representaciones, que se da al fortalecer, inhibir, sustituir y desinhibir las representaciones de la madre o del bebé o al alterar su umbral de acción, lo que no requiere que se modifique la forma o el contenido de las representaciones, por lo que puede darse en un plazo relativamente corto y que muchas veces explica el rápido cambio que ocurre en estas terapias. Una vez que esto ocurre se crean las condiciones para modificar las representaciones existentes o para crear otras nuevas (Stern, 1997).

Psicoterapia padres-hijo en domicilio

En cuanto a la particularidad de hacer psicoterapia padres-bebé en el hogar de las familias, Finillo (2005), postula que tiene una gran potencia entregar un servicio de salud mental en un setting donde los participantes se sienten cómodos, seguros y contenidos. Otro beneficio es que permite ver la realidad de la vida familiar de los pacientes, observar las relaciones de pareja, con los hermanos, etc. y sus interacciones. Se puede evaluar la calidad y el contexto de vida de la familia, así como observar los rituales familiares. Otro aspecto importante es usar los elementos propios del hogar como medios terapéuticos en el trabajo con el niño, como sus juguetes, los espacios del hogar, los muebles, etc. Esto puede proveer de un modelaje para los padres. Estas intervenciones son más beneficiosas para familias de alto riesgo.

Por su parte, Maldonado Duran (2002) concibe que la intensidad de la psicoterapia padres-bebé sea aún mayor cuando la terapia se realiza en la casa de la familia. El proceso terapéutico se despliega en el ambiente natural del propio espacio del bebé, permitiendo observar cómo se desarrollan las comunes interacciones entre los padres y el infante.

Las visitas domiciliarias proveen un acceso a información invaluable y que de otra forma no estaría disponible sobre la vida de la familia, y reaseguran a los padres que las abrumadoras demandas que surgen con el nacimiento y el desarrollo de los hijos son comprendidas en un nivel práctico.

También implica desafíos, ya que pueden ser impredecibles y sobresaturadoras para terapeutas que están intentando definir cuál de toda la información clínica es la más importante. Difícil resulta mantener el marco terapéutico y aún más la usual abstinencia; surgen nuevas configuraciones de transferencia y contratransferencia, ya que no están presentes algunas de las barreras que usualmente las regulan. Gran parte del trabajo es establecer y mantener una buena alianza de trabajo. Muchas interpretaciones cruciales son realizadas en situaciones irregulares y son integradas con un conjunto de otras tácticas de intervención (Seligman, 1994).

En relación a la psicoterapia padres-hijo, realizadas en el hogar de la familia, Acquarone (2004) propone que son adecuadas cuando los padres están muy perturbados o el bebé es muy frágil. Plantea que la psicoterapia en la casa es difícil, ya que no hay un entrenamiento para esto, sin embargo el entrenamiento en observación de bebés ayuda en este trabajo. Esta intervención, entrega una comprensión más profunda de la realidad de la familia.

Acquarone (2004) esboza que realizar visitas domiciliarias es enfrentar grandes dificultades, ella lo expresa diciendo que implica "enfrentar la enormidad de experiencias primitivas, relacionadas a niveles más básicos de comunicación" (p.241). En estas circunstancias, los terapeutas deben tener en mente la meta, que es facilitar el desarrollo normal. El terapeuta tiene la oportunidad de mirar, sentir y oler las dificultades de la familia; lo central es sintonizar con la familia y encontrar un lenguaje común. En cuanto al encuadre, el terapeuta ofrece un espacio y tiempo de su mente, que se siente psicológicamente. Las distracciones deben tomarse como comunicaciones de la familia, que ayudan a entenderla. En cuanto a la transferencia ocurre aún más dramáticamente y la contratransferencia es la herramienta principal para entender el inconsciente de los participantes, por lo que se debe mantener la observación sobre ésta, para obtener nuevas comprensiones de la familia (Acquarone, 2004).

Uno de los programas preventivos que fue desarrollado en esta línea fue "Minding the Baby", dirigido a jóvenes mujeres embarazadas de poblaciones de alto riesgo, en las que la capacidad de mentalización suele estar disminuida por efecto de eventos traumáticos en sus vidas y la ausencia de cuidadores estables y nutritivos. Por esto, la intervención tenía que ser más intensa y sostenida, era llevada a cabo por clínicos profesionales, con visitas domiciliarias semanales, comenzando con las madres en su segundo trimestre, hasta el segundo cumpleaños de los niños y estando éstas inmersas en centros de salud comunitarios (Slade, 2006).

Slade traza que las investigaciones muestran que los programas de visitas domiciliarias más exitosos en los Estados Unidos han sido realizados por enfermeras o por profesionales de la salud mental (Heinicke et al., 1999 & Olds et al., 2000, citados en Slade, 2006). Slade, Sadler & Mayes (2007) plantean que tanto las enfermeras como los profesionales de la salud mental consideran crucial el desarrollo de la relación entre el visitador y el cuidador.

Profundizando el punto anterior, Slade (2006) postula que desde el punto de vista de la función reflexiva, era importante que los padres pudieran tener a sus hijos en mente tanto en sus necesidades físicas como emocionales; que sintieran que podían contener y regular a sus hijos en sus estados físicos y después lentamente, conocer sus estados mentales.

Fraiberg, a través de la psicoterapia padre-hijo en visitas domiciliarias, fue la primera en abordar las dificultades en la salud mental y en las relaciones, de familias de alto riesgo. Lieberman et al. (1991 & Heinicke et al., 1999, 2000 citados en Slade et al., 2007) han demostrado la efectividad de la psicoterapia intensa

padre- hijo, hecha en el hogar de la familia, mejorando tanto el apego, como las cualidades maternas, después de un año.

Los autores concluyen que las visitas de enfermeras no han podido enfrentar las dificultades de familias de alto riesgo, y las visitas de profesionales de la salud mental no entregan toda la protección que entregan las realizadas por enfermeras. Por esto los autores proponen un programa con un equipo interdisciplinario que unifique las dos perspectivas, que busca promover la función reflexiva. Ésta se entiende como una llave para la salud física y mental y el desarrollo de la madre y el bebé (Slade et al., 1997).

Gelfand, Teti, Seiner & Jameson (1996) describen una intervención realizada a madres con depresión, a través de visitas domiciliarias. Los autores plantean que las visitas domiciliarias han sido muy útiles en tratamientos para madres e infantes con otros problemas como bajo peso al nacer, pobreza, baja escolaridad de los padres, padres solteros, abuso infantil (Benasich, Brooks-Gunn & Clewell, 1991, citado en Gelfand et al., 1996). Las visitadoras eran enfermeras y utilizaron métodos como reaseguramiento de las madres, demostración, instrucción verbal y apoyo, buscando aumentar la confianza materna. La intervención fue exitosa en mejorar al ánimo depresivo de las madres y en reducir su nivel de estrés diario. Aumentó el número de niños con tipo C de apego (resistente-coercitivo), el que se considera mejor que el A (evitativo), ya que por lo menos el niño intenta relacionarse con su cuidador y puede expresar sus emociones.

Características metodológicas y técnicas sobre la Psicoterapia padres-hijos

Desde el modelo S. Fraiberg, descrito por Seligman (1994), el tratamiento se suele dar como una visita domiciliaria semanal de 60 a 90 minutos. El terapeuta se reúne con el infante y la madre, la relación entre ellos es el foco de la intervención; de ser necesario se incluyen otros miembros de la familia.

El programa de Fraiberg atiende a familias que además de sus dificultades psicológicas, enfrentan estresores socioeconómicos. Gran parte del trabajo es establecer y mantener una buena alianza de trabajo, base para las demás intervenciones y permite corregir las relaciones anteriores de los padres, al proveer un contraste con sus expectativas negativas sobre qué puede ocurrir en una relación de cuidado. Así surgen capacidades relacionales inhibidas, ya que la relación terapéutica provee un "campo de seguridad" (Seligman, 1994).

Fraiberg propone diversas herramientas terapéuticas: la interpretación, la guía no didáctica del desarrollo, el apoyo directo, la recomendación y la defensa, descritas en la Tabla 1.

En relación con esto se esboza que los principios analíticos básicos proveen la base para un trabajo no convencional. Aún cuando se puedan utilizar estrategias y herramientas no propiamente "analíticas", la reflectividad interna y la autodisciplina que caracterizan al terapeuta analítico lo distinguen de otros profesionales. Además, concluyen que la aplicación de estrategias analíticas de forma flexible es esencial en el trabajo con hijos de padres con psicopatología que viven en situaciones económicas, sociales, culturales y políticas de desventaja. Varios trabajadores han notado el potencial para un cambio rápido y sustancial con intervenciones cortas con infantes y sus familias, en diversos contextos (Cramer & Stern, 1988, Fraiberg, 1980 y 1981, citado en Seligman, 1994).

Dentro de este marco, la relación terapéutica funciona de diversas formas para producir un cambio. Al proveer un ambiente de apoyo y seguridad emocional, ayuda a los padres a conectarse con temas emocionalmente dolorosas en los cuales, de otra forma, no habrían tenido la oportunidad de pensar. Esta reflexión es aumentada por la interpretación activa y por la observación de la interacción padre-hijo. De esta forma surgen nuevas formas de reflexión, así como nuevas formas de relacionarse, que son amplificadas y estabilizados por las respuestas de sus hijos (Seligman, 1994).

Lieberman y Van Horn (2008) plantean que Fraiberg siempre consideraba que hacer una guía sobre el desarrollo era la primera opción para cambiar las prácticas de los padres, y recomendaba las intervenciones orientadas al insight sólo cuando la psicoeducación de apoyo emocional fallaba en alcanzar los objetivos.

En esta línea, los autores postulan que cuando los padres pueden recordar sus experiencias y los afectos relacionados a éstas, sobre todo en caso de vivencias traumáticas, pueden desarrollar impulsos protectores hacia sus hijos, porque están conscientemente motivados de proteger a su hijo del tipo de vivencias que tuvieron ellos. El principal mecanismo interpretativo de la clásica psicoterapia padre-hijo está envuelto en un mensaje dual, compasión por lo que el padre vivió como niño, y, en ayudar al padre a reconocer el daño que el antiguo dolor puede infligir en su hijo, ayudándolo a buscar nuevas formas de enfrentar el pasado y ser el padre/madre que quiere ser (Lieberman & Van Horn, 2008).

Por otra parte, los autores plantean ciertas características particulares al ser el niño más grande, ya que los síntomas de éste son lo urgente a tratar, más que profundizar en el pasado de los padres. Cuando los niños internalizan las proyecciones de sus padres, y comienzan sus propios procesos de imitar conductas peligrosas, ellos refuerzan y perpetúan los conflictos de los

padres, de formas que no son fáciles de interpretar. Esto lleva a necesidades de flexibilidad en la técnica según cada caso (Lieberman & Van Horn, 2008).

Lieberman y Van Horn (2008) proponen diferentes modalidades de intervención: Momento de Apoyo del Desarrollo, la Guía del Desarrollo Inestructurada y Reflexiva, Modelar adecuados comportamientos protectores, Interpretaciones orientadas al insight, Evaluar Recordadores Traumáticos, Traer Memorias Benevolentes, Apoyo emocional y Atención a la Realidad. Estas intervenciones están descritas en la Tabla 1.

Maldonado Durán (2002) por su parte, ha creado un modelo de intervención llamado Psicoterapia Multi Modal Padre-Infante. Él plantea que el terapeuta cambia de rol y de técnica, dependiendo del problema inicial y de cómo evoluciona la situación, lo que requiere que sea flexible en el uso de técnicas, estrategias y marcos teóricos. En este sentido es muy útil tener un equipo multidisciplinario, en donde se aportan diferentes perspectivas. Para establecer los objetivos terapéuticos, se consideran los problemas, fortalezas y atributos del infante, evaluando cada línea del desarrollo. También se incluye la percepción de la familia de los problemas del infante; sus teorías sobre la naturaleza de éstos; sus causas y los factores que los mantienen; qué desean cambiar y su motivación para el cambio. El terapeuta debe integrar la información y priorizar lo más necesario, considerando también las variables contextuales que favorezcan o dificulten el tratamiento (Maldonado Durán, 2002).

El autor también describe diversas técnicas de intervención: Ayuda Práctica, Entrega de Información Sobre Diversos Temas o Ayudar con Recomendaciones, Apoyo emocional, Consejos del terapeuta, las que se encuentran descritas en la Tabla 1. Además, bosqueja que no es suficiente que los padres puedan recordar eventos de su pasado y liberar el afecto correspondiente, lo fundamental, es que recuerden estas emociones, y que esto permita una reorganización del sentido del self en relación al apego (Maldonado Durán 2002).

Por último, resulta interesante considerar algunos elementos del Programa de Visitas Domiciliarias para Aumentar la Función Reflexiva de los Padres: *Minding the Baby*. La función reflexiva, introducida por Peter Fonagy y sus colegas (Fonagy et al., 1995, citado en Slade) se define como la capacidad individual de mentalizar, de visualizar los estados mentales de los otros, en uno mismo. Ayuda al niño a desarrollar un flexible y adaptativo sentido de autorregulación, y establecer relaciones productivas y sustanciosas.

Dentro de esta intervención era central el desarrollo de la relación terapéutica, ya que ésta mediaba la emergencia de la fun-

ción reflexiva. Además, las preocupaciones únicas y particulares del psicoanálisis pueden ser enorme utilidad para cualquier persona que está criando a un hijo (Slade, 2006).

Shulman destaca el fomento de la curiosidad y el cuestionamiento sobre el niño, enfocándose en la mente del bebé, siendo más sensibles. Esta intervención sería original al unir conceptos psicoanalíticos y modelos de intervención que buscan aumentar la sensibilidad paterna, las que buscan que los padres vean las interacciones diarias con sus hijos como objetos de contemplación (Shulman, 2006).

Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn & Juffer (2003) realizaron un metaanálisis de intervenciones en apego, y en sensibilidad en la infancia temprana. Ellos concluyeron que las intervenciones más efectivas usan un número moderado de sesiones y un claro enfoque comportamental. Las intervenciones que fueron más efectivas en aumentar la sensibilidad materna/paterna también fueron las más efectivas en aumentar el apego seguro, lo que apoya la noción de la relación causal de la sensibilidad en formar el apego.

También encontraron que las intervenciones focalizadas sólo en aumentar la sensibilidad eran las más efectivas. Asimismo se encontró que la intervención con video feedback era más efectiva que las que no lo usaban. Concluyeron que las intervenciones con menos de 5 sesiones eran igual de efectivas que las que tenían entre 5 y 16 sesiones, y ambas eran más efectivas que las con más de 16.

Otro resultado fue que las intervenciones que comenzaban después del nacimiento, eran más efectivas que las que comenzaban en el embarazo o en los primeros 6 meses. Igualmente encontraron que las intervenciones hechas en el hogar eran igual de positivas que las hechas en otros contextos (Bakermans-Kranenburg et al., 2003).

Sin embargo, por otra parte Egeland et al. (2000, en Berlin, 2007) argumenta que más es mejor, que las intervenciones comprensivas, intensivas pueden realmente producir cambios. Lo que iría en la línea de lo propuesto, anteriormente, por Lieberman y Sadler en sus estudios.

Gomby, Culross & Behrman (1999), en un análisis de diversos programas que funcionan con visitas domiciliarias, concluyeron que no se encontraron grandes beneficios en ninguna. Por esto recomiendan explorar qué familias tienden a involucrarse mejor y a beneficiarse más de estos servicios. También, se concluyó que al intentar beneficiar a los niños, a través de la educación de los padres, son éstos los que obtienen los mejores resultados

y no los niños. Por esto, plantean que para promover el desarrollo de los niños, se debe focalizar en ellos.

Por último, Berlin (2007) diseña que numerosas investigaciones han concluido que lo fundamental es definir y evaluar a la población, estados del apego, características personales, circunstancias de vida, para poder determinar qué tipo de intervención es más efectiva para cada quien.

Objetivos generales y específicos

A partir de lo anterior, el Objetivo General de la presente investigación es: Describir una intervención de psicoterapia padres-hijos, de orientación psicoanalítica en el contexto de visitas domiciliarias, desarrollado con familias que asisten al "Taller Juguemos con Nuestros Hijos" impartido en el Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado, de Puente Alto.

Los objetivos específicos serían:

- Identificar y describir los diferentes elementos que conforman una intervención
- Identificar facilitadores y obstaculizadores de intervención
- Describir los aspectos de la intervención reconocidos por la paciente como de ayuda.

Metodología

El diseño del presente trabajo es exploratorio descriptivo.

Participantes

El caso presentado corresponde a una diada que asiste al Taller Juguemos con Nuestros Hijos, del CESFAM San Alberto Hurtado de Puente Alto. La diada está compuesta por la madre (M) una mujer de 36 años, dueña de casa y su tercera hija de 2 años y medio (H). Reciben visitas domiciliarias, ya que en las sesiones del taller la madre manifiesta sentirse muy sobrepasada por las demandas de su hija, además de estar cursando una depresión posparto que se ha perpetuado por más de dos años. Recibe tratamiento farmacológico para la depresión, indicado y controlado por los médicos familiares del CESFAM. Ha asistido en varias ocasiones a entrevistas con psicólogos, pero nunca ha querido hacer una psicoterapia. Junto con lo anterior, en las sesiones del taller fue posible observar características de un apego ansioso en la hija, lo que no le permitía separarse de su madre en ningún momento, ni interactuar con las demás personas.

A raíz de lo anterior se le ofrece, a través de visitas domiciliarias, poder tener un espacio de conversación para entender mejor lo que estaba ocurriendo. La terapeuta es psicóloga y lleva 6 años trabajando con mamás y niños pequeños.

Tabla N°1

Distribución según rendimiento académico y nivel de ansiedad

Modelo Fraiberg "Psicoterapia en la Cocina" (Seligman, 1994)	Lieberman y Van Horn (2008)	Psicoterapia Multi Modal Padre-Infante de Maldonado Durán (2002)
<p>Interpretación: Ayuda a los padres a tomar consciencia sobre la reactuación inconsciente de sus experiencias traumáticas, con sus propios hijos. Pueden ser realizadas en diversas situaciones, hasta caminando a comprar el pan.</p>	<p>Interpretaciones orientadas al insight: buscan clarificar los significados inconscientes del comportamiento, aumentando la autocomprensión. Ayuda a los padres a entender la repetición inconsciente de su propio pasado, corregir y liberarlos de las percepciones distorsionadas de su hijo, para aprender prácticas de crianza adecuadas al desarrollo de su hijo.</p>	<p>Interpretaciones: no es suficiente que los padres puedan recordar eventos de su pasado y liberar el afecto correspondiente; lo fundamental es que puedan retener en su memoria estas emociones y que esto permita una reorganización del sentido del self en relación al apego.</p>
<p>Guía no didáctica del desarrollo: considera significados, afectos, desarrollo de los padres y del infante y la transferencia. Incluye consejos y estrategias que incentivan a mirar a sus hijos desde perspectivas diferentes</p>	<p>Guía del Desarrollo Inestructurada y Reflexiva: Información sobre comportamiento, necesidades y sentimientos, según cada etapa, según surja en sesión. Alienta a los padres a integrar pensamiento y emoción en una forma nueva y empática.</p>	<p>Entrega de información sobre diversos temas o ayudar con recomendaciones, reasegurando, aliviando y ayudando a los padres a resolver problemas.</p>
<p>Apoyo directo, la recomendación y la defensa, que refuerzan directamente la relación de cuidado, incluyendo ayuda concreta. Al aliviar a los padres genera esperanza, nuevas identificaciones, nuevas oportunidades para actividades.</p>	<p>Apoyo emocional: a través de palabras y acciones transmitir la esperanza de alcanzar las metas del tratamiento, compartir la satisfacción de alcanzar metas personales, ayudar a mantener buenas estrategias de enfrentamiento, señalar el progreso, fomentar la autoexpresión y apoyar la prueba de realidad.</p>	<p><i>Apoyo emocional:</i> implica "estar con" los padres y el infante, compartir experiencias, preocupaciones, ansiedades y dolor emocional, así como su alegría y esperanza. Ser un contenedor de sentimientos y experiencias y reasegurar a los padres que están haciendo un buen trabajo, para que sigan esforzándose.</p>
	<p>Atención a la Realidad: como intervención en crisis, manejo de casos, asistencia concreta. Es la primera en poblaciones de alto riesgo, ya que la respuesta a las necesidades de ayuda concreta genera mayor apertura de los padres a los profesionales.</p>	<p><i>Consejos del terapeuta:</i> recomendaciones comportamentales, para resolver problemas concretos, asumiendo el lugar del experto. Sirve para involucrar a ciertas familias y preservar su motivación.</p>
	<p>Otros: Evaluar recordadores traumáticos; Traer memorias benevolentes (sustentan la autovalía, fuerzas protectoras, factor mutativo); Momento de Apoyo del Desarrollo (explorar temas como seguridad, aprendizaje, aumentando repertorio conductual y lingüístico); Modelar adecuados comportamientos protectores</p>	<p><i>Ayuda Práctica:</i> busca crear circunstancias más favorables para la familia que viven en situaciones adversas, aumentando su disponibilidad emocional, la paciencia y el disfrute. Desarrolla confianza en el terapeuta.</p>

Se realizan 3 visitas domiciliarias, las dos primeras se realizan con una semana de diferencia, la tercera ocurre un mes después. Después de dos semanas del término, una monitora comunitaria, que trabaja en el Taller le realiza una entrevista.

Técnica de Recolección de Datos: Como técnica de recolección de datos, se usó la observación del caso y su posterior registro en cuadernos de campo, así como una entrevista semi-estructurada que fue grabada en audio y transcrita.

Procedimiento de Análisis: Al registro del caso y a la entrevista se le aplicó un análisis cualitativo descriptivo. Específicamente, se realizó el procedimiento descrito en el método de la Teoría Fundada. Este análisis se realizó con el fin de generar conceptos y categorías sobre cómo afecta el contexto domiciliario en la intervención, los tipos intervenciones realizadas y las respuestas de la madre a éstas. Esto se generó a través de un proceso inductivo y por medio de dos operaciones analíticas básicas: formularse preguntas como ¿de qué habla este extracto? y hacer comparaciones ¿habla de lo mismo que ya he conceptualizado? (Tomicic, Bauer, Martínez, Reinoso & Guzmán, 2009).

De este modo, se obtuvieron conceptos y categorías que se organizaron en esquemas de clasificación que se presentan a con-

tinuación. No se buscó obtener resultados generalizables, sino generativos, que describan el tema estudiado, generando una discusión sobre éste.

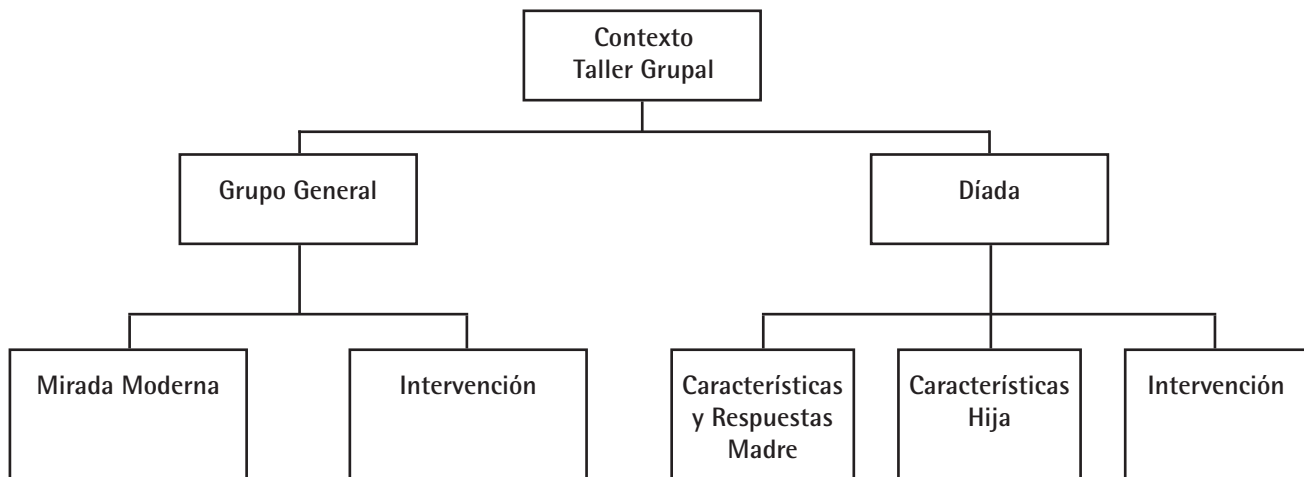
Resultados

Del análisis descriptivo de los apuntes de la intervención realizada a la díada y a la entrevista realizada a la madre, emergieron dos categorías centrales: la primera es el Contexto del Taller Grupal; la segunda, bastante más extensa, es el Contexto de Visitas Domiciliarias. A continuación se expondrán estas categorías con las subcategorías, conceptos y propiedades que las conforman, junto con algunos ejemplos.

En el Contexto del Taller Grupal (figura 1) se hace referencia a dos situaciones, por una parte se refiere al grupo general, donde se describe la mirada de las madres a sus hijos, la que en un comienzo es negativa, pero que luego presenta un cambio positivo. También, se describen diversas intervenciones realizadas por la terapeuta, como señalamiento de esta mirada materna, indicaciones de observar a sus hijos y buscar el sentido de sus acciones e información sobre diversos temas del desarrollo, como las características y manejo de las pataletas y la importancia de las normas y límites.

Figura N°1

Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría Contexto Taller Grupal



La segunda situación que se describe es la diada, en este contexto general. De la madre se hace referencia a su inscripción voluntaria en el taller, a su participación activa en éste; dentro de su participación se detalla que habla abiertamente de sus dificultades con su hija y de su depresión postparto. De la hija se describe que no se separa de su madre y que no socializa con otros niños ni con las tías del taller.

Luego se describen diversas intervenciones realizadas por la terapeuta a la madre en este contexto, como el señalamiento de la interacción observada: *"pareciera que mientras más usted intenta alejarse, ella más se apega a usted"*; las interpretaciones, basadas en las asociaciones de la madre e indicaciones a la madre de mirar más a la hija, considerar sus sentimientos o de poder disfrutar con ella. Por último, se entrega la hipótesis de que si la niña se siente segura, se podría separar. La madre responde tomando el señalamiento y asociando con que su hija fue un embarazo no deseado y que la rechazó al nacer, expresando el sentimiento de culpa asociado a esto.

En el *Contexto de Visitas Domiciliarias* se describen diversas subcategorías:

Condiciones contextuales

Al comienzo, se mencionan las características de la casa, como su limpieza y orden, su silencio y oscuridad; luego, se describe

el encuadre de la intervención y se nombra que la hija duerme la siesta en el segundo piso, las participantes están sentadas en el living, frente a frente, y la TV suele estar prendida con volumen bajo. Se menciona que en este contexto la terapeuta está nerviosa y atenta al entorno, y la madre se ve tranquila y habla espontáneamente.

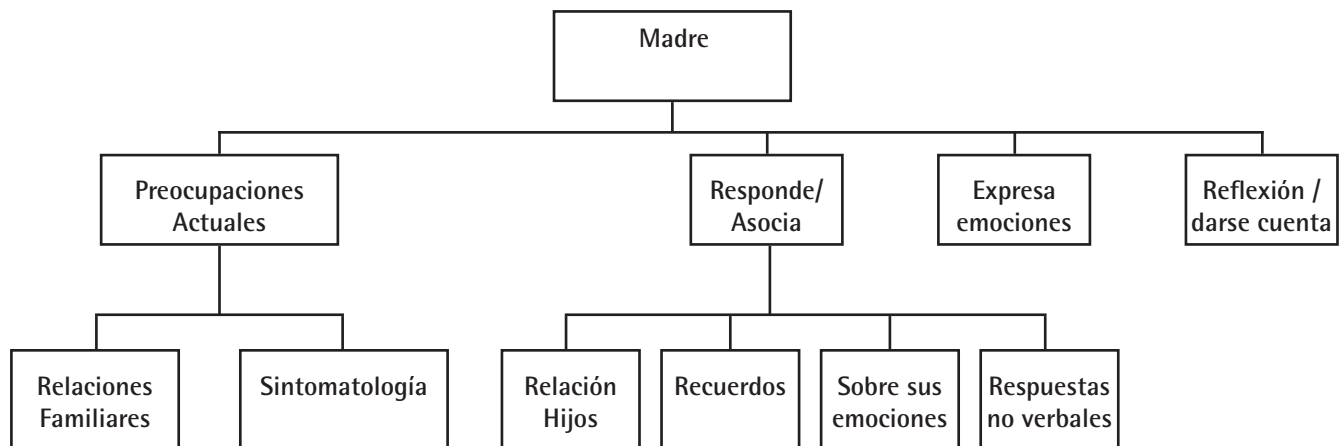
Expresiones de la madre

Dentro de esta subcategoría (figura 2), se organizan las diversas expresiones que la madre tiene en el curso de la intervención. Lo primero que se describe son las preocupaciones actuales de la madre. Algunas giran en torno a las relaciones familiares, como la enfermedad de su hija mayor y el temor a que viva situaciones de acoso; también se mencionan los problemas en la relación con el marido, como la falta de interés de él y la falta de vida de pareja. También se describen la enfermedad del padre y la de la madre, que generan dudas sobre cómo enfrentarlas; temor del viaje en bus al sur, y la necesidad de trabajar para mandar dinero. Por último se nombran los problemas de la relación con la hija menor, que la limitan.

Dentro de las preocupaciones actuales además se describe su sintomatología, como crisis de pánico, depresión posparto, su rechazo a la psicoterapia y los problemas con la medicación, como malestares, daño en la dentadura, búsqueda de nuevos especialistas y consultorios.

Figura N°2

Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría Expresiones de la Madre



Luego se describen las respuestas y asociaciones de la madre ante las intervenciones, como dar cuenta de la relación con sus hijos y respuestas no verbales, como sonreír, asentir y emocionarse. Asimismo se describen diversos recuerdos, divididos en los de la infancia y los del nacimiento de su hija. Dentro de los recuerdos de la infancia, surgen recuerdos sobre la mala relación con su madre, describiéndose su frialdad, su agresión, su falta de cuidado, la culpabilización a la hija de lo malo que le sucede y la obligación a trabajar. También se menciona que es la mayor de cuatro hermanos a quienes tuvo que cuidar, pese a no sentirse capaz. Dentro de estos recuerdos igualmente se nombra que fue entregada a otra familia a los 5 años y que vuelve 2 años después y que, al salir a trabajar a los 13 años, es acosada sexualmente por sus patrones. Finalmente, se menciona que se entera por accidente que no es hija de su padre. De los recuerdos del nacimiento de su hija menor la madre menciona la angustia, dolor, rechazo a la hija y estados confusionales.

De las respuestas y asociaciones se nombran las diferentes ideas expuestas sobre sus emociones. Se menciona el terror, que la madre siente intensamente desde su infancia hasta la actualidad. Luego, se menciona la rabia, sentida hacia su madre, tanto por el pasado como por tener que cuidarla ahora, así como la rabia hacia su marido por su desinterés y hacia sus hijos por tener que cuidarlos, especialmente hacia su hija menor, por su dependencia. Después, se nombra la culpa asociada al rechazo de su hija menor y por no poder hacerlo todo perfecto. Últimamente, sus referencias al sufrimiento y pena ligados especialmente a su pasado.

Dentro de las expresiones de la madre, se encuentran sus expresiones emocionales durante la intervención, como el temor ligado a quedarse sola en la casa y a que sus hijos les pase algo; el dolor por su pasado que se expresa en llantos en las sesiones; la rabia que expresa al referirse a su madre *"siento que la odio"* y a la dependencia de su hija; en fin, el asco que expresa al recordar los acosos.

Finalmente se encuentran las reflexiones o *insight*, como el relacionar sus crisis de pánico con su historia; como el darse cuenta de que su hija es quien lleva la relación entre ellas; el reconocer que se alivia al hablar sus temas; el intentar hacer el duelo *"estoy mejor, de a poco dar vuelta la página, ahora estoy tratando de hacer cosas para mí" o el ir diferenciando, lo suyo de lo de sus hijos: "ahí pienso en lo que dice usted de que esto es mío, la oscuridad, la soledad"*.

Intervenciones del terapeuta

Dentro de esta subcategoría se describen las diversas herramientas o técnicas que usa la terapeuta en la intervención

domiciliaria. La primera y usada reiteradamente es el *señalamiento*, ya sea en relación a las emociones de la madre, como la presencia actual de un dolor antiguo o la semejanza entre el temor que ella describe, y el presente en su hija: *"escuchándola pienso cómo ese mismo temor que usted siente parece estar presente en su hija, en esa necesidad de estar con usted"*. También se usa en relación a su personalidad, como los recursos que muestra en diversas situaciones o la presencia de dos aspectos de su personalidad: *"a veces me parece escucharla de formas diferentes, que por un lado la veo más fuerte, más decidida, queriendo saber, con proyectos, y por otra la escucho quejándose, sintiéndose mal consigo misma, débil, dejando que su hija le pegue"*. Además, se señalan conductas y aspectos de la hija, como que se ve menor que su edad.

Otra intervención detallada es la *interpretación*, que durante la intervención se da en pocas ocasiones y cuyos contenidos se repiten. Hay sobre la madre, como la proyección en sus hijos de sus conflictos o que es difícil cuidar a sus hijos, cuando ella no se ha sentido cuidada. O sobre su interacción con su hija, por ejemplo el temor de ésta a su deseo de alejarla o *"pareciera que lo que pasa con sus hijos es justo lo contrario de lo que le pasó a usted con su mamá. Ella la desprotegió y ahora usted sobreprotege a sus hijos"*.

Otra intervención detallada es la *Indicación*, que se da en relación a sus hijos, buscando que distinga sus temas de los de ellos; en relación a la hija, para que mire y considere sus sentimientos; en relación a la madre, para que haga y acepte el duelo de su pasado o para que confíe en sí misma, y evalúe bien antes de tomar decisiones.

Igualmente, se mencionan las hipótesis de la terapeuta que se expresan en sus intervenciones, como que el darse cuenta ayuda; que si la hija se siente segura se podrá independizar; que un embarazo no deseado, junto con una depresión post parto, podría explicar un rechazo a la hija.

La terapeuta usa reiteradamente la *autodevelación*, ya sea basada en su percepción personal *"siento que es muy difícil la situación que estás viviendo"*; en su comprensión personal o en su opinión personal *"me parece muy interesante lo que has pensado"*.

Otra técnica descrita es el *refuerzo*, ya sea de los recursos de la madre, expresado de forma explícita *"en lo que me cuentas podemos ver tus recursos, en la forma que pudiste poner límites"*, de sus reflexiones y cuestionamientos y de sus fortalezas. Además, se menciona la *validación empática* del dolor y sufrimiento de la madre, ya sean del pasado o del presente y de las dificultades que ha debido y debe enfrentar.

Otra intervención mencionada es la *indagación*, formulada como preguntas para profundizar y aclarar diversos temas y como estrategia para generar cuestionamiento en la madre *"¿quién desea que ella siga siendo guagua para siempre? ¿Por qué será este deseo?"*. También, se describe la *aclaración* de algunas ideas de la paciente que se presentan de manera confusa, junto con la nominación de algunas emociones que la madre expresa. Otra intervención es la *devolución de la pregunta*, estrategia utilizada para que la madre encuentre sus respuestas. Por último, se entregaron consejos sobre situaciones concretas como *"sería bueno que sigan asistiendo al taller"* e *información* sobre aspectos específicos, como la diferencia entre un psiquiatra y un neurólogo.

Reflexiones del terapeuta durante la intervención en visitas domiciliarias

Se describen reflexiones sobre la madre, como la dificultad de imaginar dónde entran las relaciones con sus otros hijos. Asimismo, se plantea lo infantil de su aspecto en algunos momentos y la facilidad con que se queda en un discurso sufriente, de quejas; ligado con esto se nombra la percepción de la necesidad de la madre que se valide su rabia. Finalmente se menciona cómo, al finalizar, da cuenta de sus logros.

Sobre la hija, reflexiones que fueron expuestas como señalamientos, como el que se ve más chica. Sobre la interacción, se menciona que pareciera que la madre teme más que su hija y que al finalizar deja de ser un problema para su madre, ya que la puede normalizar.

Sobre la intervención se mencionan diversas reflexiones, la primera es que abre recuerdos dolorosos de la madre. Luego se describen diversos conflictos de la terapeuta como el decidir cuánto empatizar, validando lo doloroso de su historia y cuánto ayudarla a salir de este lugar de víctima; en relación con esto está el temor a que la paciente se quede fijada en este lugar y, por otra parte, la valoración genuina de sus recursos y de los otros aspectos de su personalidad. Además se menciona la dificultad de la terapeuta de no responder a la demanda de cómo enfrentar la

enfermedad de los padres, ya que siente positivo mantener a la paciente en el lugar de rabia por parecerle más genuina.

Al cabo, como parte de las reflexiones de la terapeuta, se menciona la valoración de la intervención a medida que va ocurriendo; por una parte se plantea como positivo el pensar y abrir temas juntas con la madre y el confiar en el proceso; como negativo se nombra la personalidad compleja de la madre, con mucha sintomatología y el surgimiento de recuerdos traumáticos que la terapeuta no sabe si podrá contener. Además se nombran reflexiones sobre los apuntes, que en la primera sesión son muy pobres, lo que se liga al nerviosismo de la terapeuta y a su atención al contexto.

Vivencias del terapeuta durante la intervención en visitas domiciliarias

En esta subcategoría se describen diversas vivencias, la primera descrita es la sorpresa, por ejemplo ante el nivel de temor con que vive actualmente la madre. Asimismo se menciona la empatía con el sufrimiento de la madre, especialmente relacionado con sus recuerdos dolorosos. Otra vivencia nombrada es la rabia, que surge ante la constante victimización y quejas de la madre, y ante la proyección de sus conflictos en sus hijos. Relacionado con lo anterior se menciona la sensación de peligro o temor de que la paciente se quede en este lugar de sufriente, y del mal que le podría hacer sus hijos al proyectarle sus conflictos.

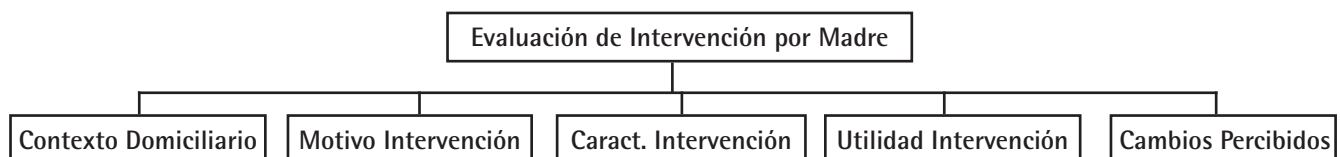
Finalmente se menciona la confusión o conflictos de la terapeuta sobre cómo intervenir y el cansancio por la intensidad emocional.

Evaluación final de la intervención realizada por la madre

Mencionada en los apuntes de las sesiones, principalmente en la transcripción de la entrevista. Sobre la intervención en contexto domiciliario, a la madre le parece muy positivo, mencionando mayor confianza y comodidad, mejor vínculo con la terapeuta: *"en mi casa yo me sentí más cómoda, es mucho mejor la conexión que hay con la psicóloga"*.

Figura N°3

Esquema de Clasificación Jerárquico de la Evaluación de Intervención por la Madre



En cuanto al motivo de la intervención la madre primero menciona su depresión y luego se refiere al apego de su hija: *"Era como que yo no me podía despegar de ella, a mi me costó un mundo, nos costó a ambas"*.

En relación al encuadre, la madre menciona que le intervención se daba como conversaciones sobre diversos temas, como su maternidad, su pasado y sus problemas actuales; también se conversaba sobre su hija. Se menciona que esta conversación ayudaba a centrarla y ella lo percibía como una mirada materna: *"hacia falta esa persona, como de la mamá a hija, que diga "está haciéndolo bien usted"*.

En cuanto a la utilidad de la intervención, se menciona el compartir temas personales, el comprenderse a sí misma, el cambio en la manera de mirarse a sí misma y mejoría de la autoestima y de la seguridad personal. En relación a los cambios percibidos producto de la intervención, en la madre se nombra el aumento de la atención a los sentimientos de la hija; el aumento de la reflexión; el conectar sentimientos y conductas tanto en sí misma como en su hija; el asumir una postura más activa ante su hija, por ejemplo, al poder poner límites; poder salir sola; no angustiarse ante el llanto de la hija; poder ir separando sus conflictos de los de sus hijos: *"Eso también lo logré un poco con la psicóloga, que logré sacarme un poco ese llanto, es que era como un llanto que yo traía desde niña, entonces que era yo, entonces todo me reflejaba yo en los niños, pero con la Mayra ahora estamos superando muchas cosa", "Sí, a me sirvió mucho el taller, que la psicóloga viniera para la casa, hablar las cosas de mi niñez, cosas que yo no podría hablar con otra persona y nunca lo había hablado"*

En cuanto a la hija, se nombra el que está durmiendo sola; ya no se angustia ante las salidas de la madre; está más independiente.

Discusión

De los resultados expuestos se pueden discutir diversos elementos. En primer lugar, resulta interesante lo positivo que le resulta a la madre el contexto de la intervención, la confianza y tranquilidad que le genera, permitiéndole abrir temas que al parecer nunca había abierto con otro profesional. En esta misma línea, es interesante discutir cómo influyó en el terapeuta este contexto; en la primera sesión se describe el nerviosismo ante este nuevo contexto y su atención puesta en la casa; sin embargo la mayoría de las reflexiones de ésta son en torno a la madre y lo que ella va instalando en la conversación y a las observaciones de la hija.

Empero, pese a que en ese momento la terapeuta no se siente especialmente tomada por el contexto, al analizar sus interven-

ciones se pueden observar diversas situaciones. Por una parte resulta clara la utilidad que tiene para la terapeuta el uso del señalamiento, que también es usado en el contexto grupal, ya que es usado reiteradamente, y a partir de éste se anudan las demás intervenciones como las interpretaciones. El señalamiento permite dar cuenta de lo ostensivo, descrito por Ahumada (1999) como aquello que puede ser señalado, lo observable que se relaciona con el campo de lo perceptual, permite hacer observables los estados y procesos inconscientes, esencialmente subjetivos e inaccesibles aún a la introspección. La utilidad de esto, es que es un aspecto igualmente evidente tanto para la madre como para la terapeuta, y permite partir desde lo que está ocurriendo aquí y ahora para ambas.

Esto es especialmente útil en la observación de la interacción o del niño, junto a la madre, ya que permite abrir campos de atención para ambas y permitir el ingreso de una mirada y lectura diferente en un sistema que suele estar más cerrado, como es la díada madre-hijo.

Para permitir este tipo de atención y observación, Ahumada (1999) plantea que depende de la habilidad del terapeuta para lograr un campo observacional para el paciente y para sí, el mantenimiento de su neutralidad, de su capacidad de observación e intuición y de los *insights* contratransferenciales que alcance. El autor plantea que este sería un aspecto relevante de la mirada psicoanalítica, y resulta muy interesante constatar que esta mirada es posible, aún en un contexto tan diferente al clásicamente psicoanalítico.

Se podría esbozar que esta nueva mirada tiene importantes implicancias para la madre. De alguna forma, ella también va pudiendo mirar de una manera diferente a su hija, prestándole más atención a sus características, conductas y emociones, mirándola más a ella y menos desde ella: *"me he dado cuenta que mi hija tiene la fantasía de que yo me voy a ir, que la voy a dejar, he pensado que por eso necesita estar encima mío todo el rato"*. En relación con este punto, podemos pensar en lo fundamental que resulta para la hija esta nueva capacidad de observación de la madre, tal como lo plantea Winnicott (1971) postulando que el bebé al mirar a su madre, *"por lo general se ve a sí mismo"* (p.148), sin embargo, muchos bebés tienen la experiencia de no recibir de vuelta lo que da, sino encontrarse con una madre que refleja su propio estado de ánimo o, la rigidez de sus propias defensas. Es posible pensar que, debido a la larga depresión posparto de la madre, esta mirada se puede haber visto dificultada.

Asimismo se puede hipotetizar que este cambio en la mirada también fue significativo para la madre, ya que ella manifiesta haberse encontrado con lo que ella sintió como una mirada ma-

terna y que no juzgaba sus acciones: *"hay cosas que uno cree que son malas, pero no son malas, son cosas que uno piensa que va a hacerle daño a la bebé, pero no era así. Por eso su ayuda fue fundamental en este caso para mí"*.

Otro aspecto llamativo fue que la terapeuta utilizó en muchas intervenciones el autodevelamiento, como una manera de formular sus injerencias. Más allá de la discusión en torno a esta herramienta, una implicancia de esta manera de formular es que el terapeuta asume y reconoce la subjetividad de su observación, comprensión y verbalización. Es decir, se sitúa en un lugar de humildad, de no poseedor de una verdad, sino más bien como poseedor de una otra mirada, de algunas ideas y cierta información.

Esta idea está presente en autores como Winnicott quien plantea: *"No puedo decirle qué debe hacer exactamente, pero sí hablar sobre lo que todo ello significa"* (p.11) *"muchas veces arruina su tarea al tratar de seguir consejos ajenos"* (p.12) y Dolto (1999) quien menciona que *"los padres muchas veces desean que se les responda inmediatamente a su pregunta ¿qué debo hacer? Con alguna receta. Soy completamente incapaz de responder a esa pregunta"* (p. 57) y plantea que si lo ha podido hacer alguna vez es porque después de comunicarse en profundidad con los padres, ellos sugerían o entreveían una solución.

Sin embargo, este planteamiento difiere de algunos modelos expuestos en el marco teórico, ya que por ejemplo Maldonado Durán (2002), señala que son necesarias intervenciones como la Ayuda Práctica o el Consejo, ya que estas intervenciones permiten desarrollar confianza en el terapeuta y ayudar a involucrar y motivar a ciertas familias, ya que de no hacerlo podrían sentir que el terapeuta no los está ayudando en lo que necesitan.

Más allá de criticar estas ideas o rechazar su uso, sería interesante considerar qué tipo de intervención produce un impacto mayor en las diadas. Es innegable que estas intervenciones directivas pueden ser útiles, o basadas en teorías científicamente comprobadas, sin embargo, priven a los padres de una oportunidad de abrir un cuestionamiento y encontrar las respuestas por sí mismos, situándose ellos como los expertos en sus propias vidas.

Esto se relaciona, profundamente, con lo propuesto por Winnicott (1996), quien sostiene que si las intervenciones o interpretaciones del analista se basan en su propio conocimiento acumulado o en su adhesión a cierto grupo de ideas, en vez de las claves del paciente, *"es inútil para el paciente. La interpretación correcta es un trauma que el paciente debe rechazar, porque en última instancia esta interpretación no es suya"* (p.66).

En relación con esto, es posible observar que la terapeuta, en diversas ocasiones, se encuentra intentando pensar desde sus conocimientos, buscando causas o explicaciones de la interacción que observa. De esta forma, se describen hipótesis formuladas con sus conocimientos, que se encuentran a la base de sus intervenciones, o se mencionan interpretaciones que la terapeuta piensa y que luego presenta a la madre. Así la terapeuta cierra, tapa, en vez de ubicarse en la pregunta, en el no saber y estar dispuesta a entrar en esa dimensión con la madre, permitiéndole resignificar o encontrarse con nuevos aspectos de sí misma.

De la misma manera, al observar las reflexiones y vivencias de la terapeuta, es posible observar muchos elementos que no fueron puestos en juego con la paciente, y que habrían permitido considerar nuevos elementos y profundizar en la vivencia de la madre. Así es viable pensar que la terapeuta estaba tomada por otros aspectos, teniendo menos cabida para una mirada más abierta y atenta hacia la madre y hacia sí misma.

Es posible pensar diversas razones, como el ser la primera intervención realizada por la terapeuta en este contexto o el temor a abrir más elementos de los que se pudieran sostener en una intervención breve y orientada a la relación madre-hija, o el encontrarse con una madre con una personalidad compleja, que presenta diversa sintomatología, lo que la puede haber llevado a realizar intervenciones más de apoyo, como la validación empática y el refuerzo.

Pese a lo anterior, se observan cambios significativos en la paciente y en la relación con su hija. Éstos se pueden deber en parte a algunas intervenciones que buscaban el sentido y significación de las conductas y verbalizaciones, tanto de la madre como de su hija, lo que se puede entender como intervenciones orientadas a la mentalización. Esto produjo que la madre comenzara a observar más a sus hijos y, pensara sobre las emociones que estarían a la base de su conducta, y despertó reflexiones sobre sí misma: *"A mí me sirvió bastante para comprenderme a mí misma, para entender lo que yo creía que estaba malo, pero que al fin y al cabo no estaba malo, sino que me faltaba confianza en mí misma", "Me sirvió para entender que yo tengo que tener paciencia con la niña, sobre todo con las pataletas"*.

Otro aspecto relevante es que en casi todas las verbalizaciones de la terapeuta se observaban intervenciones, como la validación afectiva y el reforzamiento de sus recursos. La constante presencia de estas intervenciones fue fortaleciendo el vínculo entre la madre y la terapeuta, lo que fue muy significativo para la paciente, quien pudo abrir aspectos de su historia que nunca había compartido: *"hablar las cosas de mi niñez, cosas que yo no podría hablar con otra persona y nunca lo había"*.

hablado...". Además, la madre plantea grandes cambios en la mirada sobre sí misma, como una mayor comprensión de sí misma, mayor seguridad y aumento de su autoestima: "Tuvimos un cambio que se nota, tanto para mi hija, como para mí personalmente, en mi autoestima; hay cosas que uno cree que son malas, pero no son malas".

Esto se puede asociar a lo descrito por Stern, sobre la importancia de la mirada positiva a la madre como un elemento común a toda este tipo de psicoterapia, y cómo esta mirada permite fortalecer el vínculo y así poder, generar lo que Maldonado Durán (2002), describe como la experiencia emocional correctiva, que puede ocurrir a través del vínculo con el terapeuta: "era como centrarme, como yo sentirme segura que lo que estaba haciendo estaba bien. Hacía falta esa persona, como de la mamá hija, que diga está haciéndolo bien usted". Desde esto es posible comprender la rapidez e intensidad del cambio.

Asimismo es importante rescatar que, pese a que a la terapeuta le es difícil sostener una postura de mayor apertura, no realiza intervenciones directivas o concretas, sobre cómo la madre debiera relacionarse con su hija. Hay un cuidado especial por

no dar recetas sobre esto y no situarse en el lugar del experto, respetando los ritmos de la diada, la forma de relacionarse de la madre y el conocimiento que ésta tiene sobre su hija.

Desde esta idea, sería posible pensar que uno de los grandes factores de cambio ocurre cuando las madres pueden sentir que hay otro interesado por ellas y por sus hijos, que es capaz de observar con respeto y que las valida como personas capaces de cuestionarse y de encontrar desde este lugar las ideas y respuestas que les hagan sentido, para sí mismas y sus hijos.

Sin embargo es necesario finalizar planteando que con esta breve discusión no se pretende llegar a conclusiones sobre este tema. Es un caso único no generalizable, pero sí generativo, que permite discutir las intervenciones psicoanalíticas en contextos públicos.

En relación con esto se busca llevar el cuestionamiento psicoanalítico sobre qué es lo que genera el cambio psíquico o promueve nuevas significaciones, en encuadres y contextos tan poco ortodoxos como los descritos en este trabajo, abriendo la posibilidad de comprender e intervenir psicoanalíticamente en ellos.

Bibliografía

1. Acquarone, S. (2004) *Infant-Parent Psychotherapy. A Handbook*. Ed: H Karnac: Londres.
2. Ahumada, J. (1999) *Descubrimientos y Refutaciones*. Editorial Biblioteca Nueva.
3. Bakermans-Kranenburg, M., van Ijzendoorn, M., Et Juffer, F. (2003) *Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood*. Psychological Bulletin, Vol 129, 2, 195- 215.
4. Berlin, L. (2007) *Interventions to Enhance Early Attachments. The State of the Field Today*. En Berlin, L., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., et Greenberg, M. (Eds.) *Enhancing Early Attachment. Theory, Research, Intervencion and Policy*. (pp 3- 33) The Guilford Press: Nueva York.
5. Chile, Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo, Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia (2008) *Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia*. Santiago: Autores.
6. Dolto, F. (1999) *La Educación en el Núcleo Familiar: Preguntas, Inseguridades y Límites*. Ed. Paidós: Barcelona.
7. Finello K. (2005), *The Handbook of training and practice in infant and preschool mental health*. Ed.Wiley.
8. Gelfand, D., Tet, D., Seiner, S., Jameson, P. (1996) *Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 1537-4424, Volume 25, Issue 4, 406 - 422
9. Gomby, D., Culross, P, Behrman, R. (1999) *Home Visiting: Recent Program Evaluations—Analysis and Recommendations*. The Future of Children, 9, 4-26.
10. Lecannelier, F, Goldstein, N., Pollak, D. (2007) *Psicoterapia Padres-Bebé*. Revista Psicología Et Sociedad.
11. Lieberman, A. (1992) *Infant-parent psychotherapy with toddlers*. Development and Psychopathology, 4(1992), 559-574
12. Lieberman, A., Van Horn, P. (1997) *Mental Health Assessment of Infants, Toddlers and Preschoolers in a Service Program and a Treatment Outcome Research Program*. Infant Mental Health Journal, Vol. 18(2) 158-170 (1997)
13. Lieberman, A., Van Horn, P. (2008) *Psychotherapy with Infants and Young Children*. The Guildford Press: Nueva York.
14. Seligman, S. (1994). *Applying Psychoanalysis in an Unconventional Context*. Psychoanal. St. Child, 49, 481-500.
15. Slade, A. (2006) *Reflective Parenting Programs: Theory and Development*. Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals, Volume 26, Issue 4, 640 - 657
16. Slade, A., Sadler, L., Mayes, L. (2007) *Minding the Baby. Enhancing Parental Reflective Functioning in a Nursing/Mental Health Home Visiting Program*. En Berlin, L., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., et Greenberg, M. (Eds) *Enhancing Early Attachment. Theory, Research, Intervencion and Policy*. (pp 152-177) The Guilford Press: Nueva York.
17. Shulman, S. (2006) "Wondering" and Beyond: Discussion of Arietta Slade's "Reflective Parenting Programs". Psychoanalytic Inquiry. September. 658-667
18. - Stern, D. (2007) *La Constelación Maternal: Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos*. Editorial Paidós: Barcelona.
19. Tomicic, A., Bauer, S., Martínez, C., Reinoso, A., y Guzmán M. (2009) *La Voz como una Herramienta Psicoterapéutica: La perspectiva de los terapeutas*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol XVIII.
20. Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego*. Ed gedisa: Buenos Aires
21. Winnicott, D. (1994) *Conozca a su Niño, Psicología de las Primeras Relaciones entre el Niño y su Familia*. Editorial Paidós: Barcelona
22. Winnicott, D. (1996) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós: Buenos Aires.