

Clásicos del pensamiento relacional

Stern, D. (1994). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.

Reseña de Carlamarina Rodríguez Pereira

“El bebé la convierte en madre y la obliga a construir nuevas redes de modelos sobre ella misma” (Lebovici, 1988)

INTRODUCCIÓN

Inicio la lectura de “La Constelación Maternal” con muy poco conocimiento de este autor más allá de saber que su obra ha sido, y es, muy importante en el campo del psicoanálisis y, sobretodo, de la psicología del desarrollo infantil. Al principio, resultó ser una lectura difícil, densa, casi tediosa para, poco a poco ir despertando cada vez más mi interés.

Esto se debe en parte a la enorme cantidad de información y la complejidad de la misma, lo que me ha obligado a resumir el libro antes de poder realizar cualquier tipo de reflexión, por lo tanto, este trabajo consta de dos partes;

La primera parte es un resumen de las ideas expuestas siguiendo la misma estructura del texto de Stern, dando como resultado un resumen prácticamente literal en el que se omite gran parte del material clínico y demostrativo, ya que, a pesar de ser, en mi opinión, el que precisamente mayor riqueza da al libro, necesitaba contar con una cantidad de información más manejable.

Aunque en principio la sensación era de estar aumentando innecesariamente el tiempo dedicado al trabajo, finalmente me ha sido de gran ayuda poder recurrir a un versión más reducida, y espero que continúe siendo útil en el futuro, ya que la impresión final es de haber entendido solo una parte de todo lo transmitido por Stern y la sensación, comprobada, de que el contenido del mismo tiene una gran utilidad en el trabajo clínico diario, no solo aplicado a la terapia con madres y bebés.

La segunda parte es un comentario acerca de lo entendido y no entendido, sobre las preguntas que ha suscitado la lectura y, sobretodo, como decía antes, en mi trabajo diario.

RESUMEN

PRIMERA PARTE: EL MÉTODO CLÍNICO EN LA PSICOTERAPIA APLICADA A LAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJO

CAPÍTULO 1: VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN CLÍNICA

En esta situación el “paciente” suele ser la díada madre-hijo o la tríada madre-padre-hijo, refiriéndose con “madre” al primer progenitor encargado de cuidar al niño.

En la presentación de su método utiliza un esquema en cuyo centro sitúa la

interacción entre el niño y la madre y al que, progresivamente va añadiendo elementos que van configurando los diferentes enfoques teóricos. Esta interacción central consiste en la conducta manifestada por cada uno de ellos en respuesta al otro. Se trata de una interacción visible y audible para un tercero. Hasta este momento el enfoque es puramente conductista, se trata de una interacción, no de una relación. Una relación es el recuerdo de interacciones previas (Hinde, 1979), determinada también por la percepción y la interpretación de esa interacción a través de los distintos prismas particulares (fantasías, esperanzas, temores, tradiciones y mitos familiares, experiencias personales importantes, presiones actuales y otros factores) del participante. Denomina *representación de la interacción* a la amalgama de recuerdos e interpretaciones. Al añadir las representaciones de la madre sobre la relación se recogen los elementos básicos de un enfoque terapéutico cognitivo o de un enfoque de inspiración psicodinámica limitado. El bebé también construye un mundo representativo que interpreta y orienta las interacciones actuales. El terapeuta es el último miembro de la situación clínica, no sólo interactúa objetivamente sino que tiene además un mundo representativo que da parte de su significado a la interacción y da forma concreta a la intervención del terapeuta. En este momento añade un elemento más ya que, cuando la madre participa en el proceso terapéutico, puede ver a su hijo y verse a sí misma haciendo de madre, y ver lo que sucede entre ellos de una forma distinta a cuando está sola.

La madre crea una representación que incluye la visión adquirida en la relación terapéutica, visión que puede tener valor terapéutico, y la imagen que tiene la madre del terapeuta. De la misma forma que la representación del terapeuta contiene una imagen de la madre.

Aparecen a través de la madre y el niño todos los elementos del enfoque de inspiración psicoanalítica, comprendido el papel de la transferencia y contratransferencia. También permite ver que las fantasías de la madre influyen las fantasías del niño y viceversa.

En su esquema considera la figura del padre o de la pareja de la madre. Partiendo de la base de que esté presente, éste interactúa con la madre y con el niño (y con el terapeuta) y también elabora representaciones de su relación con ellos. Este esquema recoge todos los elementos básicos de un enfoque sistémico de la familia. Este método puede abrirse para incluir a otros cuidadores clave que no se adecuan al criterio de relación biológica con el niño. Bajo el término *sistemas de ayuda* reúne los distintos niveles de cuidados secundarios y terciarios, los cuales pueden servir de fuerza de mantenimiento constante o de influencia ocasional en casi todos (o varios) de los elementos del esquema básico.

El sistema de ayuda tendrá un gran efecto directo en las representaciones de la madre (sobre todo las de su imagen como madre y como persona), un poco menos en el nivel comportamental y, menos aún en el bebé.

Los cuatro puntos básicos del esquema, y por lo tanto, del método son:

1. Casi todos los elementos están siempre presentes y actuando.
2. Todos los elementos son interdependientes.
3. Todos los elementos se relacionan de forma dinámica y se influyen mutuamente.
4. Una acción terapéutica que logre modificar un elemento acabará cambiando todos los demás elementos separados.

Desde este punto de vista, puede considerarse que los diferentes enfoques terapéuticos son distintas *puertas de entrada* a un mismo sistema dinámico interdependiente. La principal fuerza de este método es su generalidad no específica que transforma las intervenciones clínicas específicas en resultados clínicos generales. La

acción terapéutica influirá en todo el método, de manera que no tenga importancia cómo, dónde o por qué se produjo el primer cambio. De este modo, los elementos interrelacionados de la situación clínica forjarán resultados comunes a partir de lo que en un principio eran enfoques distintos.

El carácter de este método hace que en la práctica clínica actual sea difícil restringir la terapéutica a una sola puerta de entrada. Dejando aparte la opinión del terapeuta, la terapia es simultáneamente una psicoterapia individual (con el progenitor principal), de pareja (con el marido y la mujer) y familiar (con la tríada), ya sea de forma paralela o secuencial.

A pesar de las dificultades que supone respetar estrictamente las técnicas y los enfoques tradicionales, y a pesar de las inevitables impurezas de cada enfoque, siempre hay un elemento, una puerta de entrada privilegiada que recibe la mayor parte de la atención y de la acción terapéutica.

Tanto teórica como técnicamente, es una situación bastante compleja e incluso confusa comparada con otras terapias en otras poblaciones (debido a la inevitable confusión existente entre cambio terapéutico y evolutivo en los niños, y más aún en los bebés). Lo que parecen impurezas, dificultades, embrollos, rarezas y fracasos estrepitosos según la perspectiva general son factores intrínsecos a la situación clínica de la relación entre padres e hijo. Se trata de una situación clínica diferente.

CAPÍTULO II: EL MUNDO REPRESENTACIONAL DE LOS PADRES

El mundo representacional de los padres es el primer elemento que debe estudiarse en la situación clínica. Resulta útil pensar en la situación clínica en términos de mundos paralelos: el mundo externo real y objetivable y el mundo mental subjetivo e imaginativo de las representaciones. Este mundo representativo no sólo comprende las experiencias parentales de las interacciones actuales con el bebé sino también sus fantasías, sus esperanzas, sus temores, sus sueños, los recuerdos de su propia infancia, el propio modelo parental y las profecías sobre el futuro del niño.

Supuesto: Estas representaciones se basan y se construyen principalmente a partir de la experiencia interactiva, y más precisamente, de la experiencia subjetiva de estar con otra persona. Describe estas representaciones en términos de *“modelos de-estar-con”*. La experiencia interactiva puede ser real y vivida o virtual e imaginada (fantaseada), pero siempre habrá una interacción subyacente. Las representaciones relacionadas con objetos no se forman cuando se incorpora algo externo, tal como sugieren la internalización y la introyección. Se forman desde dentro, a partir de lo que le sucede a la persona en su relación con los demás.

Define dos conceptos de gran importancia a lo largo del libro:

Un *“modelo de-estar-con”*: se basa en la experiencia interactiva de estar con una persona en concreto de una forma determinada. Se trata de un modelo mental de experiencia de estar-con-alguien de una forma concreta, que además se repite en la vida corriente.

Una *“representación de-estar-con”*: es una red de muchos modelos específicos de-estar-con unidos por un rasgo común. Las actividades organizadas por un sistema motivador suelen tener un tema común, la alimentación, el juego o la separación. Otras representaciones se organizan en torno a experiencias afectivas. Hay representaciones que pueden ser una reunión de varias representaciones que comparten un rasgo común más amplio, como una persona, un lugar o una función. Las representaciones tienen diferentes medidas y jerarquías.

BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA

La convicción de que las representaciones de la madre pueden influir en sus actos cuando está con su hijo es tan vieja como la psicología popular.

- *Winnicott, Bion y otros* dan una importancia especial e incluso única a las fantasías de la madre en el desarrollo del niño. Las fantasías de la madre sobre su hijo se convirtieron en uno de los pilares de la construcción del sentido de identidad del niño.

- *Fraiberg* sitúa las fantasías y los recuerdos maternos en el origen de un proceso patológico que provoca relaciones problemáticas entre padres e hijo o la aparición de un síntoma en el niño. Se inicia la psiquiatría infantil de inspiración psicoanalítica.

- *Lebovici y Kreisler* encabezaron este cambio en Europa. La importancia de las representaciones de la madre para captar al “bebe imaginario” y al “bebe fantaseado” subyacente a los problemas tempranos de la infancia es evidente.

Autores críticos a este enfoque consideran que lo que se trasmite es que el agente patológico son las representaciones de la madre y esto implica una nueva culpabilización de la madre, sin embargo, de lo que se trata es del peso de las representaciones parentales en el desarrollo de la psicopatología, y no si éstas contribuyen o no a su desarrollo.

- *Los evolucionistas y otros* inician nuevos esfuerzos más amplios y sistemáticos para explorar esos mundos y de ello resultaron distintas vías de enfoque, como los modelos de relación por roles (Horowitz, 1987), los modelos de trabajo (Bowlby, 1980) y, a un nivel más fundamental, las representaciones generalizadas de sucesos (Bretherton y otros). Actualmente existe un creciente y diverso cuerpo de ideas y datos sobre los mundos representativos que comporta el hecho de ser niño o progenitor.

LAS REDES DE MODELOS DE-ESTAR-CON DE LA MADRE

Modelos sobre el niño

Los modelos centrados en la madre y el niño comprenden al bebé que le pertenece a ella, en tanto que madre y a su marido en tanto que padre; a sus demás hijos, en tanto que hermano; y a sus padres en tanto que nieto. Cada uno de esos roles representa un bebé algo o muy diferente que puede incluso parecer distinto y de comportarse de forma distinta. Estos modelos incluyen la predicción de lo que será el bebé en diferentes etapas posteriores. También existe el bebé en tanto que persona, con su propia personalidad y carácter, se trata mayormente de un juicio sobre su temperamento, descrito en función de las tendencias naturales que el bebé aporta a la relación.

Ciertos tipos de personalidad o de temperamento parecen más difíciles de insertar dentro de un modelo de interacción de-estar-con, pero en realidad no lo son. Estas redes consisten en modelos basados en la experiencia interactiva. No son piezas de un conocimiento abstracto que va más allá de la especificidad de las instancias particulares.

Estas numerosas superposiciones de representaciones de bebé también pueden verse desde una perspectiva histórica que cruza el presente y continúa hacia el futuro, ya que el bebe representado tiene una larga historia prenatal y su elaboración continúa durante el resto de la vida de la madre.

Existe un consenso general sobre el hecho de que entre el cuarto y el séptimo mes de gestación se produce un rápido crecimiento en la riqueza, la cantidad y la especificidad de las redes de modelos sobre el futuro bebé. La elaboración de estas redes llega a su punto culminante hacia el séptimo mes. Entre el séptimo y el noveno mes se produce una especie de anulación de las representaciones mencionadas. Estas representaciones del niño decrecen y se desdibujan gradualmente, se vuelven menos específicas y menos ricas. La respuesta más plausible es que las madres protegen intuitivamente al futuro bebé, y a sí mismas, de una discordancia potencial entre el bebé real y un bebé

representado con demasiada especificidad.

Al nacer el bebé, la madre empieza a reconstruir sus representaciones sobre quién es ese bebé y quién llegará a ser. Pero normalmente, en este momento lo hace según las líneas generales que le trazan el bebé real y ella misma en su nuevo papel de madre real. Volverán a aparecer muchos de los modelos que utilizaba durante el embarazo, pero los variará y los reelaborará para que se ajusten a la realidad actual.

Lo que la madre hace realmente entre el séptimo y el noveno mes es renunciar a sus representaciones más positivas para evitarse desilusiones, y enterrar o hacer inconscientes las representaciones negativas relativas a temores de deformación y muerte. La madre ajusta su mundo representativo de la mejor manera posible a fin de crear un espacio mental constructivo para sus representaciones futuras.

Modelos sobre sí misma

Tras el nacimiento del bebé, la condición fundamental de la madre y su identidad cambian completamente. Empieza a producirse una nueva reevaluación en la organización y las prioridades de la mayor parte de sus autorepresentaciones. Algunos de estos cambios pueden haberse anticipado y planificado por la misma madre antes del parto, pero otros serán imprevistos y se le vendrán encima. Mientras la madre organiza la conducta del mundo del bebé, es decir, sus ciclos de alimentación y sueño, el bebé la ayudará a reorganizar su propio mundo de representaciones. La convierte en madre y la obliga a construir nuevas redes de modelos sobre ella misma (Lebovici, 1988). Sucederá lo mismo con el segundo y el tercer bebé, pero de forma menos intensa y generalmente incorporando menos mutaciones al mundo representativo.

La identidad de "hija de sus padres" que representa una especie de centro de gravedad histórico sufre un desplazamiento de ese centro; tras el nacimiento de su propia hija, pasa de ser hija de su madre a ser madre de su hija. De golpe, parte de su mundo representativo estable cambia de forma irreversible, con las siguientes consecuencias:

1) Abandono de toda fantasía de reparar, corregir o rehacer su infancia o de volver a ella cuando lo necesite. Quizá pueda reparar el pasado, pero ya no como niña, pues ese mundo ha desaparecido. Ante esta situación, a menudo experimenta una importante sensación de pérdida paralela a la aparición de los nuevos mundos. Varios psicólogos clínicos comentan que esta tristeza puede contribuir en algunos casos a la aparición de las depresiones posparto normales (Manzano y Palacio-Espasa, 1990).

La reevaluación de los primeros roles disfruta de un período de gracia después del parto al adoptar la madre de la nueva madre un papel maternal con respecto a su hija. Ello permite a veces reparar ciertos aspectos de la vieja relación.

La relación entre madre e hija tiene su importancia como caldo de cultivo de muchas de las fantasías positivas y negativas, esperanzas y temores de las nuevas madres. La representación de la relación de la hija con su padre se ve generalmente mucho menos condicionada (contrariamente a cuando se casó).

2) Necesidad y deseo realistas de situar los intereses del bebé por delante de los suyos, ya que no resulta fácil alterar el equilibrio entre narcisismo y altruismo, especialmente cuando pueden resentirse algunos de sus objetivos centrales en la vida.

Este cambio en las representaciones que se exige al principal progenitor del bebé suele tener importancia clínica y puede constituir el nexo del problema clínico.

Modelos sobre su marido

El paso de una pareja a una tríada (pareja más bebé) altera inevitablemente las redes de modelos de la madre sobre su marido en tanto que marido y en tanto que padre y hombre. Además, la apertura de la pareja para incorporar al bebé es, obviamente, una

fuerza potencial de conflicto entre el marido y la mujer que deja secuelas en la relación entre padres e hijo. Muchas de las representaciones que la madre puede tener sobre el bebé conllevan una representación adicional sobre el marido.

A menudo, el tipo de representación del bebé adopta esta forma debido a las malas bases sobre las que se asienta la pareja. Ello puede conducir a una representación del marido exagerada o manifiesta cuando antes no era importante o estaba latente.

Se pregunta Stern, ¿Cómo se tienen que interpretar estas representaciones, como dos diadas independientes o como triadas?, ante estas preguntas surgen dos temas interrelacionados:

Clínico: distintos enfoques terapéuticos parten de supuestos distintos sobre la unidad básica de las relaciones representadas. De cada uno de estos supuestos se derivan experiencias de tratamiento diferentes.

¿Existen unidades jerárquicamente privilegiadas que los humanos prefieran a otras para organizar sus múltiples relaciones? Es una pregunta sin respuesta.

La representación de la madre sobre su compañero se “triadiza” (Lebovici). Las redes de modelos sobre el marido sufren cambios ontogenéticos durante el embarazo y el período postparto. Ammaniti y Vizziello han informado por separado que, a medida que avanza el embarazo, las representaciones de la que pronto será madre sobre su marido en tanto que persona, compañero y padre potencial se vuelven generalmente más positivas.

Entre el nacimiento y el tercer mes de vida del bebé la madre tiende a ver al padre/marido de forma más negativa. También encuentra que el bebé se parece más a ella que al marido. Durante la fase inicial la madre aparta a los demás y coloca al bebé bajo su propia área positiva de influencia para forjar quizás mejor los lazos de afecto necesarios. Incluso entonces, adopta gran importancia otra red de modelos sobre el marido; el marido se convierte en la piedra angular del sistema de ayuda que facilita el papel primordial de la madre. La representación de la madre de este papel del padre puede tener una gran importancia clínica.

Modelos sobre su propia madre

Es muy probable que tras el nacimiento del bebé, la nueva madre empiece a revalorizar a su propia madre, ya sea consciente o inconscientemente. Se establecen representaciones sólidas para este momento de cambio crucial posterior al parto y con mucha frecuencia emergen redes nuevas o por lo menos más elaboradas de modelos sobre la propia madre que comprenden el papel de madre de su propia madre cuando ella era pequeña, de esposa, de mujer y de abuela del nuevo bebé.

Aquí Stern destaca las nuevas investigaciones de Fonagy y Main en las cuales se encuentra que, el tipo de representación actual de la madre sobre su propia madre cuando ésta desempeñaba ese papel puede ser el único y mejor indicador del modelo de relación que la nueva madre establecerá con su propio hijo a los 12 meses (segura, ambivalente, evitativa o desorganizada). Recordemos que el modelo de relación a los 12 meses (Ainsworth, Blehard, Waters y Wall, 1978) resulta ser uno de los mejores indicadores de la adaptación general del niño durante el período preescolar y los primeros años de escolaridad.

Las mujeres aprenden a ser madres en gran medida gracias a sus madres. Conocemos los conceptos que nos ayudan a comprender este proceso, como son el modelaje, la identificación y la internalización. El aspecto de la representación de la madre sobre su propia madre que mejor indica la futura conducta maternal no es necesariamente su experiencia pasada, buena o mala, sino cómo piensa y habla actualmente de su propia madre. La forma en que lo expresa puede ser incluso más importante que lo que dice,

siendo la narración de la historia pasada más importante que la propia historia, convirtiéndose en una exposición de la representación. La coherencia narrativa pesa más como indicador que la verdad histórica.

Se trata de un descubrimiento contrario a la intuición, pero abre las puertas para que una mujer pueda superar un pasado desagradable o escapar al destino de tener que repetir lo mismo gracias al trabajo psicológico que ha realizado al comprender, situar en perspectiva y hacer coherente su pasado, especialmente su experiencia de ser hija (Fonagy, Steele, Steele y otros, 1991)

Modelos sobre su propio padre

A veces el padre ha resultado ser progenitor más estable y el principal vínculo afectivo en la vida de una mujer. En este caso ¿se le aplican los mismos principios básicos que a la representación de la madre cuando desempeña la función de la madre?, es una pregunta sin respuesta que invita a numerosos planteamientos. Cuando el padre desempeña en cambio un papel más tradicional, se producen una serie de representaciones que pueden ser de interés clínico.

Modelos sobre su familia de origen

Desde la perspectiva sistémica se ponen de manifiesto diferentes representaciones. El poder de esas representaciones en el desarrollo del niño puede ser enorme. Dentro de las familias se reconocen igualmente tipos de caracteres específicos que crean espacios para situar al niño dentro de una tipología familiar particular. Las tipologías familiares conllevan un bagaje muy pesado para el niño que tiene consecuencias inevitables en sus relaciones.

Las representaciones de la familia de origen también tienen una gran influencia sobre el papel que adopta cada uno de los progenitores cuando actúa como miembro de una nueva tríada nuclear. Cada uno de los progenitores lleva consigo redes de modelos de-estar-con que comprenden a su propia familia de origen con su organización particular. La interacción de las familias de una generación suministra parte de las representaciones que guían las interacciones de la nueva familia nuclear.

Reiss y Byng-Hall sugieren que las múltiples interacciones familiares, interconectadas y complejas, se reorganizan en unidades como guiones, mitos, leyendas, historias, paradigmas y secretos. Estas unidades representativas son generalizaciones y abstracciones de acontecimientos interactivos. Definen el “guión familiar” como “modelos compartidos por todos los miembros sobre quién hace qué, dónde, cuándo y cómo en contextos específicos”. En nuestra terminología un “guión familiar” sería una red de modelos de-estar-con compartido por todos los miembros.

Reiss (1989) ha introducido el concepto de “prácticas familiares” como “rituales”, “lugares sagrados” y “objetos sagrados” para la familia. Las “prácticas” sustituyen las representaciones para que continúe el funcionamiento de la familia, actuando concertadamente en el presente sustituyen a los recuerdos del pasado. Existe un tipo de recuerdo en grupo en el que cada miembro sólo conoce íntimamente su parte del total. El recuerdo del grupo sólo empieza a operar cuando todos los miembros se reúnen para ejecutar una práctica familiar.

Modelos sobre las figuras parentales sustitutorias

Puede resultar útil identificar experiencias “parentales” positivas que pueden usarse a nivel terapéutico como modelos alternativos en torno a los cuales introducir modificaciones.

Modelos sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre

Algunas representaciones pueden basarse en acontecimientos culturales o históricos jamás experimentados directamente pero presentes de todos modos de forma semántica o narrada. Este concepto es igual al mito o la leyenda familiar pero resalta el carácter narrativo de algunas representaciones y permite conceptualizar cómo se representan los ideales y las normas de una cultura más extendida.

Las representaciones pueden cambiar en ausencia de las interacciones que las forman. No obstante, este cambio en las representaciones no sucede en un vacío interactivo. Hoy en día los medios de comunicación facilitan cada vez más representaciones, son una poderosa fuente de representaciones maternas que no puede ser subestimada.

LAS REDES DE MODELOS DE-ESTAR-CON EL PADRE

El mundo representativo del padre se ve menos sacudido por el nacimiento del bebé y el trabajo de reorganizar las múltiples redes de modelos se realiza en un plazo de tiempo más largo. A menudo los padres dicen que el cambio irreversible del centro de gravedad que supone pasar de ser hijo de su padre a padre de su hijo puede tardar años. Este retraso, puede desincronizar la relación de los nuevos padres y convertirse en una fuente potencial de conflicto.

La segunda diferencia se refiere al papel de apoyo que el padre tiene que desempeñar para sostener y enmarcar la díada madre-hijo. Este papel conlleva a un subconjunto especial de representaciones que se originan en el pasado familiar e individual del padre, así como en importantes directrices culturales.

CUATRO MODELOS CLÍNICOS DEL MUNDO REPRESENTATIVO

Modelo Deformista

Evalúa hasta qué punto la realidad subjetiva, la representación, se ve deformada respecto a la visión objetiva de la realidad. La medida estriba en la distancia entre estas dos realidades. En algunos casos, es útil pero plantea dos problemas importantes:

1) La suposición de que existe una realidad objetiva que se puede utilizar como punto de referencia correcto. La mayoría de las visiones que tienen los padres de sus hijos son construcciones, observaciones subjetivas basadas en épocas pasadas.

2) Los clínicos tienden a ver negativamente todas las deformaciones de la realidad objetiva, considerándolas potencialmente psicopatógenas. Pero no es así en absoluto; la mayoría de los padres crea un conjunto de deformaciones positivas sobre su bebé. Zeanah descubre que los padres tienden a atribuir cualidades positivas a sus fetos y recién nacidos. La ausencia de estas deformaciones positivas es un signo de pronóstico grave en los nuevos padres, porque forman parte del denominado “amor maternal” o, utilizando los términos de Winnicott, la “preocupación maternal”.

Otro ejemplo interesante de deformación positiva es la tendencia materna a trabajar en la “zona de desarrollo próximo” del bebé (Vygotsky, 1962). Las madres enseñan intuitivamente a sus hijos a hablar o a actuar a un nivel ligeramente superior al actual, pero no demasiado avanzado. De este modo, podría decirse que se impele al niño hacia delante. Para hacerlo, la madre debe actuar como si el bebé pudiera hacer algo que aún no sabe pero que pronto sabrá. En ese momento la madre interactúa con su bebé del futuro. Trabaja en el marco de una construcción optimista orientada hacia el futuro.

Modelo del tema dominante

El bebé aparece a los ojos de la madre como si formara parte de un entramado de temas sin resolver, conflictivos y problemáticos a lo largo de toda la vida de la madre o que por lo menos preceden la vida del bebé. Estos temas son dominantes en el sentido de que ocupan demasiado espacio y tiempo representativo. La red de modelos destinada a este tema es tan amplia y tiene una actividad tan constante que dirige una parte demasiado importante de la conducta de los padres. En este caso la medida es la impregnación y la intrusión de este tema.

Modelo de coherencia narrativa

Es una versión de lo que en psicoanálisis se ha identificado como modelo hermenéutico: el psicoanálisis en tanto que construcción narrativa conjunta entre el paciente y el terapeuta. La historia que uno construye, cree y cuenta sobre el pasado tiene una “coherencia narrativa” que tiene mayor influencia en la vida psicológica actual que la “verdad histórica”, que de todos modos sólo puede conocerse a través de la narrativa.

Esto es completamente distinto del modelo del tema dominante. Lo curioso es que la investigación relacional haya acercado tanto a la psicología tradicional del desarrollo y al psicoanálisis en su forma hermenéutica más minimalista.

En resumen, aún no queda clara en qué medida lo que sigue a continuación contribuye al valor predictivo de la entrevista del vínculo afectivo adulto: el estado de la relación actual de la madre con su propia madre, la coherencia con la que habla de ella, o su capacidad de tomar una cierta distancia afectiva de esta madre a través de la autorreflexión. Cada uno de ellos implica un modelo diferente. La respuesta a esta pregunta es importante y podría ofrecer mucha información sobre la manera en que debería operar la psicoterapia para introducir cambios porque, al fin y al cabo, la psicoterapia puede cambiar una narración de la vida, pero no puede cambiar el pasado.

Modelo ontogenético o del desarrollo por fases discontinuas

Los investigadores describen una “curva de crecimiento y desarrollo normal” para muchas de las redes de modelos de-estar-con de la madre. El modelo ontogenético consideraría los desfases de las representaciones más que sus deformaciones, la predominancia de un tema o la coherencia narrativa.

La situación más angustiante se produce cuando los padres no pueden diseñar y elaborar un ciclo de desarrollo para su bebé representado. En aquellas situaciones en las que la realidad médica impide a los padres conocer o imaginar el futuro de su hijo, estos se hallan ante un vacío representativo, y cuando uno no puede imaginarse el futuro, no se puede evaluar el presente. Uno de los pilares esenciales de la representación se ha venido abajo. Esta situación también sucede a menudo en discapacidades claras y bien definidas como la sordera y la ceguera.

Una familia que se halle en esta situación no puede ser tratada de forma eficaz a menos que se consulte y se recurra al modelo ontogenético. Este modelo de desarrollo comprende mejor gran parte de su angustia y, probablemente, no pueda tratarla u orientarla adecuadamente si no reconoce abiertamente que tiene un vacío representativo, pero existen varias propuestas de tratamiento sólidamente basadas en este modelo, como es la “visión previa” en la que los padres y el terapeuta pasan mucho tiempo trabajando sobre las representaciones parentales del futuro del bebé.

Estos modelos no solo ayudan a organizar el material de los mundos representativos de cara a la intervención clínica sino que facilitan también líneas directivas

para la búsqueda y el descubrimiento de información de interés clínico. Los profesionales más experimentados utilizarán probablemente una mezcla ecléctica de los cuatro modelos sin pensar mucho en ello y dependiendo del material que se les presente. Sin embargo, la especificación de los modelos que utilizan puede aclarar y facilitar sus objetivos clínicos.

CAPÍTULO III ACTUACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES PARENTALES

Si las representaciones o el pasado personal de la madre pueden incidir para bien o para mal en el futuro del bebé, significa que la representación debe tener cierta influencia en la interacción. Se plantea dos preguntas:

¿Por qué se activa un modelo particular de-estar-con o una red de este tipo de modelos de entre tantos otros para que pueda ejercer su influencia?

¿Cuál es el mecanismo de activación de los modelos que disparan durante la interacción, es decir, cómo se traducen a sus actos correspondientes?

Stern responde a la segunda pregunta describiendo las acciones discernibles por el bebé y con sentido potencial para él. Habría que describir en términos comportamentales concretos qué hace la madre de forma que éste lo perciba y tenga efecto sobre él.

Muchos terapeutas psicoanalíticos han oscurecido este punto porque, con la inmediatez del momento clínico y la mirada puesta en el mundo representativo, olvidan que las representaciones o las fantasías de la madre no influyen en el niño por arte de magia.

Para el autor no son las fantasías maternas, incorporadas a través de la identificación proyectiva, los cimientos del desarrollo psíquico del niño, antes, las representaciones y las fantasías deben adoptar una forma que sea perceptible, discriminable, directamente influenciable y potencialmente cargado de sentido para el niño. Tienen que convertirse en comportamiento interactivo. Para él, las fantasías de la madre son un punto de partida esencial para la construcción, por parte de los clínicos, de la clave del problema psicológico, pero no de las construcciones del niño.

VISTAZO INICIAL A LAS REPRESENTACIONES PARENTALES EN ACCIÓN

La actuación sobre un bebé de una representación de la madre requiere ciertas acciones recíprocas o complementarias del bebé para que puedan ser actuadas. El bebé colabora con las representaciones de la madre.

INTENTO PILOTO DE VINCULAR LA CONDUCTA A LA REPRESENTACIÓN

A continuación expone una investigación realizada con Cramer (1988) destinada a examinar cómo se vincula la conducta con la representación. Para ello creó la técnica de la *entrevista microanalítica*, una técnica complicada ya que requiere la utilización de conceptos como el de "momento emergente"

Stern define el "momento emergente" como la experiencia momentánea de la aparición de una acción procedente de una representación activada que conforma y orienta la acción emergente. La experiencia subjetiva de un momento emergente es casi por definición imposible de medir. Los distintos componentes se procesan local e inconscientemente y su síntesis en una generalidad mayor, que puede ser consciente, es como un salto intuitivo.

Los resultados sugieren que, cuando la madre interactúa con su hijo, casi siempre se activan algunas de sus redes de modelos de-estar-con. Cuáles se activan exactamente depende del momento, de lo que está sucediendo. A nivel subjetivo, la experiencia de la

madre es muy rica y tiene múltiples facetas.

El diálogo particular entre los acontecimientos y los modelos parece ser constante, por lo menos a nivel inconsciente. Las madres informan que, por lo menos subjetivamente, sienten como si a veces pudieran desconectar durante un momento el flujo representativo del flujo interactivo de los acontecimientos. En determinados momentos “se recogen” y centran su atención en su mundo representativo mientras realizan actos de forma semiautomática en el mundo interactivo prestando sólo un tipo de atención periférica.

La madre, en situación parental, opera necesariamente por lo menos en dos espacios subjetivos: la interacción comportamental y su vida representativa. La experiencia se basa, mayormente en el diálogo entre estos dos espacios. Este diálogo cambiante es tan rico, variado, dinámico y móvil que ha sido imposible estudiar de forma satisfactoria la interacción entre un modelo activado y las acciones que indican esta activación. Este tipo de entrevista tendría las siguientes utilidades:

Puede ser válida para explorar los aspectos de la experiencia vividos subjetivamente, hecho que es finalmente lo que más nos interesa en la clínica.

Mejor comprensión de algunas operaciones mentales clínicamente indispensables como es la identificación.

Facilitar a las neurociencias cognitivas las descripciones necesarias para que investiguen en los ámbitos de la experiencia que más nos interesan clínicamente. Stern crea esta entrevista con objetivos investigadores pero finalmente comienza a utilizarlo también en el contexto clínico.

La actuación de las representaciones maternas en la interacción comportamental puede resumirse como sigue:

Conductas interactivas desplegadas bajo la influencia de modelos activados de-estar-con. Estos modelos ayudan a seleccionar las conductas interactivas que hay que realizar y su forma exacta de ejecución.

Los modelos activados y la actuación pueden ser conscientes o inconscientes.

Las conductas interactivas activan modelos de estar-con. A medida que la interacción avanza, algunos modelos de-estar-con se mantienen activos, otros se desactivan y los nuevos se activan.

Los modelos activados y las conductas interactivas están constantemente activándose la una o la otra y modificándose mutuamente de forma que entre ellas se mantienen siempre en diálogo cambiante.

Más de uno de esos diálogos cambiantes entre los modelos activados y las conductas interactivas puede darse en otro momento distinto. La atención relativa prestada a uno u otro de esos modelos también puede cambiar con frecuencia.

Una vez se ha activado un modelo, la forma exacta en que se expresa depende del contexto presente.

Lo relativamente nuevo y diferente de este enfoque es el énfasis que se da a la interacción momento a momento como contexto recordado presente para activar diferentes representaciones. También el papel de la interacción cambiante al evocar representaciones específicas que estaban latentes. En la regulación del paisaje subjetivo se ha dado un cambio hacia una mayor preponderancia de la realidad interactiva con respecto a los acontecimientos puramente intrapsíquicos.

CAPÍTULO IV LA INTERACCIÓN ENTRE PADRES E HIJO. EL LUGAR CENTRAL DE LA INTERACCIÓN

La interacción entre padres e hijo es la pieza central de la situación clínica ya que:

Es el terreno donde tienen lugar las representaciones, los deseos, los temores y las fantasías más importantes de los padres sobre el niño

Las representaciones parentales actuadas durante la interacción son las únicas que tienen influencia directa sobre el bebé.

No podremos entender cómo actúan clínicamente las representaciones parentales a menos que comprendamos la interacción por medio de la cual actúan.

La interacción es el terreno en el que se actúan las representaciones del bebé, con influencia directa sobre los padres.

La interacción es el puente entre las representaciones de los padres y del hijo, la influencia se ejerce a través de una interacción concreta entre ellos. Debido al carácter altamente asimétrico de esta relación, esta interacción constituye la vía por la que se imprimen en el niño de temprana edad la mayor parte de las influencias del mundo. El progenitor filtra y regula el creciente, pero relativamente limitado, tráfico con el mundo exterior, dirigiendo las interacciones padre e hijo. Al principio, las influencias patógenas pueden proceder de todas partes, pero sólo podrán afectar al bebé en la que influyan en la díada o la tríada privilegiada. Esta norma se aplica a todos los factores que sabemos que tienen una influencia poderosa en la salud mental posterior del niño.

La interacción desempeña un papel esencial a la hora de determinar el síntoma o el problema que lleva a la familia a buscar tratamiento. La mayoría de las quejas de los padres o de la madre aparecen en el marco interactivo.

Las terapias no pueden permitirse el lujo de interesarse en la totalidad del mundo representativo de la madre o en el espectro general de influencias culturales, sino únicamente en aquellas influencias elegidas para el tratamiento.

LA IDENTIFICACIÓN DE ACONTECIMIENTOS CLÍNICAMENTE IMPORTANTES

Supuesto: Los acontecimientos y los momentos clínicamente importantes son sucesos muy pequeños, corrientes, cotidianos, repetitivos y no verbalizados que han ocurrido objetivamente.

1. *Los sucesos son una experiencia subjetiva de acontecimientos “reales”.*

Gran parte del pensamiento psicoanalítico sugiere que la realidad psíquica del niño empieza y consiste mayormente en fantasías innatas. Stern parte del supuesto de que el niño dispone de muchas y sólidas preferencias innatas y tendencias hacia la acción que influyen mucho el carácter de su experiencia con el mundo, así como con qué parte del mundo objetivo experimentará. La cuestión no trata sobre si gran parte de esta interacción puede preverse, porque ciertamente puede, si no sobre si es necesario postular que existen fantasías innatas previas a las experiencias que las fantasías esperan o buscan. Excepto las primeras y escasas experiencias de un suceso, el niño nunca se verá desprovisto de algún tipo de representaciones basadas en las experiencias a las que ha llegado a través de sus preconcepciones. Son los aspectos subjetivos de sus encuentros con este mundo seleccionado lo que determinará su mundo representativo. La experiencia interactiva, guiada de forma innata, precede a la fantasía y no al contrario. Cuando habla de esa experiencia interactiva “real” se refiere a la experiencia subjetiva de participar en sucesos interactivos objetivamente observables.

2. *Los sucesos son microsucesos.*

A diferencia de otros enfoques que se centran en macrosucesos, como por ejemplo

“depresión materna”, se centra en que el niño vive la depresión entendida como manifestaciones palpables de microsucesos.

Es básico centrarse en el nivel descriptivo del microevento porque es ahí donde se despliega la mayor parte de la interacción entre padres e hijo. Las conductas no verbales que forman gran parte de estas interacciones no son una ausencia de comunicación, de comentarios o de interpretación de la relación: son la relación. Consisten en microregulaciones del nivel de afecto y de activación que apenas dura fracciones de segundo.

Los acontecimientos son corrientes, cotidianos y concretos

Los acontecimientos se repiten

El proceso de la experimentación repetida permite formar prototipos y modelos generalizados (representaciones) de los sucesos. Los cambios se aplican a la alimentación, el sueño y el juego.

LECTURA DE LOS SUCESOS CLÍNICOS IMPORTANTES

Las terapias entre padres e hijo constituyen una primera lectura de la historia clínica basada en las acciones no verbales y en las interacciones que componen los microsucesos. La situación puede ser casi exclusivamente no verbal.

Tampoco tiene que ser simbólica, en las interacciones tempranas las acciones no simbolizan nada. Los patrones de acción que comportan y sus interpretaciones intuitivas asociadas están muy predeterminados por consideraciones innatas y filogenéticas. Estamos en el nivel de los sucesos intraespecíficos mejor tratados por la etología humana.

El niño dispone tanto de un repertorio general innato de actuación de estas conductas como de los mecanismos para descifrar su actuación en los demás. No obstante, tiene que aprender las variaciones familiares y culturales de este lenguaje humano universal.

Esta primera lectura clínica a nivel de motivaciones y de acciones para regular el marco de compromiso facilita la base y el punto de partida de las observaciones clínicas. A este nivel de interpretación lo denomina lectura etológica, la cual no es una lectura psicológica individual. No requiere conocer el pasado del individuo o de la díada, ni tener información sobre por qué la madre está efectuando este tipo de regulación del compromiso, o por qué lo está haciendo en este momento.

La segunda lectura es una lectura psicológica individual en la que el nivel etológico se individualiza. Una lectura clínica completa requiere la explicación etológica a nivel intraespecífico y la explicación psicológica del individuo y su experiencia pasada.

Son dos niveles de descripción que se complementan. El nivel etológico cuenta lo que ha sucedido, las acciones y los motivos que entraron en juego; el nivel psicológico cuenta porque entraron en juego esas acciones y motivos en aquel preciso momento; da una significación personal a esas acciones y motivos que va más allá de la significación intraespecífica general. El nivel cultural hace de mediador entre ambos.

El nivel etológico se refiere a la influencia del pasado evolutivo sobre el presente mientras que el nivel psicológico se refiere a la influencia del pasado personal sobre el presente.

EN BUSCA DE UNA MEJOR LECTURA A NIVEL ETOLÓGICO

Para que un psiquiatra pueda aprender a mirar “etológicamente” necesita entrenarse porque:

- La acción del niño es vocal, aunque no verbal, por lo que se atiende a la música y no a la letra.

- El primer acercamiento a la interacción requiere una descripción detallada de lo que sucedió a nivel conductual. Las explicaciones no pueden sustituir a las descripciones ya que las conductas tienen significados específicos sin necesidad de fase explicativa o interpretativa.
- Las preguntas referidas al por qué deberían limitarse a preguntas de por qué ahora.
- Los parámetros temporales de este mundo interactivo difieren de la psiquiatría adulta. Los acontecimientos ocurren en fracciones de segundo. El marco temporal de la observación, de las unidades básicas de información, es generalmente más breve que en las terapias tradicionales. Hay que empezar a confiar en las impresiones visuales in situ.
- El patrón clínico de reconocimiento se basa más en modelos de movimiento que en propuestas con significado. Primero hay que descubrir los patrones o secuencias repetidas que forman la columna vertebral de la interacción. Esto requiere que el observador tenga la mente preparada para lo que va a suceder después. Con esta disposición mental se identifican progresivamente los elementos repetitivos que componen el patrón secuencial.

En general, es más fácil y más rápido identificar estas secuencias en las interacciones patológicas porque muestran rupturas o discontinuidades más dramáticas y estereotipadas, son menos variables.

Debido a la importancia de describir interacciones y la dificultad que ello entraña, tanto los clínicos como los investigadores han decidido utilizar la técnica del vídeo para realizar esta tarea. El análisis de vídeos y películas ha enseñado a los clínicos a ser mejores observadores y resulta especialmente útil en la formación o su reciclaje para “ver” mejor los microprocesos. Para observar los aspectos temporales de la interacción, es decir, del nivel de respuesta, contingencia y buena regulación, a veces hay que olvidarse de lo que hacen exactamente y centrarse en la medición del tiempo. El centro de atención se sitúa en algún lugar entre los dos participantes a fin de obtener una visión general periférica de las conductas de ambos, más sensible a los movimientos.

Para los niños de menos de un año, la norma empírica de tres segundos por conducta puede considerarse una respuesta o contingente a una conducta anterior. A medida que la conducta se acerca a los tres segundos, se tiene la impresión (Que el bebé llegará a percibir también) de que antes de efectuar una conducta de respuesta se han producido algunos procesos de intervención como la reflexión, la decisión, la inhibición o la superación de la inhibición. Primero es necesario establecer si la conducta de los padres responde a la del bebé. Sólo entonces será posible discernir si es positiva o negativamente contingente.

Este tipo de evaluación del proceso interactivo debe aplicarse a cada una de las principales actividades entre padres e hijo: regulación de la estimulación y de la activación, de la calidad y el nivel de los afectos, de la actividad fisiológica, de los aprendizajes, etc. La sensibilidad, el nivel de respuesta y la contingencia pueden ser una actividad específica. Todo ello suena costoso, y lo es para los fines de la investigación cuantitativa, pero clínicamente estas evaluaciones se hacen de forma generalizada y rápida.

VISIONES CLÍNICAS DE LA INTERACCIÓN ENTRE PADRES E HIJO

Los temas clínicos básicos (confianza, el vínculo afectivo, la dependencia, la independencia, el control, la autonomía, el dominio, la individuación y la autorregulación) pertenecen al ciclo vital. No existen períodos críticos o sensibles a una edad temprana referidos a la consolidación irreversible de estos temas clínicos, se trabaja con ellos todo el tiempo.

La forma en que se trabaja y su apariencia cambian a lo largo de las distintas épocas de desarrollo. El desarrollo progresa continuamente pero por fases discontinuas cuantitativas seguidas de períodos de relativa consolidación de las nuevas adquisiciones.

Se observa la negociación de los mismos temas pero en cada fase del desarrollo la negociación adopta una nueva forma. A continuación explica los acontecimientos y temas de atención clínica en cada período de desarrollo del bebe, es decir, la progresión de las visiones clínicas a lo largo del desarrollo.

CAPÍTULO V CARÁCTER Y FORMACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES DEL NIÑO

Rasgo clave de las representaciones del niño

Existen varias diferencias importantes entre las representaciones de sucesos inanimados y los sucesos interpersonales subjetivos:

1. Los sucesos mentales de una representación son isomórficos con respecto a los sucesos reales, se actúan virtualmente a nivel interno. Estos acontecimientos suelen ser neutrales a nivel afectivo. En los sucesos interpersonales subjetivos los acontecimientos mentales no suelen ser isomórficos a los sucesos de la realidad exterior. Además están cargados afectivamente y extendidos en el tiempo con carácter de irreversibilidad.

2. Nos interesaremos tanto por las experiencias repetitivas, especialmente las interacciones diarias entre el bebé y sus padres, como por las experiencias menos repetidas.

3. Estas representaciones no están formadas por sucesos o personas externos que han sido internalizados. Se construyen desde dentro, a partir de la propia experiencia de estar con otro. No se incorpora nada.

4. La representación de la experiencia de participar en esas interacciones humanas debe incluir diversos elementos: sensaciones, percepciones, afectos, acciones, pensamientos, motivaciones, elementos de contexto, etc. Porque estas representaciones tienen que ser capaces de contener todos los elementos que ocurren y que se registran en la experiencia vivida, y que pueden formar parte de un recuerdo de-estar-con otro. Comoquiera que concibamos estas representaciones, deben ser lo suficientemente complejas para incluir todos esos elementos.

5. La forma de la representación debe permitir por un lado la existencia coordinada e integrada de todos esos elementos y por otro que cada elemento pueda ser representado independientemente de los demás elementos. Es común y clínicamente importante que una persona pueda experimentar cualquiera de esos elementos flotando libremente o actuando independientemente del resto.

6. Estas representaciones no son verbales. Están poco imbuidas de conocimientos y mucho de “ser y hacer”. Necesitaremos una representación del aspecto subjetivo de repetir experiencias interpersonales en las que los elementos básicos de la experiencia puedan ser representados juntos y a la vez por separado. Esta representación es el “modelo de-estar-con otro”.

Formas de representar la experiencia

Existen por lo menos cuatro tipos distintos de representación básica para crear un modelo de-estar-con otro: percepciones, conceptos, operaciones sensoriomotoras y secuencias de eventos (los dos últimos también reúnen algunos de los elementos de la experiencia).

En lo que se refiere a la experiencia subjetiva relativa a la persona, son necesarias

por lo menos otras dos formas de representación: una forma básica para representar los afectos y otra para representar toda la experiencia como suceso significativo.

Modelos de afecto en forma de “figuras de sentimiento temporales”

¿Cómo pueden representarse los afectos en solitario?

¿Cómo se vinculan los afectos a las acciones, las percepciones, las ideas o los recuerdos?

Buscan la calidad y cantidad subjetiva de sentimiento que acompaña la experiencia. La palabra sentimiento se utiliza en este libro para referirse al aspecto subjetivo de cualquiera y quizás de todas las experiencias. La existencia del sentimiento podrá por consiguiente reservarse a la experiencia subjetiva sin considerar los mecanismos de causalidad que se cree que lo producen.

Al imaginarnos de qué forma podrían representarse de forma aislada los sentimientos podríamos asimilarlo a la música. Al aspecto esencial de la música que evoca sentimientos es la experiencia temporal y la estructuración del tiempo subjetivo. Los demás sentimientos estructuran también la experiencia subjetiva del tiempo; y los cambios subjetivos temporales facilitan quizás la clave para comprender cómo se representan las experiencias afectivas.

A menudo al hablar de los afectos olvidamos que sólo se experimentan en el tiempo y los tratamos como si fueran otros fenómenos que pueden considerarse sucesos estáticos fuera del tiempo.

Cuando se actúa un motivo, esa actuación se acompaña necesariamente de un cambio de placer, de estimulación, de nivel de motivación o de logro de un objetivo. Esos cambios se desarrollan al compás y cada uno de ellos describe una curva de nivel temporal. Esta es la figura de sentimiento temporal.

La envoltura protonarrativa

La idea de las *propiedades emergentes de la mente* es una manera de describir el sentido o la coherencia que da la mente a una experiencia compuesta por diferentes partes parcialmente independientes que ocurren simultáneamente (Céllier, 1992; Churchland, 1984; Dennett, 1991; Edelman, 1989; Matuana y Valera 1979; Rumelhart, McClelland y PDP Research Group). Una propiedad emergente es una organización en proceso de creación o apenas acabada de formarse. La mente procesaría en paralelo y de forma parcialmente independiente un gran número de sucesos mentales simultáneos que ocurren durante cualquier interacción interpersonal. Se procesan simultáneamente en paralelo en todos los centros de la mente así como en zonas especializadas destinadas al procesamiento de cada una de ellas. Los distintos eventos y sentimientos se hallan unidos a modos de elementos necesarios de un suceso único y unificado que adquiere significado en uno de sus niveles superiores.

El problema es comprender de qué manera el significado se introduce, se asigna o es construido a partir de sus piezas. Otra forma esencial de representar los sucesos humanos, es un sexto esquema compuesto por “actos con significado”. La idea básica es que ciertos sucesos humanos interactivos son percibidos y aprehendidos directamente en términos de significado aunque sea primitivo. Estos significados emergen de un análisis intuitivo global de la experiencia.

Otras investigaciones sugieren que el niño está dotado intuitivamente de algún tipo de sistema representativo que puede aprehender los estados intencionales de los agentes. El niño puede adoptar bastante pronto una “posición de intencionalidad”; es capaz de interpretar conductas humanas motivadas y dirigidas a un objetivo de una forma primitiva e intuitiva.

Ha denominado *envoltura protonarrativa* al modelo que él sugiere para dar sentido al niño. El concepto de *envoltura protonarrativa* se basa en la noción de que la motivación dirigida hacia un objetivo es esencial para comprender conductas humanas de interés clínico (u otras), especialmente en lo que se refiere a sus aspectos subjetivos. Esta idea de esencialidad de la motivación dirigida hacia un objetivo impregna las teorías que nos informan.

El abanico de motivos y de objetivos que pueden tener un papel básico comprende los estados internos y externos de relación con el objeto, los estados afectivos y los estados de autoestima y seguridad, así como la satisfacción de las necesidades fisiológicas y los actos consumatorios. También los intentos de restablecer un estado de equilibrio cuando éste ha sido perturbado, ya que son a menudo el sujeto de investigación de los afectos.

Cuando el motivo o el deseo son actuados en una situación interpersonal, se crea subjetivamente una estructura de tipo narrativo. A medida que el suceso motivado se acerca hacia la consecución de su objetivo genera un cauce de tensión que representa un rasgo temporal esencial de la estructura de tipo narrativo y de su modo de percepción.

El *envoltura protonarrativa* es pues una envoltura temporal y de acontecimientos. Los elementos de la trama se distribuyen temporalmente en una línea de tensión teatral que se sincroniza invariablemente con la figura de sentimiento temporal. Sugiero que el niño dispone desde muy temprano de capacidad para esquematizar sucesos interactivos en una forma primitiva de pensamiento y percepción narrativa que yo denomino *envoltura protonarrativa*.

Una red compuesta por seis modelos: Un “modelo de-estar-con-otro-de-determinada-manera”

Disponemos de seis modelos en los que pueden registrarse las diferentes partes de la experiencia interactiva subjetiva. La red de modelos es la forma en que se representa la experiencia vivida. Los diferentes componentes de esta experiencia vivida se representan de seis formas básicas y distintas, a la vez que, muchos de sus componentes se representan múltiple y simultáneamente de diferentes formas. En consecuencia, la red de modelos de-estar-con es rica, diversa y presenta múltiples codificaciones.

Suponemos que cada uno de los modelos distintos y paralelos que componen la red se forma de la manera que se describe, es decir, por identificación de elementos invariables y por construcción de prototipos y categorías basados en la constelación de elementos invariables para los prototipos de las interacciones interpersonales

Fantasías, recuerdos y narraciones autobiográficas

Supuesto: los modelos de-estar-con es la única referencia para elaborar fantasías, recuerdos, narraciones y “momentos emergentes”

Utiliza el término “refiguración” de Ricoeur para referirse al proceso por el cual la atención puede desplazarse libremente hacia delante y hacia atrás entre los distintos tipos de esquemas. Los patrones de desplazamiento de la atención crean secuencias, superposiciones o acontecimientos simultáneos virtuales, o la combinación de todos ellos. La atención también puede dirigirse hacia dos formas a la vez, una que mantiene la atención central y otra que mantiene la atención periférica en una relación, primer y segundo plano que puede invertirse.

Este punto de vista difiere del que postula la existencia de fantasías primarias infantiles. Considera que fantasías, recuerdos y narraciones proceden indirectamente de la misma experiencia interactiva acumulativa, pero emergen (refiguradas) de condiciones de demanda diferentes.

Selección natural de modelos y redes

A través del ensayo, el error y la aproximación progresiva, se llega a la forma más funcional para adaptarse a los eventos en curso y para refigurar la red de modelos en fantasías, recuerdos y narraciones, cada una de ellas con valores funcionales adaptables.

El problema del momento actual

Para algunas corrientes, una experiencia en el momento de vivirla, nunca se organiza en una entidad coherentemente reconocible hasta después del hecho, cuando lo que sucedió durante el momento se construye o se reconstruye, especialmente mediante el lenguaje. Los niños no tendrían esta capacidad, sin embargo, los niños representan sus experiencias y parecen utilizar de manera convincente esas representaciones en su conducta diaria. Por lo tanto, debemos imaginar una experiencia presente que tenga suficiente extensión temporal y coherencia para ser representada, esta característica de la mente es el momento emergente. Será nuestro evento referente para la representación.

Son esos momentos emergentes los que quedan representados en los modelos de-estar-con. En este sentido las representaciones se basan en las experiencias interactivas que han sido vividas subjetivamente.

Modelo de representación infantil

Durante una interacción con un objeto, el niño vive una experiencia subjetiva compuesta por datos desorganizados procedentes de sus sentidos. En el lapso de esa experiencia surge con una cierta coherencia una propiedad emergente de la mente durante un momento emergente. Los diferentes aspectos de la experiencia captada durante el momento emergente se esquematizan por separado y en paralelo en los seis modelos antes mencionados. Esta red de modelos sirve de modelo de-estar-con que posteriormente influenciará los momentos emergentes subsiguientes. Esta red de modelos de-estar-con puede refigurarse para crear fantasías, recuerdos o narraciones.

CAPÍTULO VI

EXAMEN CLÍNICO DE LAS REPRESENTACIONES DEL NIÑO

El hecho de estar con una madre deprimida

“El complejo de la madre muerta” descrito por André Green, se refiere a una madre físicamente presente pero psíquica y afectivamente ausente porque no puede seguir vinculada o relacionarse emocionalmente con su hijo.

Se trata de un proceso gradual de distanciamiento, generalmente parcial. En lugar de una experiencia subjetiva traumática, se dan por lo menos cuatro experiencias subjetivas crónicas o repetitivas que conducen a cuatro modelos de-estar-con diferentes que, unidos, empiezan a formar parte del mundo representativo del niño desde que comienza la desaparición psíquica de la madre aunque no de su presencia física.

La experiencia infantil de la “microdepresión” repetida

Lo que da a las “microdepresiones” su carácter particular es que están provocados por el deseo de estar con la madre. Después de que el niño haya fracasado en sus tentativas de solicitar que la madre vuelva a vivir, parece ser que el niño trata de estar con ella

identificándose e imitándola. Las constantes de este intento de identificación consisten en elementos como el aumento de la actividad imitativa, una mayor intersubjetividad y una disminución de la actividad del yo.

Los dos fenómenos de intentar estar con alguien a través de la imitación y la identificación y, a la vez, experimentar depresión se vinculan en un único momento de experiencia subjetiva.

En algunos pacientes adultos se observan a menudo caídas abruptas y generalmente cortas de afecto positivo, es decir, microdepresiones, sin detonante externo claro. La investigación clínica revela que en el momento de la caída hedónica abrupta se ha producido la experiencia de un recuerdo, una fantasía o un intento de identificarse con alguien.

Se pueden buscar y encontrar varios motivos pertenecientes a otras experiencias de la vida que expliquen por qué los sentimientos depresivos y el deseo de estar con otro o de ser como otro van unidos.

La experiencia infantil de ser el reanimador

Ante la situación de microdepresión refleja, el niño trata siempre de que la madre vuelva a la vida. A veces funciona y logra reanimar a la madre aunque siga deprimida. Funciona porque la depresión no es total ni constante. Para quienes no renuncian, la experiencia de reanimado potencial sigue siendo una segunda forma de-estar-con-la-madre bajo esas condiciones particulares.

Esta forma de-estar-con puede servir de base para que posteriormente el niño se convierta en una persona encantadora, muy animada o vivificante. Si este modelo se convierte en un factor importante para el funcionamiento diario, tendrá influencia en elegir el objeto de amor, sólo podrá considerar parejas potenciales a las personas necesitadas de esfuerzos frecuentes y repetidos de reanimación.

La experiencia de “la madre como telón de fondo para buscar estimulación en cualquier otro sitio”

Si el niño experimenta un fracaso repetido en los intentos de reanimar a la madre, se distanciará para buscar un nivel de estimulación y de interés por el mundo más adecuado. Se dan constantes como la búsqueda solitaria de estimulación, un cierto grado de vigilancia y activación autorregulada y una ampliación de la curiosidad en presencia de la madre, pero en tanto que elemento de fondo. Crea una forma paradójica de-estar-con que permite actos en solitario de curiosidad y de búsqueda de estimulación externa que sirven al mismo tiempo de actos de relación. Lo que parece una acción en solitario e independiente puede tener una función escondida de vínculo afectivo.

La experiencia de una madre y de un yo artificiales

El resultado exagerado de este caso es una interacción falsa entre una madre falsa y un yo falso. La conducta es forzada y desprovista de sentimiento, aunque sí transmite un verdadero deseo, lo que es mejor que nada.

Estos cuatro modelos de-estar-con-la-madre están probablemente presentes en todos los casos de “complejo de la madre muerta”, pero no agotan todas las posibilidades. Este modelo de-estar-con puede evolucionar hacia diversos fenómenos de ansiedad mediante las elaboraciones que proporciona el desarrollo. También pueden darse otros modelos en función de casos específicos.

La interacción con la “madre muerta” oscila durante varios meses entre estos cuatro modelos u otros de-estar-con, generalmente durante la fase aguda de depresión. El

predominio de uno de los modelos es variable.

La relación observada y prospectada postula una condición inicial que consiste en cuatro o más modos distintos de-estar-con-la madre que se presentan en cuatro modelos diferentes. Éstos no se conciben como reconstrucciones ni elaboraciones defensivas sino que son experiencias subjetivas paralelas que componen el terreno patológico original.

Esos cuatro modelos son las condiciones iniciales en las que posteriormente se basarán las reconstrucciones. En este sentido las condiciones iniciales son más ricas y más elaboradas. El trauma se desmitifica y se transforma en el hecho corriente de cada día.

Patrones de vínculo afectivo: el modelo de-estar-con-la-madre durante un momento de reunión

Se refiere al momento de reunión del niño con la madre tras una separación, situación utilizada por la teoría del apego. Es de esperar que plantear estas situaciones como momentos y modelos de-estar-con ayuden tanto a la investigación clínica como al desarrollo y concreción de los temas que investiga.

Otros ejemplos de momentos y modelos de-estar-con

El “Modelo de estar-con” se concibe como una unidad de medida intermedia entre unidades más grandes y generales, y pequeños actos de conducta real que requieren el conocimiento local del otro. Se consideran unidades a través de las cuales toman forma las unidades representativas mayores, de manera que puedan actuarse mediante conductas determinadas en contextos específicos. Añaden la especificidad y la individualidad, condiciones que impone la vida real.

“Figura de sensación autista” (1990): se trata de figuras repetidas, estereotipadas y de propia creación, generalmente actividades táctiles o cinéticas como acariciar, frotar, mecer y repasar los bordes de los objetos. Estas actividades son sedantes y se supone que distraen la atención del mundo exterior, por lo que se consideran defensivas. Estas experiencias son similares a lo que Winnicott ha denominado figuras subjetivas.

Estas experiencias tienen una figura de sentimiento temporal (cada repetición de la actividad crea un entorno de tensión con grado de sentimiento). Tustin opina que estas actividades, aunque automáticas y estereotipadas, conllevan un contexto y un objetivo. ¿Existen “momentos de-estar-consigo-mismo-de-una-determinada-manera”? y, si existieran, ¿deben estar dentro de un contexto interpersonal?”. Las figuras de sensación de Tustin son claramente interpersonales pero inversas ya que, su motivo principal de aparición es la necesidad de escapar al contacto interpersonal. Estas estructuran el tiempo subjetivo, no sólo organiza, sino que realza el sentido de la existencia.

La mayoría de los adultos describen momentos típicos de-estar-consigo-mismos que ocupan un lugar en su vida subjetiva, un punto estable al que retornan con frecuencia.

Momentos vividos como una deambulación mental libre, tranquilamente placentera, refrescante y a menudo productiva, porque cuando rompe ese momento y “vuelve”, frecuentemente aporta soluciones a problemas y preguntas que eran apremiantes justo antes.

La noción de-estar-con puede interpretarse de forma amplia, de manera que pueda incluir la existencia de distintas formas de estar con el yo o con varias partes del yo. Me parece una ampliación útil porque esos momentos y modelos de-estar-consigo-mismo tiene la misma estructura general que los demás. Los momentos y modelos de-estar-con otros. Utilizan los mismos tipos de constantes, se forman en torno a las mismas figuras, adquieren la misma estructura narrativa y presentan motivos y funciones interpersonales.

Los clínicos se proponen explorar la vida de los individuos, no las teorías. Los

conceptos de momentos y modelos de-estar-con se sitúan en esta búsqueda.

CAPÍTULO VII EL TERAPEUTA

Los intercambios verbales y no verbales entre el terapeuta y la madre constituyen la conducta manifiesta que existe entre ellos. Esta comunicación constituye la mayor parte de la terapia. El terapeuta también puede mantener interacción verbal e incluso, en mayor medida, no verbal con el bebé.

REPRESENTACIÓN DE LA MADRE DE SÍ MISMA CUANDO INTERACTÚA CON EL TERAPEUTA

Cuando la madre está en presencia del terapeuta, se sentirá y se verá como una persona y como una madre distinta a la que cree que es cuando está con el bebé. La capacidad de la terapia de generar, permitir y facilitar a la madre una visión alternativa de sí misma como madre es uno de los resultados esenciales de la relación terapéutica.

El compromiso de la madre en la relación terapéutica le suministra varias posibilidades reales de ser o de convertirse en una madre distinta y varias posibilidades de dejar de ser lo que es o de evitar convertirse en un determinado tipo de madre. Cualquiera que sea el enfoque terapéutico adoptado, cuando se establezca una relación terapéutica, aparecerá un abanico de múltiples madres posibles para elegir convertirse en ellas.

Hay que determinar qué interacciones con el bebé se considerarán temas lícitos y fructuosos para el trabajo terapéutico y cuáles serán un obstáculo para realizar este trabajo. Hay que determinar también si el terapeuta establecerá o no relación con el bebé y la utilizará a nivel terapéutico. En este sentido, la posición física de las personas presentes es importante y reveladora.

Mientras la terapia actúa a nivel del progenitor considerado como progenitor, y no como persona, la resistencia será generalmente menor. Cuando la terapia se centra en hacer del progenitor un progenitor mejor, la mayoría de las alianzas terapéuticas se establecen rápida y sólidamente. Ser considerado como un agente que realiza la paternidad es congruente con la principal tarea de los padres en este período actual de sus vidas.

Existen varios aspectos interdependientes y superpuestos de la relación de la madre con el terapeuta: la idea de si el paciente real es el bebé o la madre, el uso terapéutico de las interacciones con el bebé por parte de la madre y el terapeuta, la habitual experiencia supuesta del terapeuta, el aspecto de la transferencia, y el abanico de posibles madres diferentes o que hay que evitar que se le aparecen a la madre durante la terapia.

REPRESENTACIÓN DEL BEBÉ DE SÍ MISMO CUANDO INTERACTÚA CON EL TERAPEUTA EN TANTO QUE PAREJA

En algunas terapias el terapeuta interactúa directa e intencionalmente con el bebé. Esto obliga al bebé a crear una representación del tipo de relación que mantiene con el terapeuta y a compararla con la representación del tipo de interacciones que habitualmente mantiene con su madre.

Si el niño puede aprender a interactuar de forma diferente con otra persona aparte de su madre, puede ser capaz de aplicar esta nueva manera de interactuar a la antigua relación con su madre, y alterar su red de modelos de-estar-con ella. Las terapias comportamentales dependen de esta generalización.

REPRESENTACIONES DEL TERAPEUTA DE SÍ MISMO, DE LA MADRE Y DEL BEBE

La introducción de las representaciones del terapeuta en la situación clínica hace que el proceso de contratransferencia forme parte potencial del método clínico. El papel y la posición del terapeuta, en esta nueva situación clínica, es esencialmente similar a la esperada en cualquier situación clínica, aunque existen algunos aspectos relativamente especiales.

SEGUNDA PARTE: DISTINTOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS EN LA PSICOTERAPIA APLICADA A LAS RELACIONES ENTRE PADRES E HIJO Y PUNTOS EN COMÚN

CAPÍTULO VIII

ENFOQUES QUE PRETENDEN MODIFICAR LAS REPRESENTACIONES PARENTALES

Descripción de varios enfoques terapéuticos en función de:

Objetivo teórico: el elemento básico del método que el terapeuta quiere cambiar en última instancia.

Puerto de entrada al método: es el centro de la técnica clínica, el elemento básico del método objeto inmediato de atención clínica. El puerto y el método pueden ser iguales o diferentes. El puerto es la manera de lograr el objetivo teórico.

Ventajas de clasificar así:

Permite situar los diferentes enfoques con respecto a un modelo clínico de referencia y hace más fáciles las comparaciones a nivel descriptivo.

Ver los elementos que privilegian cada uno de los diferentes enfoques para los distintos roles terapéuticos.

Permite agrupar las terapias por las principales teorías que las inspiran, la elección del objetivo teórico es un buen indicador de la teoría que le subyace.

Cada uno de los diferentes enfoques es complementario de todos los demás en la forma de entrar y modificar el método clínico. Representan un amplio espectro de psicoterapias aplicadas a las relaciones entre padres e hijos. No es una clasificación exhaustiva. El elemento clave que se debe modificar son las representaciones de los padres.

LAS REPRESENTACIONES PARENTALES A LA VEZ COMO PUERTO DE ENTRADA Y COMO OBJETIVO TEÓRICO

1. *“La psicoterapia aplicada a las relaciones entre padres e hijos”.* Alicia Lieberman y Jeree Pawl (1993).

Son los “descendientes” de Fraiberg. Este enfoque es una representación excelente de muchos programas de inspiración psicoanalítica adaptados a una amplia gama de poblaciones de pacientes procedentes de los planes de salud mental infantil. El fin último de esta psicoterapia es “liberar a los niños de las distorsiones y los afectos desplazados que los sumergen en el conflicto parental”, o, “cambiar las representaciones internas de los padres sobre sí mismos y el niño”.

Las representaciones parentales son el agente patógeno potencial y consideran que el “paciente” es la relación entre padres e hijo y no los padres solos con sus mundos representacionales particulares. La denominan “psicoterapia **hijos-padres**”, este énfasis proviene de tratar con una población seriamente desfavorecida, en la cual es

indispensable evitar “quejarse de la madre” de una u otra manera, evitan de forma consciente y con gran esfuerzo estas críticas.

El proceso que se supone que tiene que cambiar las representaciones de los padres es la “experiencia de vínculo afectivo correctiva de la relación terapéutica”. Le dan importancia a la interpretación, a la disponibilidad afectiva y empatía del terapeuta y a mejorar la autoestima de los padres, sus conocimientos y sus capacidades.

Esta visión del proceso de cambio da mucha importancia a la creación y mantenimiento de una alianza terapéutica óptima y de condiciones de transferencia y contratransferencia que permitan una nueva y mejor experiencia de sí mismo en relación con los demás, especialmente con el bebé. Este énfasis en la relación entre los padres y el terapeuta le da un sabor especial a este enfoque terapéutico.

Podrían considerarse post-freudianos porque sus conceptos y técnicas para introducir cambios descansan más en los aspectos de la relación de objeto (experiencias de vínculo afectivo correctivas) y en la psicología del yo (disponibilidad empática y autoestima).

2. “Psicoterapia breve madre-bebé” de Cramer y Palacio-Espasa (1993) Ginebra.

Se inspira en los autores franceses (Lebovici, Kreiler, Fain y Soulé) y en Fraiberg. Intenta adherirse clínicamente al máximo a los dogmas psicoanalíticos clásicos, todos sus practicantes son psicoanalistas.

El objetivo teórico son las representaciones parentales y las identificaciones y proyecciones que se considera que forman parte de estas representaciones. El objetivo es la red de representaciones que hacen que la madre interprete y reaccione de determinada manera ante la conducta de su hijo. El modelo psicoanalítico asume además que existen representaciones patógenas que se deben a conflictos no resueltos durante la infancia del progenitor. Son conflictos que han quedado y han sido reelaborados para convertirse en temas centrales del conflicto, que se activan y se actúan en la interacción actual con el niño. El “hilo conductor” es la conexión temática entre los conflictos de la infancia de la madre, sus temas conflictivos actuales y la interacción actual con el niño. La principal influencia patógena reside claramente en la mente de la madre, aunque la manifestación se plasme en la interacción entre la madre y el hijo.

El punto cardinal del cambio se halla en la interpretación. Las experiencias afectivas correctivas, la disponibilidad empática y sus experiencias afines pueden servir de ayuda colateral, pero lo que lleva el peso de la terapia es el vínculo interpretativo que une el pasado al presente y las representaciones de la madre a sus interacciones, el paso de lo inconsciente a la conciencia. Para modificar las representaciones parentales es necesario interpretar, y en algunos casos, incluso basta con eso si se ha preparado un contexto terapéutico para ello.

Es un modelo diseñado para tratar la neurosis. El grupo anterior ha desarrollado un modelo más idóneo para tratar desórdenes de personalidad, desórdenes afectivos e incluso psicosis. Algunas de las diferencias entre los dos grupos proceden de las diferentes poblaciones que tratan.

El grupo de San Francisco es muy riguroso respecto a algunos parámetros psicoanalíticos, pero bastante libre en otros, en este tipo de población, el mayor obstáculo al éxito del tratamiento es la reacción transferencial negativa. Esta diferencia deriva también de posiciones teóricas divergentes. El tipo de transferencia anticipada tiene consecuencias que van mucho más allá de la forma en que se realiza la terapia.

En San Francisco para conseguir su objetivo utilizan casi todas y cada una de las fuentes de información clínica y vías de acceso al método, pero en el centro de atención clínica privilegiado es la relación terapéutica en sí, la representación de la madre de sí misma cuando está con el terapeuta. Trabajan en dos fases; primero se modifica la representación de la madre de sí misma mientras está con el terapeuta. La experiencia correctiva y la nueva representación de sí misma se transforman en una representación

modificada de sí misma cuando está sola con el bebé.

El terapeuta también está dispuesto a utilizar las conductas manifiestas del niño y de los padres como puerto de entrada y cuando ello es posible y necesario, discute las principales representaciones del progenitor. En definitiva, el terapeuta está dispuesto a utilizar la práctica totalidad de los elementos básicos que componen la situación clínica a modo de puertos de entrada al método.

En Ginebra, a menos que encuentren razones clínicas contrarias convincentes, optarán por una solución psicoanalítica clásica con pleno conocimiento de causa y a pesar de que la situación clínica con la que trabajen no sean en absoluto psicoanalítica. El único centro de atención clínica y el único puerto de entrada que consideran legítimo son las representaciones de la madre. Se considera que durante esa fase de la vida las representaciones de la madre están particularmente abiertas al cambio.

Este grupo utiliza, aunque de una forma especial, la interacción comportamental manifiesta como centro de atención clínica. Intentan identificar las secuencias interactivas comportamentales manifiestas entre la madre y el niño que pueden considerarse manifestaciones o actuaciones del tema conflictivo central. Dentro del modelo psicoanalítico, estas secuencias interactivas serán posteriormente tratadas como síntomas. Estos episodios comportamentales seleccionados se denominan secuencias interactivas sintomáticas. Se utilizan como centros de atención compartidos, pero en su enfoque sólo son válidas en la medida en que devuelven directamente las pesquisas clínicas a las representaciones subyacentes ya identificadas, es decir, el objetivo. Se utilizan como ejemplos o insistencias de lo que ya se sabe.

LA CONDUCTA DEL NIÑO COMO PUERTA DE ENTRADA

Con mucha frecuencia las entrevistas clínicas con los padres se realizan durante el examen o la evaluación del niño. Las respuestas comportamentales del niño a la situación de control se convierten en el tema central que inicia gran parte de esta discusión, la cual puede llevar a conocer las representaciones parentales, su comportamiento o sus problemas médicos, dependiendo de la inclinación del entrevistador, de la situación y del material obtenido al observar las respuestas del niño.

Enfoque de Brazelton en Boston: tiene como fin modificar las representaciones de la madre sobre su hijo o sobre sí misma como madre centrándose clínicamente en la conducta manifiesta del niño (es una forma de pediatría conductual). El foco clínico es demostrar las capacidades y las limitaciones interactivas actuales del bebé y enseñar a la madre la manera de ayudarlo durante esa época.

El objetivo no declarado de estos esfuerzos es alterar la forma en que la madre ve a su bebé de forma que pueda beneficiarse de los consejos y de la información que se le facilita.

Es extraordinario darse cuenta de que eventos tan limitados y concentrados puedan tener un efecto tan importante en el paisaje representacional. Gran parte de este efecto viene permitido y preparado por las condiciones de crisis normal que experimentan las nuevas madres y que han impresionado a muchos clínicos. El punto esencial es que las representaciones de la madre sobre su hijo pueden verse radicalmente alteradas si el centro de atención clínico se deposita exclusivamente en la conducta manifiesta del niño.

LAS INTERACCIONES ENTRE PADRES E HIJO COMO PUERTO DE ENTRADA

La interacción fue utilizada para ilustrar de qué forma se manifiesta y se “instanteiniza”, se actúa, un tema conflictivo central ya identificado. La secuencia interactiva se utiliza como punto de partida, y no como punto final de la investigación del mundo

representacional de la madre. Stern ha utilizado más esta técnica y este puerto de entrada aplicándolo a secuencias interactivas escogidas para entrar en el mundo representativo de la madre.

Bennett está elaborando una intervención psicoterapéutica breve que utiliza casi exclusivamente la entrevista microanalítica aplicada a un episodio de interacción comportamental manifiesta para modificar las representaciones de la madre.

LAS REPRESENTACIONES DEL TERAPEUTA COMO PUERTO DE ENTRADA

Enfoque “Contratransferencial”: es el empleado en Europa, está inspirado básicamente en Bion y en su concepto de que la madre o el terapeuta actúan de “contenedores” de la actividad mental del bebé o del paciente. También está influenciado por el método de observación de madres y niños de Ester Bick (1964).

El terapeuta actúa más o menos de observador, pero siempre tiene una función terapéutica. Una variante son las visitas domiciliarias semanales de una hora durante un período de dos años. El terapeuta es un observador bastante pasivo de lo que sucede con relación al bebé. El centro de atención del terapeuta y su principal tarea para poder comprender totalmente al bebé se basa en su propia “subjetividad”, en la experiencia interior del bebé. Las reacciones del terapeuta y la descripción de lo sucedido se registran y dan lugar a sesiones periódicas de supervisión.

La forma en que el terapeuta mira, escucha y reacciona afectivamente ante el bebé y la madre se hace patentes para ambos, de la misma forma que se hace igualmente evidente que el bebé y la madre son un tema válido de atención y reflexión. Para la madre no pasa desapercibido, y en cierto modo, para el bebé tampoco, que el terapeuta-observador elija mantener esa relación durante dos años. Tanto la madre como el bebé se hallan bajo una mirada positiva que se manifiesta de forma concreta. El trabajo que este terapeuta-observador realiza en su propia “subjetividad” referida al bebé se traduce claramente en su postura manifiesta de observación.

La madre experimenta que vive una relación en la que existen una mirada y una alianza terapéutica positivas, así como muchos aspectos de modelaje presentes y en funcionamiento.

LAS REPRESENTACIONES (IMAGINADAS) DEL NIÑO COMO PUERTO DE ENTRADA

El terapeuta asume la “voz” del niño como si hablara desde dentro de su mente y con sus propias palabras, dirige esta voz imaginaria y prestada por el niño para explicar una situación.

La dramatización de la experiencia infantil interior e imaginable generalmente se dirige a los oídos de los padres e intenta llegar a sus representaciones del niño. Esta técnica puede ser muy eficaz para reclamar más espacio representativo en la mente de los padres hacia los intereses del niño que se desatienden o se niegan.

Dolto utiliza esta técnica, pero la dirige tanto a los oídos del niño como de sus padres. Su enfoque incluye interpretaciones verbales directas al niño que considera que podrá entender si se dicen en el momento adecuado. Los aspectos paraverbal y especialmente prosódico de las vocalizaciones del terapeuta hacia el niño puedan modificar la conducta del bebé, pero es muy difícil imaginar que el contenido verbal de esas producciones pueda tener efecto en el bebé, el niño no tiene que tratar el contenido simbólico verbal de la comunicación hasta pasados los 12 o 18 meses.

Las comunicaciones verbales hechas al bebé a oídos de la madre pueden obviamente influenciar mucho la conducta manifiesta de la madre con el bebé, y por consiguiente la conducta de éste.

En el método clínico existe otra versión de este enfoque, la visión de las interacciones

entre padres e hijos desde la perspectiva del bebé. Se toma lo que se conoce de la construcción por parte del bebé de su propio mundo representativo, y se aplica a la interacción en curso.

CAPÍTULO IX

ENFOQUES QUE PRETENDEN MODIFICAR LAS CONDUCTAS INTERACTIVAS

LA CONDUCTA MANIFIESTA DE LA MADRE COMO PUERTO DE ENTRADA

Parten del supuesto de que existe un alto nivel de reciprocidad entre la conducta interactiva de los padres y del niño. El objetivo real es la interacción o la relación y no sólo la conducta de la madre. Como generalmente es más fácil y práctico hacer que los padres modifiquen primero su conducta interactiva manifiesta, éste se convierte en efecto en el principal objetivo terapéutico y en la vía de acceso.

1. *“Orientación a la interacción” Susan McDonough*: procede del trabajo clínico con madres y niños muy desfavorecidos. El principal objetivo es crear y mantener una alianza terapéutica. Las demandas que conlleva esta alianza determinarán incluso quién será invitado a participar en esas sesiones de terapia.

La alianza terapéutica positiva es primordial y el terapeuta empleará cualquier medio que considere necesario y razonable para lograr este objetivo. Incluye visitas a domicilio, educación, consejos, ayuda práctica, y respaldo e intervención ante otros organismos.

Otro rasgo importante de este tratamiento es el fortalecimiento positivo de las conductas maternas correctas, adecuadas o incluso suficientes. Incluye la identificación de conductas parentales positivas, es decir, el hecho de descubrirlas en el repertorio de la madre y ayudarlas a emerger.

Las conductas parentales manifiestas con las que se debe trabajar se encuentran en las interacciones con el bebé, que inicialmente se graban en vídeo para su posterior reproducción (5-15 minutos) e inmediatamente el terapeuta las vuelve a ver con la familia, de forma que las conductas identificadas se convierten en los temas de trabajo terapéutico. Se utilizan todas las posibilidades del vídeo porque se considera que sirven de ayuda. Durante esta visualización se eligen determinadas conductas interactivas para discutir las. Este enfoque le debe mucho a la tradición conductual y educativa. Le añade al enfoque conductual una mayor consideración del papel de la relación terapéutica en el proceso de tratamiento. En las formas breves de tratamiento, presta a menudo incluso más atención a los temas de la transferencia y la contratransferencia que otras terapias breves comparables de inspiración psicoanalítica.

LA RED COMPLETA DE INTERACCIONES FAMILIARES COMO PUERTO DE ENTRADA (UN ENFOQUE DE LA TEORÍA SISTÉMICA)

Enfoque desarrollado en el Centro de Estudios de la Familia, del hospital de Cery en Lausana. Se trata a la vez de un enfoque de la teoría de los sistemas y de la terapia familiar centrado en la organización de las conductas interactivas de los miembros de la familia, que en este caso son la madre, el padre y el bebé; la nueva familia nuclear. Las terapias familiares existentes no empiezan en los inicios de la ontogenia familiar, con el resultado de que la terapia familiar nunca ha producido una teoría sobre el desarrollo adecuada sobre la que basarse.

Empiezan por establecer una alianza terapéutica positiva.

Crean un marco físico para que tengan lugar las interacciones. Es un paradigma

para explorar los primeros patrones interactivos de la familia nuclear cuando actúa como tríada y cómo se forman y se alteran las múltiples configuraciones posibles de esa tríada. La transferencia de la familia, junta y separada, y la contratransferencia del terapeuta desempeñan un papel muy importante en este enfoque porque el terapeuta no puede actuar sin conocer desde qué posición está actuando y cuál es su papel.

El objetivo final es modificar las interacciones familiares, no a los miembros de la familia, motivo por el cual este tipo de terapia se une a las filas de los enfoques centrados en la conducta manifiesta.

Estos cambios no se consideran en términos de fortalecimiento, sino de alteración del marco o del contexto, permitiendo o favoreciendo por lo tanto, la emergencia de nuevos patrones interactivos. Lo que ha cambiado es el patrón interactivo, no las personas. Estos terapeutas son muy conscientes de que el hecho de cambiar los patrones interactivos puede llevar a modificar las representaciones, pero esto va más allá de su campo de acción manifiesto.

Los triángulos ocupan un lugar especial en el pensamiento psicoanalítico, ya que el “tercero” se considera un elemento necesario para socializar y entrar a formar parte de la cultura, es un agente que abre la diada exclusiva formada por la madre y el hijo. Es el papel tradicional que el psicoanálisis ha dado al padre y que crea el Complejo de Edipo.

Siguiendo a Lebovici, denomina “triadificación” a los procesos comportamentales de formación de la tríada, y “triangulación” a los procesos intrapsíquicos de experimentación de la tríada. Los procesos de triadificación y triangulación deben estudiarse en todos los cambios posibles que se puedan sufrir con la llegada de la intersubjetividad, de la capacidad verbal y simbólica.

CAPÍTULO X RASGOS COMUNES A LOS DIFERENTES ENFOQUES

Todos los enfoques sirven si se ejecutan correctamente. La mayor parte de su eficacia la motivan los aspectos comunes no específicos a todas las terapias.

EL CARÁCTER PROPIO DEL MÉTODO CLÍNICO

Presenta un estudio que compara un enfoque de inspiración psicoanalítica y otro de orientación interactiva. El resultado fue que no importaba cual fuera el puerto de entrada del tratamiento al método, ni dónde se aplicara la actividad clínica ni qué elemento del sistema se hubiera pretendido teóricamente modificar. Si el tratamiento conseguía su objetivo delimitado y declarado, también se modificaban los impactos locales a todo el resto del sistema, de forma que el resultado final de los enfoques era el mismo y todas las diferencias iniciales entre los enfoques quedaban borradas.

Aunque ambos tratamientos funcionaban, no eran bastante diferentes para alterar de forma selectiva las representaciones o las conductas manifiestas. Tampoco eran lo suficientemente diferentes para responder mejor a una población identificable u otra.

La interdependencia dinámica constante de los diferentes elementos del sistema constituye nuestro primer y quizás más importante rasgo común a todos los enfoques. El concepto de método difiere en parte de lo que generalmente significan los enfoques de la teoría sistémica en el hecho de que consiste en partes intrapsíquicas y partes interpersonales.

TRATAMIENTO BREVE EN SERIE

Las psicoterapias aplicadas a la relación entre padres e hijo no se prolongan mucho tiempo. Normalmente de tres a doce sesiones, una vez por semana.

Cuando las cosas avanzan bien, se consigue una labor terapéutica suficiente en un corto período de tiempo y ya no queda mucho por hacer, los padres o el terapeuta dejan de estar suficientemente motivados para continuar. Si el problema inicial no mejora de forma importante en las primeras sesiones (hasta 10 sesiones), la duración de la terapia puede extenderse mucho más tiempo, generalmente años. La terapia tiende a deslizarse hacia una psicoterapia con la madre o hacia una psicoterapia de pareja.

La corta duración de la psicoterapia del adulto, breve y concentrada es una estrategia impuesta al proceso terapéutico, mientras que para la psicoterapia aplicada a la relación entre padres e hijo la brevedad es el resultado natural de una ausencia de estrategia.

El curso de estas psicoterapias tiende a componerse de series de terapias breves que se prolongan de forma desigual durante meses o años.

Muchos terapeutas saben y aceptan que son necesarias varias tandas de tratamiento. Al final de la fase de apertura dejan la puerta abierta para una visita posterior o prevén incluso un contacto a los 3 o 6 meses después para “ver cómo van las cosas”.

A veces la segunda fase sólo consiste en una única visita que resume todo lo que ha sucedido durante la pausa del tratamiento y evalúa la situación presente o un nuevo tratamiento de 2 a 10 sesiones. A veces, la segunda o tercera fase sigue casi inmediatamente a la fase precedente tras una breve pausa o una simple disminución en la frecuencia de las visitas como único índice para marcar un proceso discontinuo. Lo que distingue una fase de otra es el tema del tratamiento. El tema procede del crecimiento interno y del desarrollo del bebé y no necesariamente porque se haya agotado un tema en particular. Hay factores en contra de reconocerlo como el supuesto de que un episodio de tratamiento tiene un efecto terapéutico prolongado o el que el terapeuta no considere que las tandas por series o repetidas sean necesarias.

En estas situaciones no se invita a la familia a volver ni se le deja la puerta abierta, a menudo el mensaje es que la cura debería durar eternamente. Si varios meses más tarde la familia vuelve a sentir la necesidad de consultar, consultarán con otro terapeuta.

Los tratamientos breves en serie no son fracasos del proceso terapéutico; representan el logro de la familia en hallar una forma temporal de tratamiento que se ajusta mejor a un sistema y a un organismo que se desarrollan con gran rapidez. El tratamiento breve en serie es la forma más deseable de tratar los problemas de relación entre padres e hijo, una adaptación necesaria para este tipo de desarrollo temprano.

En un niño o en una relación padre-hijo el tipo de desarrollo no permite intervenir de forma sincrónica. En todo momento el niño y el progenitor tendrán que experimentar juntos muchos ámbitos nuevos. No se puede trabajar con el niño ni influir hasta que desarrolle a su debido tiempo la capacidad e operar en un terreno nuevo.

Los padres sólo pueden encontrar los distintos ámbitos de actuación del mismo problema básico de relación e interrelación con el niño si proceden por tratamientos en serie. Antes de que se pueda intervenir en esos ámbitos se tiene que esperar la llegada de las siguientes fases del desarrollo. Para Brazelton se trata de intervenir en los “puntos de contacto”.

A medida que emerge la siguiente fase, con su nueva versión del problema, se hace necesaria una nueva intervención. Restablecidas de esta forma, las intervenciones en serie lograrán su nivel máximo de generalización que la díada pueda soportar en ese momento.

En situaciones especiales (casos crónicos de retraso mental, ceguera, retraso del desarrollo, sordera y parálisis cerebral), pueden utilizarse simultáneamente dos formas de tratamiento; las visitas se suceden regularmente de forma espaciada y, a esta estructura,

se superpone una forma de tratamiento breve en serie que trata los retos y las crisis que causan los avances discontinuos del desarrollo del niño y la llegada también discontinua de acontecimientos que aportan esos avances.

Aunque los tratamientos en serie se adaptan idealmente a las realidades del desarrollo infantil, también pueden ser una forma legítima de tratamiento en cualquier situación en la que las discontinuidades de la vida, del tipo que sean, impiden su funcionamiento.

Esta forma temporal de tratamiento debería considerarse más una forma ideal de tratar la situación padres-hijo que un fracaso o una desviación de las normas aplicables a otras situaciones clínicas.

LA UTILIZACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA POSITIVA, DE LA TRANSFERENCIA POSITIVA Y DE LA MIRADA TERAPÉUTICA POSITIVA

Este es el tercer rasgo en común. Los siguientes procesos positivos son parte integral e indispensable de la psicoterapia aplicada a las relaciones entre padres e hijo por tres razones:

1) El contenido predominante de la transferencia de las mujeres que acaban de ser madres difiere de la transferencia de los pacientes en terapia. Tienen una reacción predominantemente diferente con respecto al terapeuta, como puede ser miedo a no ser buenas madres, o a que las juzguen incapaces de mantener al bebé sano y saludable. Quieren y necesitan que las apoyen y las acompañen en esta nueva fase de la vida.

La postura terapéutica básica requerida para trabajar con una transferencia potencialmente negativa en una nueva madre es la mirada positiva y el apoyo. No existe un ideal universal. Se trata de ajustar la postura terapéutica de la manera más constructiva para el paciente.

2) Permite los tratamientos breves en serie descritos, facilita el ritmo del proceso tratamiento a lo largo de los períodos en que no hay tratamiento, estableciendo y analizando el carácter positivo de este proceso al final de cada fase, necesario para mantener a la familia potencialmente en tratamiento. La familia o la madre dejan la última fase de terapia teniendo muy presentes al terapeuta y la relación terapéutica. El terapeuta también es, a lo largo de la fase en que no hay tratamiento, una fuente de ayuda, fuerza y apoyo potencial disponible para los padres. Esta forma de presencia mental del terapeuta no sólo deja la puerta abierta para iniciar una posible nueva fase de tratamiento, sino que, entretanto permite seguir actuando de forma constructiva.

3) Los padres que tienen problemas con sus hijos desean ayudar al bebé y ayudarse a sí mismos. La fuerza del desarrollo y su rapidez impone a los participantes el cambio continuo. En realidad pasan más tiempo tratando de ajustarse a los cambios intrínsecos que intentando iniciarlos.

Una alianza, transferencia y mirada positivas desempeñan papeles diferentes en la situación clínica de terapia aplicada a la relación. Ofrecen oportunidades diferentes que exponen a o evitan distintos peligros. Trabajar estos procesos positivos con esta población no es un error ni un tratamiento comprometido; es lo que requiere la situación clínica.

NUEVA CONEXIÓN FUNCIONAL DE LAS REPRESENTACIONES

Supuesto: hay dos procesos principales de cambio diferentes; una nueva conexión funcional de las representaciones que se actúan en la interacción, que puede darse en un plazo relativamente corto, y un alteración de las representaciones, que lleva más de tiempo.

La mayor parte de las psicoterapias aplicadas a la relación entre padres e hijo tratan casi exclusivamente de las representaciones activadas y actuadas posteriormente en esa

interacción. A nivel terapéutico, lo que realmente interesa son las actuaciones dirigidas al niño y las actuaciones del propio niño. Éste es el resultado momentáneo de muchas representaciones activadas que interactúan a nivel dinámico y cada una de ellas puede ser una actuación. Dos o más representaciones activadas pueden actuar juntas para reforzar una actuación o para contrarrestar o mitigar otra. En cualquier momento la actuación puede alterarse terapéuticamente de varias formas:

1. Inhibiendo la actuación de una o más representaciones activadas o sustituyendo una representación por otra que tenga que actuarse bajo condiciones específicas.

2. Reforzando las representaciones que ya están activadas pero que apenas se actúan, por no decir en absoluto.

3. Descubriendo representaciones; activar las representaciones que no han sido activadas en el pasado dentro de un contexto interactivo particular. Una vez descubiertas estas representaciones, se exploran para activar y actuar su potencial. Cuando una madre entra en una alianza terapéutica productiva con un terapeuta, la relación terapéutica puede iniciar otro tipo de proceso descubridor en el que, generalmente, afloran determinadas percepciones, sensaciones y valoraciones de sí misma como madre. Las nuevas representaciones “descubiertas” pueden utilizarse a nivel terapéutico.

En la terapia familiar se produce un tercer tipo de proceso descubridor cuando los cambios aportados al contexto interactivo activan representaciones previamente no disponibles. Muchas terapias de apoyo también hacen posible la actuación de algunas representaciones donde antes no lo eran. El punto más importante de todas estas operaciones terapéuticas es que no se alteran las representaciones.

Se puede hablar de nueva conexión del mundo representativo funcional en la medida en que se fortalecen, inhiben, susciten y desinhiben las representaciones de la madre o del bebé o se altera su umbral de actuación. Este proceso requiere que no se modifique la forma o el contenido de las representaciones existentes y puede darse en una psicoterapia breve.

En el proceso de actuación se seleccionan y se activan varias representaciones. Esta actuación es análoga a la evocación en el sentido de que resulta de la interacción entre varias representaciones activadas bajo la influencia orientadora del contexto presente. Este contexto cambia por momentos de manera que, durante este proceso dinámico, pueden aparecer y desaparecer rápidamente diferentes representaciones. Las representaciones son recuerdos generalizados que pueden derivar en actos mentales (recordar) o en actos físicos (actuar)

El cuarto rasgo en común es que todos los enfoques terapéuticos mencionados actúan directa o indirectamente para volver a conectar a nivel funcional el mundo representativo de la madre y del niño. En la interacción, las actuaciones maternas cambian sin que hayan cambiado las representaciones, sólo se reordenan para cambiar su determinación, que dará una acción en un determinado contexto.

Cualquier cambio en la interacción retroalimentará las representaciones y obligará a introducir una modificación que tenga en cuenta la interacción modificada. Las nuevas actuaciones cambian o se suman tanto a las representaciones de los padres como del niño. Este proceso puede ser gradual y puede darse después de que haya finalizado la terapia, e incluso entre dos tandas de terapia en serie.

Otro aspecto esencial de la modificación de las representaciones es su generalización progresiva, es la penetración necesaria que generaliza la aplicabilidad de una representación y por consiguiente fortalece su poder funcional.

TERCER PARTE: SÍNTESIS

CAPÍTULO XI LA CONSTELACIÓN MATERNAL

Tras el nacimiento del un bebé y especialmente si se trata del primero, la madre entra en una nueva y única *organización psíquica* que Stern denomina constelación maternal. Determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías, temores y deseos. Obliga a los clínicos a adoptar un marco distinto de tratamiento, con un nuevo tipo de alianza terapéutica. Su duración es muy variable, pero durante ese tiempo se convierte en el principal eje organizador de la vida psíquica de la madre y desplaza a las organizaciones o los complejos nucleares previos que ocupaban ese papel central. Es una construcción única, independiente, de gran magnitud y completamente normal en la vida de la mayor parte de las madres.

Si no se aprecia el carácter y la predominancia de la constelación maternal, es difícil llegar a los principales temas subjetivos que experimenta la madre, la estructura de los problemas para los que busca ayuda y la forma de alianza terapéutica que más necesita.

Se refiere a tres preocupaciones y discursos diferentes que tienen lugar tanto interna como externamente: el discurso de la madre con su propia madre, el discurso consigo misma y el discurso con su bebé. Esta trilogía maternal es la principal preocupación ya que requiere la mayor parte de su elaboración y de su reelaboración mental. Empieza a existir una nueva tríada psíquica “madre de la madre-madre-bebé”.

En *nuestra cultura*, cuando una mujer se convierte en madre surgen varios temas asociados:

- ¿Puede mantener en vida al bebé y hacerle crecer? Tema de la vida y el crecimiento.
- ¿Puede relacionarse afectivamente con el bebé de forma natural y garantizar el desarrollo psíquico del bebé para que sea tal como ella desea? Tema de la relación primaria.
- ¿Sabrá la madre cómo crear y permitir los sistemas de apoyo necesarios para cumplir estas funciones? Tema de la matriz de apoyo.
- ¿Será capaz la madre de transformar su propia identidad para permitir y facilitar estas funciones? Tema de la reorganización de la identidad.

Cada uno de esos temas conlleva un grupo organizado de ideas, deseos, temores, recuerdos y razones que determinará o influenciará los sentimientos de la madre, sus acciones, interpretaciones, relaciones interpersonales y otras conductas de adaptación. Esta organización también puede estructurar aspectos de su vida psíquica que va mucho más allá de la fase en la predomina.

Denomina “Constelación Maternal” a estos cuatro temas juntos y sus funciones concernientes y, “trilogía maternal” a los tres discursos que la madre tiene que reunir.

No es universal ni innata. En nuestra sociedad, las condiciones culturales que parecen desempeñar una función esencial en la conformación de la estructura final de la constelación maternal que conocemos incluyen los siguientes factores:

- La sociedad valora mucho a los bebés: su supervivencia, bienestar y óptimo desarrollo.
- Se supone que el bebé es deseado.
- La cultura valora mucho el papel maternal y la madre es valorada en parte como persona por su participación y éxito en el papel maternal.
- La responsabilidad última del cuidado del bebé se deposita en la madre aunque ésta delegue gran parte de esta función en otras personas.



- Se espera que la madre ame al bebé.
- Se espera que el padre y las demás personas ayuden a la madre a cumplir su papel maternal durante el período inicial.

La familia, la sociedad y la cultura no ofrecen a la madre la experiencia, la formación o la ayuda suficiente para que desempeñe sola y fácilmente su papel maternal.

Está claro que esos factores socioculturales se reflejan en los cuatro temas y funciones que crean la constelación maternal predominante en nuestra sociedad.

Incluso bajo las mismas condiciones, la emergencia de la constelación maternal no es obligatoria. La mayoría de las mujeres la desarrolla pero no todas. La sociedad es relativamente tolerante respecto a la fuerza y la calidad de la constelación maternal que elabora una madre, pero en lo que respecta a su conducta, esta tolerancia báscula rápidamente hacia el campo de lo extraño, lo patológico o directamente criminal.

La fase de la constelación maternal no es un período crítico o sensible. La organización psíquica que emerge durante esta fase puede ser permanente, transitoria o, más frecuentemente, *permanentemente evocable*.

LOS TEMAS QUE COMPONEN LA CONSTELACIÓN MATERNAL

Tema de la vida y el crecimiento

Lo que está en juego es que la madre tenga éxito como animal humano. Esto genera una serie de temores que no forman parte normal de la constelación maternal: que el bebé muera o que la madre lo maté deliberadamente debido a una profunda falta de cuidados. También temores de que tenga problemas. Son variaciones post-natales de la serie de temores normales conocidos durante el embarazo como que el bebé nazca muerto, malformado o con aspecto de monstruo.

Este tema es único durante el ciclo vital. Es un tema de la vida, esencial, único e independiente. Los temas de la constelación maternal recogen la historia a partir de este punto y se dirigen hacia la supervivencia de la especie una vez la supervivencia individual y la reproducción han producido la generación siguiente.

Tema de la relación primaria

Denomina “relación primaria” a las formas de relación que ocupan el primer año de la vida del niño antes de que empiece a hablar. Incluye la creación de vínculos de relación personal, seguridad y afecto, la regulación de los ritmos del bebé, la manera de “sostener” y la inducción de las primeras normas de relación humana que se establecen a nivel pre-verbal, como la producción y la recepción de señales sociales y de afecto, la negociación de intenciones y la intersubjetividad. El trabajo de esta fase (pre-verbal/pre-edípica) se logra bajo la influencia de la constelación familiar. Incluye la “preocupación maternal primaria” de Winnicott.

Las madres son muy conscientes de esta función pero a la vez tienen miedo a fracasar porque es una función altamente definida por la cultura que puede presentarse de forma incongruente con los aprendizajes particulares de la madre. La inquietud por el desarrollo psíquico del bebé resulta inevitablemente de un fracaso en alguna de estas funciones.

Tema de la matriz de apoyo

La madre necesita crear, permitir, aceptar y regular una red de apoyo benefactora y

protectora de manera que pueda cumplir totalmente las dos primeras funciones de mantener al bebé en vida y fomentar su desarrollo psíquico y afectivo.

La desaparición relativa de la familia funcional ampliada para ayudar a la madre no ha sido sustituida de forma adecuada por otra unidad social ni, en modo alguno, por las estructuras médicas o sanitarias. Se ejerce una creciente presión sobre el marido y sobre la pareja para que faciliten la matriz de apoyo necesaria, una tarea prácticamente imposible.

Tradicionalmente, la matriz de apoyo ha sido siempre una red femenina y maternal. El parto ha sido desde siempre un “asunto de mujeres”, así como los primeros cuidados infantiles, tanto en la raza humana como en los primates, mientras los machos permanecen a una distancia prudente y, en la mayoría de las especies, sólo se les permite accederla niño de forma gradual.

La primera y principal función de esta matriz es proteger físicamente a la madre, cubrirle sus necesidades vitales y retirarla durante algún tiempo de las exigencias de la realidad externa, de manera que pueda dedicarse a sus dos primeras funciones. El marido siempre ha desempeñado un papel importante en esta función y, ahora que la familia nuclear carga con la mayor parte del peso, tiene sencillamente un papel mayor.

La segunda función importante de la matriz de apoyo es de carácter psicológico y educativo. Sin esta forma de ayuda es probable que la función materna se vea comprometida, ya que es una función que tradicionalmente quedaba cubierta por una sociedad de mujeres. El marido moderno intenta rectificar el descuido creado por los cambios introducidos en nuestra sociedad, pero la cuestión es saber hasta dónde puede hacerlo.

Después de que nazca el bebé la relación psicológica principal y más activa de la madre (aparte del bebé) se produce con las figuras maternas de su vida; aquellas personas que, en la realidad o en la fantasía, ofrecerán los aspectos educativos y psicológicos de la matriz de apoyo.

Si se pide al marido que también cumpla esta función durante esa fase puede quedar “maternizado” con las confusas consecuencias que conlleva este desarrollo para el posterior ajuste de la pareja. Muchas parejas “nuevas”, se sienten más unidas y en mayor situación de igualdad si el marido ha tenido un gran papel práctico y psicológico y ha sido maternizado. También puede ser una experiencia positiva.

Se ha constatado clínicamente que la relación de la nueva madre con su propia madre atraviesa una reactivación y una reorganización durante ese periodo, con la necesaria formación de modelos parentales positivos y negativos.

En este contexto aparecen un conjunto de temores, deseos, motivaciones, sentimientos e ideas particulares. La principal fuente de temor es no lograr crear o mantener una matriz de apoyo. Mediante la matriz de apoyo la madre puede ser criticada y considerada una madre exigente, destructiva o inapropiada. Esta matriz puede criticarla, desvalorizarla o incluso abandonarla. Uno o más miembros de la matriz de apoyo pueden minar, sabotear o competir con la madre en su papel maternal y hacer que la madre tema perder al bebé o el amor del bebé. La madre puede tener que pagar un precio afectivo muy alto por mantener la matriz de apoyo.

Cuando el propio marido forma parte de esta matriz, aparecen temores especiales; que su marido compita con ella en calidad de progenitor o compita con el bebé para captar la atención de la madre (“el síndrome-del-marido-segundo-bebé”), excederse en sus cuidados maternos hacia el marido o que huya o busque la satisfacción de sus necesidades en otro sitio. Es una ecuación difícil de resolver en una pareja. El marido es necesario para hacer de protector y amortiguador físico y práctico, de apoyo psicológico y como hombre, mientras la esposa ocupa los papeles complementarios. Estos roles no son necesariamente compatibles y a menudo están desincronizados en los dos componentes de la pareja. Su capacidad de negociar cambios frecuentes de rol será el mecanismo para

establecer su adaptabilidad y capacidad de imitación futura de la pareja.

Cabría preguntarse por qué el marido no puede cumplir el rol de apoyo psicológico como marido y como hombre. ¿Por qué este papel es parental e incluso maternal? Teóricamente el padre podría cumplir esta función, pero el hecho de que la nueva madre recibió los primeros cuidados de una mujer, cuando tenga a su bebé buscará y necesitará la figura materna como parte esencial de la matriz de apoyo.

Tema de la reorganización de la identidad

La nueva madre debe desplazar su centro de identidad de hija a madre, de esposa a progenitor, de profesional a matrona, de una generación a la generación precedente. A menos que pueda lograr incorporar estas transformaciones, las otras tres funciones de la constelación maternal se verán comprometidas. La reorganización de la identidad es a la vez causa y resultado de su nueva relación con las figuras maternas de la matriz de apoyo.

Es evidente que la madre vaya a alterar efectivamente sus compromisos afectivos, su distribución del tiempo y la energía y sus actividades. La necesidad de tener modelos es obvia y para ello revivirá la larga historia de sus identificaciones con su propia madre y otras figuras parentales/maternales. Reaparece el proceso de transmisión intergeneracional.

EL CONTEXTO DE MEMORIZACIÓN ACTUAL Y SU PAPEL EN LA TRANSFORMACIÓN DE LA IDENTIDAD.

¿Por qué la propia madre es el modelo parental a seguir o a rechazar?

La experiencia de recordar es presente, el contexto presente es la clave de la memoria evocada y la forma en que se encaja. El momento presente, con todos sus sentimientos, sensaciones, percepciones, pensamientos y señales contextuales, actúa de detonante para activar muchas redes distintas de memoria y determinar qué fragmentos se cohesionarán y surgirán en forma de recuerdo. Se parte del supuesto de que no se pierden recuerdos ni fragmentos de memoria, sino que el paso crucial es recuperarlos mediante la creación de un contexto memorizador que facilite esa recuperación.

Para la madre, el contexto de memorización presente lo constituyen las interacciones diarias momento a momento con el bebé y también experiencias que pertenecen al bebé pero que la madre vive con empatía.

El contexto de memorización se compone de la experiencia de una persona sobre la interacción o la relación cuando ocurren de forma casi simultánea; lo que siente directamente una parte y lo que se aprehende empáticamente de la experiencia de la otra parte. Los recuerdos o los fragmentos de memoria almacenados en la madre también incluyen ambos lados de la interacción o de la relación con su propia madre cuando era joven; lo que ella experimentó directamente como bebé mientras interactuaba con su madre, y la experiencia empática de la madre en su interacción con ella (imitación e identificación primaria).

Los actos diarios de los cuidados maternos probablemente evocan constantemente recuerdos de la infancia de la madre y, al mismo tiempo, los cuidados maternos que recibió de su propia madre. Lo que convierte al contexto de memorización en un desencadenador de esos primeros recuerdos es que ambos consisten en experiencias de los dos lados de la interacción, la madre y el bebé, en una misma generación. (Los conceptos de imitación, contagio, empatía e identificación primaria y secundaria desempeñan un papel esencial en esta conceptualización).

Estos recuerdos evocados de forma continuada parecen actuar a nivel

preconsciente y suelen ser accesibles a técnicas como la entrevista microanalítica. Estas evocaciones contribuyen mucho a la reelaboración de la relación pasada y presente de la madre con su propia madre. El flujo de recuerdos evocados y desencadenados por este nuevo contexto memorizador es la materia prima para que tenga lugar una importante reorganización materna de su identidad como hija y como madre.

Otros dos rasgos de la constelación maternal facilitan un contexto memorizador eficaz; al buscar el apoyo de la matriz y recibirlo, se aproxima a algunas de las condiciones existentes cuando ella era niña y, cuando tiene que poner orden en el caos de ritmo, señales y significados de su bebé, cosa que debe hacer en gran parte por ensayo y error, se ve obligada de nuevo a crear un orden para los aspectos más básicos y rudimentarios de la vida. En este caso, también se aproxima a una situación existente durante su infancia que le ayudará a definir el contexto memorizador presente.

Esto no es un acto de regresión, sino sencillamente resultado del hecho de encontrarse en un contexto memorizador presente poderoso y profundo que no experimenta desde sus primeros años de vida.

LAS CONSECUENCIAS CLÍNICAS DE LA CONSTELACIÓN MATERNAL

La alianza terapéutica y la transferencia/contratransferencia

Para la madre que presenta un problema de relación con su hijo, la organización psíquica determinante es la constelación maternal. La transferencia que aparece implica la elaboración de un deseo de ser valorada, respaldada, ayudada, instruida y apreciada por una figura maternal. Este deseo se manifiesta en muchas situaciones a parte de la terapéutica

En la situación de transferencia, esta búsqueda y estos encuentros se intensifican y se centran en el terapeuta (“transferencia positiva de la abuela”). El peligro de esta situación para el marco del tratamiento y para la alianza terapéutica es que el terapeuta sea incapaz de responder a estos deseos y necesidades, tanto a nivel personal como terapéutico, porque aplique un marco adecuado para la neurosis pero no para la constelación maternal.

Una vez el terapeuta ha aceptado esta forma de transferencia y la considera apropiada dentro del marco de la constelación maternal, puede ser más activo, abstenerse menos a nivel emocional, sentirse más libre para “actuar” y puede centrarse más en el potencial, en las capacidades y los aspectos positivos que en la patología y los conflictos.

En la minoría de casos en los que sobresalen los problemas psiconeuróticos, por encima de la constelación maternal, se aplica el marco tradicional. Si volviese a surgir un problema particular en uno o ambos padre lo indicado es hacer un seguimiento en forma de psicoterapia individual o de pareja, con su marco transferencial adecuado.

La consecuencia es suministrar un marco de alianza y transferencia que permita al terapeuta convertirse en un tipo especial de matriz de apoyo que pueda valorar, apoyar y apreciar a la madre y por lo tanto “sostenerla” de forma que sus funciones maternas queden al descubierto y sean facilitadas. Puede hacerlo sin detrimento de su funcionamiento, su autoestima o su independencia. Puede ayudarla a cambiar o a volver a conectar su representación mediante experiencias emocionales correctivas y mediante interpretación y el modelaje.

Se presta a la exploración y descubrimiento de un potencial maternal previamente desconocido y a la búsqueda de cualquier figura alternativa que haya tenido un papel maternal positivo en el pasado que pueda utilizarse ahora. Puede suministrarle los consejos realistas y la ayuda práctica necesaria y fomenta su capacidad para crear la “distorciones positivas” necesarias de su bebé que se convertirán en profecías

autosatisfactorias.

El mantenimiento de una transferencia positiva durante las pausas de las terapias breves en serie no plantea problemas prácticos o teóricos para la estructura formada por la alianza terapéutica y la transferencia adecuada a la constelación maternal sino que por el contrario, es deseable durante este período. Su finalización tampoco plantea problemas porque la transferencia se diluye de forma natural cuando la madre sale de la constelación maternal.

Algunas consecuencias para el padre y la familia nuclear

Diferencia los “nuevos padres” que creen, buscan y a veces consiguen establecer un nivel de igualdad entre los cuidados prodigados por la madre y el padre y los “padres tradicionales”. Ambos pueden brindar el apoyo práctico que encuadra y protege a la madre en su primera relación con el niño. Hay dos cosas que los nuevos padres no pueden hacer bien y que el padre tradicional ni siquiera intenta:

No puede aconsejar, enseñar y servir de ejemplo válido y experto para la madre sobre una amplia gama de información, actitudes y técnicas relativas a los cuidados infantiles.

No puede valorar el papel de la madre tan bien como una figura materna “legítima” seleccionada personalmente por ella. La historia y la experiencia sencillamente no se lo permiten.

Estas consideraciones plantean algunos problemas agravados por las “nuevas” familias. Normalmente el “nuevo” marido queda, por consiguiente, al cargo de la mitad de las funciones pero recibe menos de la mitad de la gratificación, a menos que le gratifique apoyar a la madre en su papel parental, una actitud más tradicional.

Si deja de existir la familia ampliada a nivel funcional, gran parte de la necesidad de la madre de apoyo, ánimo, instrucción y valoración real o fantaseada recae en el marido y éste queda parcialmente maternizado, además de ser incapaz de cubrir esa necesidad. Se convierte en un sustituto materno fracasado o insuficiente

CAPÍTULO XII

ALGUNAS CONSECUENCIAS APLICABLES A OTRAS SITUACIONES CLÍNICAS

La aplicabilidad de la forma de tratamiento breve en serie más allá de la situación clínica aplicada a las relaciones entre padres e hijo.

Es frecuente que pacientes adultos que han superado con éxito un tratamiento vuelvan a solicitar atención debido a crisis vitales inesperadas, a verse obligados a tratar con sentimientos y motivaciones nuevas, o sus mecanismos de afrontamiento no funcionan en una nueva situación. Gran parte de la motivación para volver a recibir un tratamiento es la clara sensación de que el primero funcionó.

Si se considera el desarrollo a lo largo de toda la vida como una serie interminable de transformaciones, imprevisibles, siendo la única diferencia entre las etapas el nivel de cambio interno y encuentro drástico ante nuevos contextos, la necesidad de seguir un proceso de intervención temporal se convierte entonces en una norma. El ritmo de la terapia puede tener que ajustarse introduciendo algunas variaciones, como la forma de tratamiento en serie. Estas nuevas aplicaciones de tratamiento son entendidas como la continuación de un único tratamiento a lo largo de las discontinuidades de la vida.

Especificidad y variabilidad cultural

En poblaciones en las que se mezclan distintas culturas debe efectuarse la terapia dentro del modo cultural al que pertenece el paciente. Para que sea eficaz debe realizarse en el lenguaje local y se deben compartir los supuestos, valores y prácticas básicas de esa cultura. Es lógico en los grupos culturales reconocibles inmediatamente, pero también lo sea quizás para las creencias y supuestos divergentes sobre la terapia dentro de la misma cultura global. Además en nuestra cultura existen diferentes “culturas de la terapia”.

Habría que preguntarse que consecuencias tendría para las políticas públicas las diferencias de efectividad entre las terapias, sería necesario llegar a un compromiso entre la ciencia, la formación y la economía.

Todos los enfoques tendrán problemas y fracasarán en algún momento, ante esto, idealmente el paciente debería ser derivado a alguien con un enfoque distinto. Los terapeutas tendrían que estar formados en distintos enfoques o tener la mente abierta enfoques distintos.

Stern considera que, en el caso concreto de las relaciones padres-hijo, en tres o cuatro años de formación exclusiva, los especialistas en salud mental puedan moverse de forma flexible de un enfoque a otro en caso de necesidad, sin perder de vista la importancia de establecer una medida de continuidad en la alianza terapéutica.

Entrada y salida de la Constelación Maternal

La existencia de la constelación maternal tiene consecuencias para todas las terapias en las que la mujer busca tratamiento por razones no relacionadas con ser madre. Si la mujer se queda embarazada durante el transcurso del proceso terapéutico existen distintas soluciones. Durante esa fase todos los aspectos generales y organizativos están teñidos de un color uniforme y bastante intenso.

Los investigadores actuales del desarrollo, la etología y las ciencias cognitivas tienden a plantear organizaciones mentales específicas diseñadas y adaptadas a funciones y ámbitos particulares con consecuencias evolutivas separadas. Tanto “La Constelación Maternal” como el “Complejo de Edipo” son organizaciones mentales separadas con tareas específicas que tienen funciones evolutivas diferentes para la supervivencia general. En general, las madres de todas las edades que siguen una psicoterapia y han superado bien las primeras fases de la paternidad sienten periódicamente una aguda inquietud por su actuación maternal pasada y presente, lo que muestra que algunas preocupaciones de la constelación maternal nunca desaparecen.

El lugar de la acción en la teoría y en la práctica psicoterapéutica

El peso que se da a las acciones frente a los acontecimientos mentales distingue los principales enfoques terapéuticos, pero, tanto las acciones como los fenómenos mentales, deben volver a examinarse y reconciliarse. Lo más interesante y productivo a nivel teórico es la dialéctica que existe entre ambos.

El encuentro entre los niños en fase preverbal y sus padres contribuye a la dialéctica entre acción y pensamiento en el terreno clínico. A raíz de las últimas experiencias clínicas en el tema del abuso sexual infantil, el acto y la interacción se han convertido de nuevo en traumas potencialmente “reales”. Una vez se ha vuelto a abrir esta puerta en las terapias de adultos, queda la tarea de describir ese mundo infantil, esto depende en gran medida del alcance y precisión descriptiva de los observadores de niños y de los profesionales de la interacción padres-hijos.

Cualquiera que sea el trauma (o su origen), si este ocurrió realmente y queremos

reconstruirlo, por lo menos en parte, necesitamos tener una idea general de lo que estamos buscando. Lo obtendremos únicamente a través de la observación y la reflexión sobre las acciones y las interacciones personales que sirven de experiencia estructurada para la vida mental del niño.

La entrevista microanalítica suministra un medio para explorar la experiencia interactiva vivida, depositando un énfasis considerable en las acciones y recurriendo al examen de las acciones y las interacciones para evocar recuerdos y representaciones previos a estas experiencias.

El acto puede tener una transparencia que revele una motivación subyacente que no tiene la palabra, también puede mostrar muchas cosas que no podrían alcanzar nunca la conciencia ni ser dichas con palabras. Las técnicas que se centran mayormente en la conducta, como la entrevista microanalítica, y los métodos de observación y análisis conductual suministran los medios para seguir la vía de la acción.

Reconstrucción del pasado inmediato y del pasado lejano

Situación de los recuerdos no verbales

La exploración clínica y la utilización terapéutica de recuerdos no verbales han sido casi siempre problemáticas. El tipo de sentimiento temporal y su utilización del sobrepronarrativo como columna vertebral temporal son conceptos diseñados precisamente para el propósito de integrar la experiencia no verbal con la afectiva en la historia de una vida narrada. Considero experiencias y recuerdos no verbales las experiencias afectivas (por ejemplo, tristeza) que entran especialmente en la categoría de los afectos vitales, gran parte de los sentimientos clínicamente interesantes se refieren a perfiles temporales de los afectos tradicionales.

La ventaja de la envoltura pronarrativa es, por una parte el supuesto del que parte (un recuerdo no verbal aislado perteneció a un evento o a un tipo de evento vivido específico) y, por otra, que la recuperación de ese evento y el lugar de lo no verbal en la experiencia global es el trabajo rutinario de la exploración terapéutica. El material no verbal se concibe como hilo conductor hacia y desde un evento de la vida interpersonal que consiste en agentes con deseos y objetivos que cometen una acción en un determinado momento y lugar. Crea en la mente del terapeuta, y posteriormente, en la mente del paciente un dispositivo mental y una estructura para trabajar hacia la integración de los sentimientos no verbales en la trama lineal de una vida.

Descubrimiento de patrones en el material clínico

El contenido generalmente verbal del material clínico disminuye en importancia y la mayoría de los eventos se presentan en forma no verbal. Lo mismo se aplica donde el lenguaje está presente pero la terapia debe llegar más allá de lo que se dice.

La experiencia de observar la interacción entre padres e hijo es un terreno de formación excelente para reconocer la praxis de las interacciones, tanto verbales como no verbales. Ahí se descubrirán las principales corrientes de transferencia o los temas conflictivos esenciales. Queremos saber a nivel terapéutico lo que alguien quiere que suceda o piensa que sucede con el terapeuta.

El modelo de-estar-con como concepto para explorar cómo suceden las cosas normalmente

Los terapeutas distinguen rápidamente dos tipos de experiencia diferentes que adquieren importancia clínica: los eventos inusuales, traumáticos, simbólicos o

especialmente reveladores, considerados especiales por su carácter extraordinario, y los eventos ordinarios que, generalmente pasan desapercibidos o que cuando se hacen manifiestos no requieren comentarios. Los eventos inusuales adquieren su significado por contraste con lo ordinario o canónico.

Uno de los resultados interesantes que ofrece el encuentro de las teorías clínicas tradicionales con la nueva población de niños pequeños ha sido la necesidad de prestar mayor atención a los acontecimientos diarios ordinarios, y esto por lo menos por tres motivos:

Con los niños sólo podemos dar por supuesta una reducida cantidad de conocimientos básicos sobre cómo funciona el mundo en general y cómo funciona una madre o una familia en particular.

Generalmente no sabemos cómo diferenciar lo que para un niño es ordinario o extraordinario.

Muchos de los patrones sociales y afectivos básicos existentes entre las personas de una misma familia que entran en la categoría de lo ordinario desempeñan un gran papel en la estructuración del mundo representativo. Lo que se considera ordinario es único para cada familia o para cada persona.

El modelo de-estar-con es un intento de perfilar una forma representativa para tratar este tipo de experiencias interpersonales ordinarias, es decir, “cómo es estar con alguien de determinada manera” ya sea de forma especial u ordinaria. Captura cómo se siente el paciente en las experiencias con los demás con la ventaja de que está imitando a los fenómenos de la experiencia vivida y no incluye conceptos más abstractos. Ventajas de la limitación experiencia sentida:

No podemos saber qué sucedió realmente durante la infancia de alguien y no podemos decir si una reconstrucción es terapéuticamente buena porque es históricamente cierta o porque ofrece una narrativa coherente.

El proceso reconstructivo no puede y no debería saber exactamente hacia dónde va. Las reconstrucciones no avanzan sólo en varias direcciones a la vez, si no que la misma experiencia puede ser reutilizada de nuevo varias veces para conducir la búsqueda en diferentes direcciones.

Se necesita una representación que sitúe la experiencia vivida subjetivamente de modo que pueda ser utilizada una y otra vez para fines reconstructivos, que no son inherentes a la experiencia en sí. Ésta es la esencia del modelo de-estar-con.

Lo que más necesitan todas las formas de terapia que utilizan el pasado son estrategias de búsqueda para explorar este pasado. El tratamiento es buena parte de esta búsqueda y las respuestas que se obtienen durante el proceso pueden considerarse puntos finales del viaje terapéutico.

El encuentro de las psicoterapias tradicionales con los tratamientos aplicados a los niños y a las relaciones entre padres e hijo han aportado y seguirán aportando, a los terapeutas de todas las inspiraciones, nuevas ideas para sus estrategias de búsqueda terapéutica y nuevas posiciones aventajadas para examinar los terrenos tempranos por los que puede viajar el tratamiento.

COMENTARIO

Ya desde el primer capítulo, en el que se presenta una visión general de la situación clínica a la que se refiere en la obra; la terapia entre padres e hijos, o para ser más exactos entre padres y bebés o niños muy pequeños, aparecen dos conceptos presentes siempre en la obra de este autor: “los modelos de estar con” y las “representaciones”.

Su concepción de la situación clínica está basada principalmente en estos dos conceptos, difíciles de definir y comprender. Hablamos con frecuencia de “representaciones” pero cuando se trata de acordar a qué nos referimos con “representación” surge con frecuencia la discusión. Al hablar de los componentes o la naturaleza de la representación, Stern recoge en una frase su concepción del mundo representativo diciendo que probablemente *“se parezca más a un montón de cortes de películas que a un montaje de fotografías o palabras”*.

Ya en este primer capítulo introduce las diferentes ideas que después irá desarrollando durante todo el libro, culminando con la síntesis de la tercera parte. Sobretodo explica los distintos “modelos” que para él son indispensables en el abordaje terapéutico de los problemas de relación padres-hijos.

Uno de los postulados de su teoría es que está representación estaría siempre traducida a la acción. Las representaciones se forman desde dentro, a partir de lo que le sucede a la persona en su relación con los demás. Los “modelos de estar con” se basan verdaderamente en la interacción y, es esta idea la que convertiría a Stern en un autor clave para el modelo relacional. Es decir, se forman a partir de la relación con los demás y es también en la interacción con los demás donde se activan, siendo entonces esta interacción la pieza central de la situación clínica. A la pregunta de por qué se activa un modelo dado y cómo se traduce a la interacción responde planteando que las representaciones maternas pueden influir en la conducta observable materna con su bebé. Por lo tanto, cobra mucha importancia poder describir aquellas conductas que realiza la madre pero, sobre todo que, al mismo tiempo pueden ser discernibles por el bebé, ya que si no fuese así sería difícil pensar cómo influyen en él.

Es decir, Stern no cree que las fantasías maternas incorporadas a través de la identificación proyectiva sean los cimientos del desarrollo psíquico del niño, para él las representaciones y fantasías deben adoptar una forma perceptible y potencialmente cargada de sentido para el niño. Las fantasías de la madre son un punto de partida de una construcción que es útil para los clínicos pero no son el punto de partida de las construcciones del niño.

Este planteamiento, y la importancia otorgada a la conducta observable, diferencian claramente a Stern de otros planteamientos psicoanalíticos. En un primer momento, este enfoque puede considerarse muy cercano a enfoques más conductistas, en los que se prima el comportamiento sobre las fantasías y el mundo intrapsíquico en general, sin embargo, no es lo mismo decir que la fantasía se traduce en conducta perceptible para el bebé que no considerar la fantasía. En este modelo no se obvia la fantasía, ni lo intrapsíquico, al contrario, tiene gran peso tanto explicativo como terapéutico, lo que hace es tratar de explicar, de forma “medible”, como está influye en el bebé. Y por otra parte, la sitúa en una posición diferente, en el desarrollo representacional del bebé; primero la representación formada a partir de la interacción y después la fantasía.

Como él mismo Stern señala, este énfasis depositado en la experiencia interactiva es clave y marca la diferencia entre el punto de vista adoptado en esta obra con respecto a otros. Una de las razones por las que, como decíamos antes, la interacción tiene un papel central en la situación clínica es que las representaciones parentales actuadas durante esta son las únicas que tienen influencia directa sobre el bebé. Esto lleva a entender también que, al principio, solo las influencias patógenas que influyan en la díada o tríada tienen capacidad de afectar al bebé, procedan de donde procedan. Esta idea, que evoca la idea de Winnicott de la madre como encargada de presentar el mundo a su bebé y la función materna de protección frente al estímulo exterior, me parece clave en la comprensión de los efectos de los factores de riesgo sobre la salud mental posterior del niño.

Al pasar a describir el “mundo representacional de los padres”, y después a lo largo de todo el libro, incluye dos elementos que enriquecen enormemente su exposición, por una

parte relaciona, incluye y diferencia las distintas concepciones de los diferentes modelos teóricos y terapéuticos (conductual, sistémico, psicoanalítico...), para clarificar cuando se está hablando de las mismas cosas y cuando no. Traduce también a su terminología, conceptos y términos de otros enfoques, como por ejemplo; el “guión familiar” que para Stern sería una red de “modelos de-estar-con” compartido por todos los miembros de la familia.

En este sentido, destaca especialmente la consideración que Stern hace de la Teoría del Apego y, sobretodo, de los avances en la misma llevados a cabo por Fonagy, ya que parece encajar en muchos sentidos con los planteamientos de Stern, enriqueciéndose mutuamente. De hecho, parecen ser autores muy cercanos en varios puntos. En primer lugar, ambos, partiendo del psicoanálisis, dan mucha importancia a la investigación y a la introducción de esta en lo clínico y viceversa, pero sobretodo debido al enfoque etológico que comparten.

Por otra parte, incluye viñetas clínicas, lo que recuerda constantemente que Stern, además de destacar por su faceta de “investigador”, es sobretodo un clínico.

Tanto la madre como el padre funcionarían con una “red de modelos de estar con”. En la interacción de la madre con su hijo, está pondría en juego modelos de estar con relativos a su bebe, a sí misma, sobre su marido, sobre su propia madre, sobre su propio padre, sobre la familia de origen, sobre las figuras parentales sustitutorias e incluso sobre fenómenos familiares o culturales jamás experimentados en la realidad por la madre. Esta última fuente de la que se nutren las representaciones maternas abriría el campo a múltiples posibilidades que no deberían subestimarse, aquí se plantea como ejemplo los medios de comunicación.

Habría distintos modelos clínicos del mundo representativo (deformista, del tema dominante, de coherencia narrativa y ontogenético o del desarrollo en fases discontinuas), cada uno de ellos primaría unos aspectos sobre otros. Estos modelos que organizan el material de los mundos representativos de cara a una intervención y, que además, serían líneas directivas para la búsqueda de información de interés clínico podrían usarse de manera ecléctica por profesionales experimentados. En opinión de Stern, y de muchos otros autores, la especificación de los modelos que los terapeutas utilizan puede aclarar y facilitar sus objetivos clínicos. A mí me surge la pregunta de cómo nos enfrentamos los terapeutas mucha menos experimentados, no sólo a esta situación clínica concreta, sino también a otras, si somos conscientes de los modelos internos que ponemos en marcha cuando buscamos información y marcamos objetivos en la situación terapéutica, si el modelo adoptado viene impuesto por la formación teórica, por la práctica...

Me parece importante destacar que adopta una perspectiva del ciclo vital, esto significa deshacerse de la idea de periodos críticos en el desarrollo, los temas clínicos básicos son trabajados continuamente, progresando el desarrollo por fases continuas discontinuas cuantitativas seguidas de períodos de relativa consolidación de nuevas adquisiciones, es decir, se observa la negociación de los mismos temas pero en cada fase del desarrollo la negociación adopta una nueva forma. Esto implica también que las visiones clínicas también van progresando a lo largo del desarrollo del bebe. A la vez que expone esta progresión, y como en el resto de la obra, va dando numerosos datos acerca del desarrollo del bebé, en cuya exposición se da siempre una convergencia entre la clínica y los nuevos datos de la investigación. Y aunque hacemos un corte, hasta cierto punto artificial entre “lo infantil” y “lo adulto” en el trabajo, la aplicación de perspectivas del ciclo vital es útil no solo en esta situación clínica concreta. Esta idea es una de las que justificaría la recomendación de aplicar series breves de terapia, todo lo dicho por Stern acerca de este punto ha hecho que me plantea varios temas relacionados con el alta, el abandono, la posibilidad de regreso y distintas negociaciones al alta.

De especial importancia me ha parecido el capítulo dedicado al examen clínico de las representaciones del niño. Centra la exposición en el fenómeno de la madre deprimida,

pero podría aplicarse a otras situaciones, a la vez que proporciona un modelo a través del cual explica, no solo la clínica del bebé sino la problemática de muchos adultos. Y me motiva a iniciar la lectura, muchas veces postergada, del *“El Complejo de la Madre Muerta”* de André Green.

Algo que me ha resultado muy relevante es que demuestra la mayor capacidad explicativa de considerar los “microsucesos” en lugar de categorías más macro como “depresión materna”. Aplica aquí lo explicado sobre los sucesos que él considera importantes de cara a la clínica y de esta forma también, en parte, expone algo de su concepción de lo traumático, centrándose en la repetición más que en hechos traumáticos en sí mismos. Como él dice “desmitificación del trauma”.

En cuanto a la segunda parte, solo señalar que proporciona una guía útil de los enfoques utilizados para tratar madres con niños pequeños y un sistema de clasificación muy interesante. Así como, el interés de las conclusiones de la investigación acerca de la eficacia de las mismas y los rasgos en común de todas ellas; todas funcionan *“La principal fuerza de este método es su generalidad no específica que transforma las intervenciones clínicas específicas en resultados clínicos generales. La acción terapéutica influirá en todo el método, de manera que no tenga importancia cómo, dónde o por qué se produjo el primer cambio. De este modo, los elementos interrelacionados de la situación clínica forjarán resultados comunes a partir de lo que en un principio eran enfoques distintos.”* Todas lo hacen modificando varios elementos partan de donde partan, utilizando la transferencia y la alianza positiva y en tandas breves de terapia.

En la tercera parte del libro explica a qué se refiere con “Constelación Maternal”. Aclarando que se trata de una construcción que ayuda a dar sentido a los fenómenos clínicos. Sería un grupo de fenómenos mentales organizado. Para el que Stern escoge un nuevo término intentando diferenciarlo así del complejo, ya que no tiene connotaciones patológicas, de la organización ya que se refiere a una etapa de la vida diferente a la infancia y de las fases o etapas de vida por no tratarse de un tema ni universal ni obligatorio de una cultura.

La Constelación Maternal sustituye a la organización existente durante un tiempo y por lo tanto, ocuparía la misma posición en los desórdenes de la maternidad y la relación entre padre e hijos que el complejo de Edipo en las neurosis clásicas.

Me parece destacable el hecho de que sea considerada, de entrada, no universal y también el carácter de “permanentemente evocable” que me parece una gran definición de lo que vemos con frecuencia en la clínica, cuando por diferentes razones la madre, independientemente de la edad de sus hijos, parece volver a encontrarse preocupada por los cuatro temas que componen la constelación y reuniendo los tres discursos que la componen.

Aunque Stern denomina a esta parte “Síntesis” y es cierto, que recoge mucho de lo explicado en los capítulos precedentes, me parece que es la parte del libro en la que más información se transmite.

Hace varios comentarios sumamente importantes acerca de los cambios sociales en la familia, lo cual está plenamente de actualidad. Hoy en día la situación nos obliga a replantearnos gran parte de las construcciones teóricas a la luz de una realidad que se impone. En este sentido, es interesante el señalamiento que hace acerca del padre *“maternizado”*, de las dificultades en la necesidad de renegociar roles pero, sobre todo, en la pérdida de los grupos de apoyo que tradicionalmente habían protegido a la madre y su bebé.

En relación a esto, nunca me había planteado la necesidad de proporcionar una red de apoyo para su bebé como una preocupación maternal básica y tampoco había reflexionado sobre algo que, sin embargo, si está muy presente en la clínica que son los sacrificios que esto puede suponer. Efectivamente, muchas madres “aguantan mucho” con tal de mantener a sus hijos en contacto con su propia familia de origen o su familia política

y, efectivamente, esa misma red que, por una parte cuida al bebé por otra puede atacar a la madre. En segundo lugar, me hace pensar también en el caso de las madres inmigrantes, con las dificultades que entraña dar una red social de apoyo cuando ellas mismas no la tienen.

En cada uno de los apartados a lo largo de la obra, Stern va señalando aquellos temas que él considera de gran importancia clínica y que, por tanto, constituirían temas a tener en cuenta en el tratamiento. De estos recojo tres, los dos primeros porque me han parecido indispensables en cualquier abordaje terapéutico con una madre; *“el cambio en las representaciones que se exige al principal progenitor del bebé pudiendo constituir el nexo del problema clínico”* y *“la representación de la madre del papel del padre como figura clave del sistema de ayuda”* y el último porque me ha parecido un tema de investigación muy interesante y que, será cada vez más relevante *“las representaciones de la madre acerca de su propio padre cuando él desempeña el papel fundamental”*.

Como ya mencionaba en la introducción, a lo largo de la lectura, Stern va señalando temas que han despertado mi interés, ya que son cuestiones más o menos contestadas y más o menos tenidas en cuenta en la investigación y en la clínica. Algunas de ellas serían: la cuestión de qué ocurriría cuando el padre ha sido el progenitor principal en cuanto a cuidados, la cuestión de la interacción en la relación madre-hijo del temperamento del niño y la cuestión de la culpabilización de la madre.

Como también señalaba al principio hay muchas ideas en el libro que no he terminado de entender, y son aquellas relacionadas principalmente con su concepción del mundo representacional y el desarrollo del mismo en el bebé. Me estoy refiriendo a conceptos como *“envoltura proto-narrativa”* y a los temas relacionados con la *“temporalidad”*. Son conceptos sobre los que espero volver en futuras relecturas de este libro y en la lectura del resto de la obra de Stern, ya que la motivación a leerla ha sido uno de los principales efectos de este trabajo.

Por último, me gustaría destacar también la influencia en mi trabajo que ha tenido el libro. Actualmente estoy siguiendo varios casos de madres que consultan por problemas con sus hijos o que, siendo el motivo de consulta otro, este acaba siendo el foco de la intervención. Aquí me pregunto si será en parte por mi interés en la psicoterapia infantil o por encontrarse ellas sumergidas en la *“Constelación Maternal”*. Normalmente tengo ciertas dificultades para identificarme con las madres, probablemente debido a que no lo soy. Esta lectura me ha ayudado a acercarme con una mayor comprensión a la madre y al mismo tiempo a identificar las preocupaciones que propone Stern como componentes de la constelación maternal.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Rodríguez Pereira, C. (2010). Reseña de la obra de Daniel Stern *“La constelación maternal”*. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 270-312. [ISSN 1988-2939] [<http://www.psicoterapiarelacional.es/>]