

# El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública, desde un enfoque basado en la mentalización

ANGELINA GRAELL AMAT<sup>1</sup> Y GUSTAVO LANZA CASTELLI<sup>2</sup>

## RESUMEN

Presentamos una propuesta terapéutica en un CDIAP (Centro de Desarrollo y Atención Temprana) centrada en la familia y teniendo como marco teórico de referencia la teoría de la mentalización. Nuestra intención es invitar a pensar en nuevos enfoques, más efectivos, en la atención del niño y su familia mediante la ilustración del abordaje que proponemos con un material clínico que analizamos detalladamente, en un momento en el que es cada vez mayor el número de niños con dificultades en el desarrollo, o con riesgo de padecerlas, atendidos en la red pública de atención temprana en Cataluña. *Palabras clave: CDIAP, pequeña infancia, Terapia Basada en la Mentalización (MBT), trabajo centrado en la familia.*

## ABSTRACT

*Working with parents in the early care, in the public institution, from a mentalization-based approach.* We present a therapeutic proposal in a CDEC (Center for Development and Early Care) focused on the family and having the mentalization theory as a theoretical reference frame. Our intention is to make people think of new and more effective approaches in the child's and family's attention illustrating the approach that we suggest with a clinical material thoroughly analysed, in a moment when the number of children with difficulties in the development, or with the risk of suffering them, is increasing. These children were attended in the public network of early attention in Catalonia. *Keywords: CDEC, early childhood, Mentalization-Based Therapy (MBT), work focused on the family.*

## RESUM

*El treball amb els pares en atenció primerenca, a la institució pública, des d'un enfocament basat en la mentalització.* Presentem una proposta terapèutica en un CDIAP (centre de desenvolupament i atenció precoç) centrada en la família i tenint com a marc teòric de referència la teoria de la mentalització. La nostra intenció és invitar a pensar en nous enfocaments, més efectius, en l'atenció del nen i de la seva família mitjançant la il·lustració de l'abordatge que proposem amb un material clínic que analitzem detalladament, en un moment en el que és cada vegada més gran el nombre de nens amb dificultats en el desenvolupament, o en risc de patir-les, atesos a la xarxa pública d'atenció precoç a Catalunya. *Paraules clau: CDIAP, petita infància, teràpia basada en la mentalització (MBT), treball centrat en la família.*

## Introducción

*Los niños no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.*

D.W. Winnicott (1960)

Cataluña dispone de una amplia red de centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP) especializados en la atención integral de niños de hasta seis años de edad, que presentan dificultades y/o trastornos en su desarrollo, o que poseen riesgo de sufrirlos.

<sup>1</sup>Psicóloga y Psicoterapeuta psicoanalítica (ACPP – FEAP). CDIAP DAPSI Sant Cugat (Barcelona). <sup>2</sup>Psicoanalista y Psicoterapeuta (Federación Latinoamericana de Psicoterapia, World Council for Psychotherapy). Sociedad Psicoanalítica del Sur (Buenos Aires). Presidente de la Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización. Consulta privada. Contacto: [gustavo.lanza.castelli@gmail.com](mailto:gustavo.lanza.castelli@gmail.com) y [angelinagraell@gmail.com](mailto:angelinagraell@gmail.com)

Recibido: 8/3/18 - Aceptado: 31/7/18

Esta red está formada por 95 centros que se hallan extendidos por todas las comarcas de su territorio. De esta manera, se consigue dar atención a los niños desde su concepción hasta que cumplen los seis años, así como también a sus familias.

Durante el año 2017 se atendieron alrededor de unos 40.000 niños en todo el territorio. En la medida en que el volumen asistencial crece año tras año, se torna necesario instrumentar estrategias breves y focales que permitan optimizar los recursos de que disponen los distintos centros.

Uno de los ámbitos de actuación en el que se interviene se sitúa en el conjunto de acciones preventivas dirigidas a la primera infancia y a sus familias, con la finalidad de atender casos que requieren de una ayuda terapéutica puntual, en la medida en que no hay en ellos un trastorno del desarrollo en curso.

A los efectos de llevar a cabo un trabajo productivo en las condiciones mencionadas, se ha desarrollado en los últimos años un tratamiento, la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), que ha demostrado su notable eficacia, corroborada por estudios de seguimiento rigurosos (Bateman y Fonagy, 2006, 2008, 2009; Bateman, O'Connell, Lorenzini, Garner y Fonagy, 2016).

Por nuestra parte, si bien nuestro marco teórico es el psicoanálisis, que es nuestra guía en la comprensión clínica del caso, propondremos un trabajo que se basa, en gran medida, en la utilización de los conceptos y propuestas clínicas de la terapia basada en la mentalización. Teniendo en cuenta del poco tiempo de que se dispone en el ámbito de la atención temprana en la institución pública, este enfoque permite llevar a cabo un abordaje breve y focal.

Asimismo, a diferencia de aquellos enfoques terapéuticos que podríamos caracterizar como *centrados en el terapeuta* -en los que la actividad de este último se considera el factor eficaz principal en los cambios que puede lograr el niño a lo largo de un tratamiento-, proponemos un abordaje que tiene como objetivo trabajar con los padres, para promover que éstos sean partícipes necesarios y eficaces a los efectos de que dicho cambio tenga lugar.

En lo específico del trabajo *centrado en las familias*, entendemos que la promoción del mentalizar que podamos lograr con ellos incidirá de

manera provechosa en la relación consigo mismos y con sus hijos. De esta manera, se favorece la desactivación de círculos viciosos relacionales y la creación de círculos virtuosos que complementarán la tarea que el/la terapeuta realiza con el niño en las sesiones.

Teniendo en cuenta las condiciones de trabajo a las que hemos hecho referencia, puede ser de gran ayuda lograr que los pacientes incrementen su capacidad de mentalizar.

Cabe agregar que este enfoque no pretende lograr modificaciones estructurales ni calar hasta lo más profundo de la problemática de los pacientes, como podría hacerlo un enfoque de larga duración y orientación psicoanalítica. Sus objetivos son mucho más modestos y han sido sintetizados por Bateman y Fonagy de la siguiente forma: "ésta no es una terapia que busque lograr un cambio estructural en la personalidad, o que intente alterar cogniciones y esquemas (Young et al., 2003). Es más bien una terapia cuyo objetivo es optimizar las capacidades de mentalización y hacerlas más robustas y estables, de modo tal que el individuo esté más capacitado para resolver problemas y para regular estados emocionales (particularmente en las relaciones interpersonales), o al menos que se sienta más confiado al hacerlo. Nuestra intención con el paciente es promover una actitud mentalizadora hacia las relaciones y los problemas, instalar duda donde hay certeza y habilitar al paciente para que devenga cada vez más curioso acerca de sus propios estados mentales y los de los demás. Suponemos que, como resultado, serán alcanzados los problemas en el comportamiento atribuibles a limitaciones en el mentalizar" (Bateman y Fonagy, 2012, p. 274).

En lo que sigue nos proponemos caracterizar esta propuesta. Para ello desarrollaremos brevemente en primer término el *enfoque basado en las familias*. Posteriormente haremos una sinopsis del concepto *mentalización* e ilustraremos todo ello con el material clínico de una familia que fue tratada en un centro de atención temprana.

### Trabajo centrado en la familia

En atención temprana trabajamos en un estadio del desarrollo sumamente sensible al

cambio. Nos encontramos frente a la personalidad emergente del niño, de tal modo que son múltiples las posibilidades y oportunidades que tienen los padres -así como sus pequeños- de producir cambios en su mundo psico-afectivo, que se despliega y crece día tras día.

Así pues, en la filosofía que subyace a este enfoque que proponemos, encontramos el convencimiento de que en la familia del niño con necesidades de Atención Temprana y en su entorno inmediato —en primera instancia sus padres—, podemos encontrar y potenciar los recursos y las competencias necesarias para generar lo que Perpiñán (2009), en nuestro país, dio en llamar un entorno competente para facilitar el desarrollo del niño.

Pero, ¿cómo hacerlo? ¿Cuál es el camino favorecedor de este tipo de trabajo que proponemos en el contexto de la atención temprana?

La mejor solución encontrada hasta el momento nos encamina hacia el enfoque de una práctica centrada en la familia, de la que afortunadamente ya contamos con una amplia fundamentación teórica y práctica y una extensa evidencia documentada (Dunst, Johanson, Trivette y Hamby, 1991). El objetivo primordial de la práctica centrada en la familia es el acompañar a sus miembros, dándoles herramientas para que puedan tomar, de forma autónoma, las decisiones más adecuadas en cada momento. Por lo tanto, proporcionar información directa y/o facilitar el acceso a las fuentes de información adecuadas deben formar parte de este enfoque.

Se trata de capacitar y de dar autoridad a las familias para que puedan actuar de forma efectiva dentro de sus contextos ambientales.

Cuanto más centrado esté el enfoque en la familia, más probabilidades habrá de que desarrolle sus fortalezas gracias a las prácticas de ayuda (en lugar de centrarse en corregir sus debilidades), de modo tal que tenga un mayor control personal y un mayor poder en la toma de decisiones. La práctica centrada en la familia se centra en las fortalezas y recursos que ésta tiene y que puede usar para lograr sus propios objetivos (Leal, 1999).

Si deseamos avanzar en la psicoterapia con padres y sus pequeños, debemos evitar el adoctrinamiento y el intento de promover el

acatamiento de los padres de nuestras recetas, lo cual no es efectivo en la mayoría de los casos. Guillem Salvador (2009) dice: “yo también pienso, desde un cierto sentido común, que si la familia es un *ámbito natural de solución de problemas*, sería razonable contribuir a que las familias encuentren sus soluciones desde ayudas que las hagan más saludables”. Y añade, más adelante: “crecemos orbitando alrededor de los padres, como señala Donald Meltzer (2000, 2005), pero a su vez los padres deben también orbitar mentalmente alrededor de los hijos”. Esto último guarda estrecha relación con el concepto de mentalización de Fonagy y la noción de que la capacidad de la madre para mantener a su hijo en mente hace posible, para él, descubrir su propia mente. En otras palabras, la capacidad de mentalización de la madre juega un papel crucial en el desarrollo de las capacidades de mentalización en el niño (Sadler, Slade y Mayes, 2006).

## Mentalización

Si bien nuestro marco teórico consiste en una articulación entre mentalización y psicoanálisis, en este artículo nos focalizaremos de modo casi exclusivo -para la comprensión del material clínico y las intervenciones llevadas a cabo- en la teoría de la mentalización, que caracterizamos -de un modo sucinto- de la siguiente forma.

El concepto mentalización se refiere a una actividad mental, predominantemente preconsciente, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. En un sentido más amplio, alude a una capacidad esencial para la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (Slade, 2008).

También podemos definirla diciendo que este constructo se refiere a una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Estas operaciones incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, que forman un mecanismo interpretativo especializado. Este mecanismo está dedicado a la tarea de explicar y predecir

el comportamiento propio y ajeno mediante el expediente de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta (Gergely, 2003).

En tanto consideramos a dicho constructo como multidimensional, diferenciamos en él cuatro polaridades: mentalización del self y mentalización del otro; mentalización automática y mentalización controlada; predominio cognitivo y predominio afectivo; centrada en lo interno y centrada en lo externo (Fonagy y Luyten, 2010).

A su vez, cabría agregar que podemos diferenciar cuatro dominios en la capacidad de mentalizar: la capacidad para comprender la naturaleza de los estados mentales; la capacidad para comprender la mente propia; la capacidad para comprender la mente ajena; las capacidades de regulación, atencional, emocional y conductual.

En este trabajo, nos preguntamos respecto a la intervención del terapeuta con los padres. En un marco de seguridad como es el de la terapia, se ofrece a los padres un espacio en el cual, por medio de la palabra y la acción del terapeuta, se brinda un espacio seguro de contención (Bowlby, 1969) en el que podrán tener lugar nuevas formas de pensar y significar al niño, así como nuevas modalidades de vincularse con él. Esto implica modificar la mirada hacia el niño, resignificar sus síntomas, e ir desplegando nuevas estrategias de abordaje del conflicto de los padres con él, en un escenario en el que poco a poco las familias adquieran habilidades para poder mentalizar a sí mismos y a sus hijos adecuadamente (Lanza Castelli, 2014).

Por su parte, el terapeuta que mentaliza construye y reconstruye continuamente una imagen de la mente de los padres y del niño en su mente, para ayudarlos a entender qué es lo que sienten y por qué lo experimentan. De este modo, tanto el paciente como sus padres deben encontrarse a sí mismos en la mente del terapeuta (Bateman y Fonagy, 2012).

## Material clínico

En el enfoque que proponemos trabajaremos

favoreciendo el incremento de la capacidad de mentalizar de los padres, lo cual se llevará a cabo mediante la puesta en juego de distintos tipos de intervenciones, que enumeramos a continuación:

- 1) intervenciones que buscan establecer una buena alianza terapéutica,
- 2) intervenciones de sostén o *holding*,
- 3) intervenciones de apuntalamiento,
- 4) intervenciones de modelado,
- 5) intervenciones para evaluar el desempeño mentalizador de los padres,
- 6) intervenciones que persiguen estimular la mentalización de éstos,
- 7) intervenciones que estimulan el protagonismo de los padres,
- 8) e intervenciones que invitan a desplegar el relato.

A los efectos de este artículo, diferenciaremos estos ocho tipos de intervenciones que iremos puntualizando en el material clínico que presentamos.

La viñeta clínica que aportamos se inscribe —tal como hemos dicho— en el trabajo terapéutico con padres en el marco de una institución pública. En este caso, por lo tanto, no pondremos el foco en los conflictos intrapsíquicos, aunque los tendremos en cuenta para construirnos una narrativa del caso. El enfoque que proponemos es una intervención centrada en la familia, breve y focal, centrada en el proceso y no en el contenido.

La formulación de un foco tiene carácter abierto, más o menos provisional, a la espera de que la experiencia progresiva de la relación con los padres nos vaya aportando la información necesaria para revisar (y eventualmente reformular) el área que vamos a trabajar.

En el caso que presentamos, los objetivos terapéuticos se centran en la relación padres-hijo y en las intervenciones tendientes a fomentar una actitud mentalizadora por parte de aquéllos, a los efectos de adentrarnos conjuntamente en la dimensión interna de su hijo Jan -su vasto mundo de deseos, sentimientos y pensamientos- y poder construir así un relato sobre su mundo interno.

## Presentación del caso

Los padres de Jan, de 3 años y 4 meses de

edad, acuden al servicio de atención temprana de referencia remitidos por el colegio al que concurre el niño, por presentar éste problemas en el habla, dificultades de adaptación y actitudes de aislamiento. A ello se suman actitudes difíciles en el hogar, consistentes en rabietas más o menos recurrentes en distintas situaciones, junto con rechazo a salir de casa e ir al colegio, o a algún lugar nuevo.

La familia está compuesta por la madre, de 42 años, a la que llamaremos Helena, el padre, de 45, al que llamaremos Albert, y Jan, niño por el cual consultan.

Jan presenta una conducta preocupante en la escuela, consistente en una fuerte angustia de separación respecto de los padres en el momento en que lo dejan en el colegio, y unas intensas reacciones de angustia que cursan con llanto desesperado, ante situaciones o personas nuevas. Los padres observan esta inquietud y malestar desde que el niño tenía 12 meses, aproximadamente.

La madre, al cumplir los cuatro meses de la baja maternal, se incorporó al trabajo y fue el padre quien se hizo cargo de Jan en la casa, puesto que trabajaba desde su hogar.

A los 12 meses, Jan ingresó al jardín de infancia, donde no manifestó síntomas durante el proceso de adaptación. Los padres refieren que entraba y salía contento.

Los hábitos de alimentación y sueño han sido siempre adecuados para la edad.

El padre trabajó desde su casa durante el primer año de vida de Jan, y luego quedó en el paro, de modo que se ha quedado a cargo de él. La madre, que es arquitecta, está muy ocupada durante la semana, así como los sábados por la mañana entre trabajo y formación. Llega a la casa muy tarde, de tal modo que es el padre quien se hace cargo diariamente de Jan.

Jan es un niño que presenta un tono afectivo negativo, es poco risueño y posee una expresión de tristeza. Su lenguaje expresivo es inmaduro para la edad (mala oclusión por chupete, aspectos fonéticos y fonológicos alterados). Se observan elementos de ansiedad e inquietud a la hora de hablar. Habla entrecortado. Lleva los labios muy irritados y se lame con mucha frecuencia alrededor de los mismos, de modo que tiene una fuerte irritación en esa zona. Su

lenguaje comprensivo es muy adecuado, así como sus competencias cognitivas.

Su juego simbólico, en un inicio, es poco rico en representaciones simbólicas, a la vez que inhibido, por lo cual deja ver poco de él.

### Primera visita diagnóstica

Acuden padre, madre y Jan. Voy a la sala de espera y me encuentro a un niño colgado del cuello de su madre, con un llanto desesperado. Es un llanto lleno de sufrimiento. Me acerco con delicadeza. La madre está sudando y muy agobiada. Le digo que si le parece, como veo al niño muy exaltado, podemos esperar un rato para entrar, a los efectos de que se calme y esté más tranquilo. Le parece bien y me retiro.

Al rato me acerco nuevamente; el llanto ha disminuido un poco. Le propongo a la madre entrar en la sala. Entra con Jan en brazos, llorando.

Me presento a Jan y le explico que tengo unos juguetes preparados para él y que la madre se quedará con nosotros en la sesión.

Al entrar en la sala, nuevamente se aferra muy fuerte al cuello de la madre y reinicia el llanto desesperado.

Le digo a la madre que veo que está siendo una situación complicada y que advierto que Jan sufre. La madre me dice que sí, que le ocurre poco, pero que en situaciones nuevas se pone así.

Al poco rato, llaman a la puerta y llega el padre. Jan sigue llorando y gritando.

La madre se muestra angustiada, como no sabiendo qué hacer. Le digo que es el primer día, y que iremos poco a poco, al ritmo de Jan.

El padre entra en la sesión, se miran con la madre pero no se dicen nada. Les veo perdidos, cómo no sabiendo manejar la situación.

*T: ¿Qué os parece que podemos hacer?*

*Reflexiones.* Una intervención de este tipo, por insignificante que pueda parecer, merece especial atención, puesto que sintetiza elementos esenciales del enfoque que planteamos en este artículo. Esta intervención ilustra aspectos del encuadre interno del terapeuta, centrado en una actitud mental que implica un respeto profundo hacia los padres, el cual se traduce en un “ponerse al lado” y no avanzar por delante de ellos, dándoles la oportunidad de que sean ellos

quienes puedan pensar qué creen que es lo mejor para su hijo. Para poder trabajar promoviendo desde el enfoque que proponemos, el terapeuta no debe ubicarse en un lugar de experticia, dominio y autoridad, “por encima de”, sino que debe ubicarse “al lado de” los padres. El terapeuta, desde este enfoque, promueve oportunidades para que sean los propios padres los que tomen sus propias decisiones y elecciones. Este tipo de intervenciones, vinculadas al encuadre interno —actitud mental del terapeuta—, persigue asimismo el objetivo de establecer una buena alianza terapéutica.

Al mismo tiempo, esta intervención también nos sirve para evaluar el modo en que los padres afrontan este tipo de situaciones, la forma en que les afectan emocionalmente, los recursos que ponen —o no— en juego para solucionar situaciones conflictivas como ésta, el modo en que se ajustan —o no— a las necesidades emocionales de su hijo, las capacidades que poseen para mentalizar al niño, etc. Así pues, la respuesta de los padres ante una intervención de este tipo será fundamental para que el terapeuta reciba un primer *feedback* de aquéllos, a partir del cual podrá ir regulando sus posteriores intervenciones.

Las intervenciones observables en esta primera escena son la 1, 5 y 7 del listado consignado con anterioridad: establecer una buena alianza terapéutica, evaluar las capacidades mentalizadoras de los padres y estimular el protagonismo de los padres.

*M: Pues no sé... cuando se pone así...*

*P: [no dice nada].*

Se hace un silencio, gobernado por el llanto de Jan. Les propongo que, si les parece, uno de los dos puede quedarse afuera con Jan, o salir a dar un paseo mientras yo hablo con el otro. Les digo que veo a Jan muy angustiado y que tal vez saliendo afuera un rato pueda calmarse.

Se miran y toman la decisión de que sea el padre quien se lo lleve y que la madre se quede conmigo.

Me acerco a Jan y le digo que lo veo llorando mucho y que se irá con el papá, mientras yo hablo con la madre. Le digo que yo lo esperaré. El padre me pregunta si tiene que volver. Le digo que según cómo lo vea, que yo estaré hablando con la madre y que si ve que Jan está

más tranquilo y puede aceptar entrar, aquí estaremos esperándolos.

*Reflexión.* Tal y como hemos comentado, la respuesta de los padres nos da un primer indicador de su desempeño mentalizador. En este caso, advertimos cómo aparece la impotencia de los mismos ante la escena descrita, ya que no despliegan recursos que ayuden a regular a Jan. Entonces, ¿quién va a regular a Jan en esa situación? Podríamos pensar que esta situación de desbordamiento emocional por parte de Jan y la falta de recursos de los padres para manejarse con este hecho puede ser algo que se repita también en otras ocasiones, quedando Jan a expensas de unos adultos de los cuales no tiene posibilidad de recibir contención, cosa que lo deja a merced del desborde de un sufrimiento emocional no regulado.

La acción por parte de la terapeuta consiste en hacer una propuesta, una indicación concreta, ejerciendo la función de sostén o *holding* —en el sentido Winnicotiano— tanto de los padres como de Jan. El primer instrumento con el que el terapeuta puede responder a una situación desbordada como la que se observa en la escena descrita es lo que Winnicott llamó *holding* (Winnicott, 1965).

La función de *holding* del analista a menudo adquiere una forma verbal, en el sentido de que sabe y entiende los miedos más profundos (Winnicott, 1963). A través del *holding* se crea un espacio psicológico regulado, que permite empezar a pensar conjuntamente en Jan.

Esta intervención también desempeña función de modelado, puesto que la terapeuta ofrece un “modelo” a los padres de cómo uno puede actuar en una situación conflictiva como la planteada en esta escena. Pero a la vez, se invita a los padres a que nuevamente sean ellos quienes elijan cuál de los dos se marchará afuera con Jan. Es decir, en el marco de una propuesta, seguimos en la misma línea planteada: un interjuego entre, por un lado, sostener y apoyar y, por otro, dar lugar a que el otro tenga protagonismo.

De nuevo podemos ver ilustrado en esta intervención un elemento esencial del encuadre del terapeuta en el trabajo centrado en la familia, que consiste en una actitud mental de flexibilidad. El terapeuta debe ir regulándose, y

regulando sus intervenciones en función de la respuesta de los padres.

La flexibilidad de la que hablamos implica el abandono de posicionamientos rígidos en los que el terapeuta se abraza a un marco teórico según el cual responde en una misma y única dirección. Apelamos a una modalidad en el que el terapeuta —obviamente sostenido por sus conocimientos, su experiencia y el trabajo sobre sí mismo— tiene varias posibilidades de intervención y posee la capacidad de *autorrectificarse* en función de la respuesta del paciente.

En este caso, instaurar una propuesta o un consejo redondeado en la forma que lo hizo la terapeuta tiene que ver con la flexibilidad de la que hablamos. Se trata entonces, de un trabajo conjunto de equipo: padres y terapeuta.

Las intervenciones observables en este caso son la 2, 3, 4 y 7 del listado ya mencionado: intervenciones *holding* (sostener a los padres y al niño emocionalmente y de manera adecuada) o contención; intervención de apuntalamiento; intervenciones de modelaje; e intervenciones que estimulan el protagonismo de los padres.

Hablo con la madre, y me comenta que son situaciones que se dan poco, pero que se angustia mucho en ellas, situaciones nuevas, o cuando no quiere salir de la casa. Me dice que le pasa mucho el no querer salir de la casa.

Le pregunto desde cuándo observan este malestar ante estas situaciones. La madre me dice que observa que esta inquietud y malestar se da desde hace un año y medio aproximadamente.

*Reflexiones.* Señalamos aquí la importancia de identificar cuándo empezó el síntoma. Todo lo que vayamos pudiendo advertir y desplegar nos ayuda a entender el caso.

Al poco rato, llaman a la puerta. Entra el padre con Jan andando. Le doy la bienvenida y le digo que parece que le ha ido bien poder salir un rato con el padre.

Le digo que a mí aún no me conoce, así que iremos conociéndonos poco a poco. Jan me mira y su contacto parece adecuado. Le digo que he estado hablando con la madre y que, si quiere, le he preparado unos juguetes para él. Se los muestro: la granja con los animales, un puzle y colores para pintar y dibujar. Le digo que todo esto es para él y que puede elegir lo que quiera.

Jan se va a la colchoneta con la granja y los animales. Mientras juega, hablo con los padres.

*Reflexiones.* En la línea de lo comentado más arriba, la terapeuta recibe a Jan como sujeto, al que recibe dándole la bienvenida y poniendo en palabras el cambio en su estado mental.

Parece que Jan se siente entendido y que hay alguien que se da cuenta que le ha ido bien irse un rato con el padre. La terapeuta le informa también de lo que pasó mientras él no estuvo y le brinda, además, la posibilidad de elegir, dándole —con estas intervenciones— el lugar de sujeto que le corresponde.

*Identificaciones de las intervenciones observables en esta escena:* intervenciones de modelaje respecto de los padres, que advierten la actitud del terapeuta de tomar a Jan como sujeto. El padre cuenta que durante el primer año de vida, antes de ir al jardín de infancia, Jan estuvo con él. Y en este contexto, dice:

*P: Yo estaba cabreado, él bien.*

*T: ¿Por qué razón estabas cabreado?*

*P: Porque cada dos por tres estaba enfermo y yo le tenía en casa.*

El padre me cuenta que él trabaja en casa o bien viaja (es arquitecto como la madre). La madre estuvo con Jan hasta los 4 meses, y luego el padre hasta los 12 meses de edad. Pero el padre estaba con el niño en casa trabajando. En el momento actual el padre está en el paro.

*P: si no caminaba y no hablaba, todo era fácil, yo trabajaba y ya está.*

*P: Ahora todo lo contrario. Se está haciendo mayor.*

*Reflexiones.* La pregunta de la terapeuta es una intervención enderezada a favorecer el despliegue. Es una intervención genérica que pretende no dejar material implícito y sin entender. Ayuda a que uno comprenda más allá del “titular”, e insta a que el padre haga un esfuerzo para que despliegue lo que acaba de decir. A partir de la respuesta del padre, se puede advertir cómo vivió la primera etapa de desarrollo de Jan. Ya en este inicio de sesión se puede entrever que el niño ha venido a entorpecerle su trabajo, a dificultarle su día a día. Se discierne la hostilidad del padre hacia Jan, por ejemplo, ante la molestia que le producía el que estuviera enfermo, en lugar de preocuparse por el hecho de que se enfermara.

*Identificaciones de las intervenciones observables en esta escena:* intervenciones que invitan a desplegar el relato.

En otro momento, el padre dice, respecto al lento proceso de adquisición del control de esfínteres “que no quería hacerse mayor”.

*Reflexiones.* Nos preguntamos quién es que no quería que Jan se hiciera mayor. Parecería que se trata de una proyección del padre que podríamos formular en estos términos: “Yo no quería que se hiciese mayor, porque si crece, protesta y requiere más de nuestra presencia, entonces molesta. En cambio, de bebé era tranquilo y no reclamaba”.

El padre realiza aquí una atribución de estado mental, interpreta la razón de ser que le costara el control de esfínteres. Desde nuestro punto de vista, cuando hay una atribución de estado mental nos preguntamos si se trata de una inferencia plausible o de una proyección. En función de lo que dijo en la intervención anterior (que él no querría que se hiciera mayor porque lo molesta), parece que estamos en presencia de una proyección.

El tipo de vínculo que establece el padre con Jan es de tipo *autocentrado*: le cabrea que se enferme porque eso le molesta a él; proyecta en lugar de mentalizar. No puede ver al hijo en sí mismo, sino en función del efecto que produce en él.

En otro momento de la entrevista, los padres cuentan que estas últimas semanas Jan explica que no quiere ir al colegio. Sin embargo, entra contento.

*P: Mira, éste es el rango de cosas que no quiere hacer: colegio, comprar e ir a la calle y al parque.*

*T: Por lo visto, esto que señaláis os preocupa, pero el colegio os ha sugerido venir por el tema del habla.*

*M: Sí, en el colegio nos recomiendan venir por el tema del habla y también observan un poco de dispersión. Pero nosotros vemos que desde que pedimos la hora hasta hoy, ha hecho muchos avances en el tema del habla.*

*M: Ahora hace dos meses que no quiere ir al parque, que quiere ir a casa.*

*T: Creo que lo debemos tener muy en cuenta, porque es algo que os preocupa. Como también la reacción que ha tenido hoy aquí al venir, igual que en otras situaciones nuevas.*

*P: Sí, esto nos preocupa mucho.*

*Reflexiones.* Las intervenciones de la terapeuta están dirigidas a trabajar para establecer una buena alianza terapéutica y de sostén; aun así, podríamos considerar que algo ha faltado en ellas, ya que hubiera sido interesante averiguar por qué les preocupa Jan. Pensamos que hubiese sido una buena ocasión para invitar a los padres a reflexionar sobre los motivos que le atribuyen a Jan respecto al no querer salir de casa. Ofrecemos un ejemplo de pregunta que podría haber sido muy pertinente en este caso: “¿ustedes suponen que hay algún motivo por el cual Jan no quiera salir?”. Esta intervención que proponemos busca estimular el mentalizar de los padres y, a la vez, evaluar su capacidad mentalizadora.

*Identificación de las intervenciones observables en esta escena:* en esta escena, la terapeuta apela al *holding*, tomando consciencia de aquello que preocupa a los padres y poniéndolo en palabras. También con este tipo de intervención se busca establecer una buena alianza terapéutica.

Después de las reflexiones, vemos que hubiesen sido adecuadas intervenciones que por un lado nos permitieran recibir de nuevo un *feedback* sobre el desempeño mentalizador de los padres —esto es, evaluar su capacidad para mentalizar— y, por el otro, estimular su capacidad de mentalizar a Jan.

Llega ya el final de la sesión. Acordamos las próximas visitas (tenemos Semana Santa de por medio). La madre me dice que irán de viaje y no sabe cómo hacerlo. Le pregunto qué es lo que le preocupa y me dice que no sabe si tienen que decirle que van a ir de viaje.

Le digo que creo que sí, que será bueno que unos días antes le expliquen a Jan dónde van a ir, si van a ir en avión, más o menos qué harán en el viaje, etc. Les digo que si pueden ver alguna fotografía del lugar al que van a ir, esto puede ayudar a Jan a hacerse una idea y a poder anticipar lo que serán sus vacaciones.

Me dirijo a Jan para decirle que me gustará que otro día vuelva a venir y que le tendré estos juguetes preparados. Acordamos con los padres un par de sesiones de juego con Jan. Les digo que la idea es que venga acompañado por alguno de los dos y que una vez aquí



iremos viendo si se puede quedar un ratito en la sala mientras ellos se esperan fuera o no. Finalmente, les comento que lo iremos haciendo en función de Jan y de lo que le sea necesario.

*Reflexiones.* El no saber qué hacer de la madre tiene que ver con que Jan no quiere salir y que se angustia ante los cambios. Pero igual lo llevarían de viaje, sólo que sin decírselo. O sea, se angustiaría igual, pero no habría podido anticipar lo que va a ocurrir.

Es notable que la madre no pueda darse cuenta que es mejor anticipárselo y hablarlo con él y escuchar qué le pasa. Llegados a este punto, constatamos que es muy grande la dificultad de la madre para darse cuenta que su hijo tiene una mente.

La intervención de la terapeuta, que en este caso se formula en una indicación concreta hecha a los padres tras su demanda, es muy importante, puesto que pone de manifiesto que Jan tiene una mente (“esto le puede ayudar a hacerse una idea y a poder anticipar”) y que es importante que ella tenga en cuenta esa mente que tiene su hijo.

Esta intervención reúne, de una forma muy sutil, dos aspectos que habitualmente tienden a disociarse: 1) dar un consejo; 2) favorecer el mentalizar. Aquí vemos cómo es equivocado creer que para ayudar a mentalizar hay que prohibirse aconsejar, aunque el paciente lo demande explícitamente y lo necesite, y poner ahí un interrogante. Si la terapeuta hubiese tomado otro camino, el de no responder con un consejo a la demanda de la madre, probablemente habría desamparado a esta madre y la habría dejado con su desconcierto respecto a su hijo.

*Identificación de las intervenciones observables en esta escena:* este tipo de intervención tiene la función de apuntalar a estos padres, a partir de una indicación o propuesta de actuación concreta; intervención que favorece el mentalizar de los padres; intervención de modelaje.

## Conclusiones

En el presente artículo hemos pretendido ilustrar -mediante el análisis de un material clínico- un enfoque que consideramos que resulta de la mayor utilidad en el marco de la atención

temprana en institución pública, con todas las limitaciones de este contexto anteriormente mencionadas.

Hemos propuesto el abordaje de un caso desde la psicoterapia basada en la mentalización como un instrumento sumamente útil para facilitar a los padres que sean co-protagonistas del cambio psíquico en sus hijos.

Barudy (2005) sostiene que la sociedad tendría el deber de ofrecer a los padres y madres todos los recursos necesarios para que se capaciten parentalmente. Por nuestra parte, en este artículo hemos intentado ofrecer -en sintonía con la propuesta de este autor- un enfoque que busca ayudar a las familias a desarrollar sus fortalezas y recursos a través de albergar a sus hijos en mente, es decir, ayudarlos a mejorar su desempeño en el poder pensar a sus hijos desde un trabajo co-creativo: familia-terapeuta.

Creemos entonces que el poder poner el foco de trabajo en los padres -siempre que dicho abordaje esté indicado y sea posible- resulta de mucha utilidad, a la vez que ayuda a optimizar los recursos y a que perduren los cambios.

La psicoterapia basada en la mentalización nos brinda elementos técnicos de la mayor utilidad, a partir de los cuales es posible desplegar un modo de proceder con los pequeños y sus familias. Consideramos importante poder articular el modelo psicoanalítico con los recursos técnicos que nos ofrece el paradigma de la mentalización, de modo tal que ambos puedan complementarse de un modo productivo y efectivo en la atención temprana de los pequeños y sus familias.

## Bibliografía

- Barudy, J. (2005). Familiaridad y competencias: el desafío de ser padres. En J. Barudy y M. Dantagnan. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Focus*, 158(2), 36-252.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment

- versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2012) Borderline Personality Disorder, en A. W. Bateman y P. Fonagy (Eds.). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T. y Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*, 16(1), 304.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M. y Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2010). Mentalization: Understanding borderline personality disorder. En T. Fuchs, C. Sattel y P. Henningsen (Eds.), *The embodied self. Dimensions, coherence, and disorders* (pp. 260-277). Stuttgart: Schattauer.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Menninger*, 67 (3), pp. 113-131.
- Lanza Castelli, G. (febrero, 2014). *Psicoterapia basada en la mentalización*. Trabajo presentado en el XV Congreso Virtual de Psiquiatría. com, Interpsiquis 2014.
- Leal, L. (1999). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. Madrid: Feaps. Recuperado de: <http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/bp-enfoque-familia.pdf>
- Meltzer, D. (febrero, 2000). *Sobre la formación de símbolos y la alegoría*. Conferencia final del Congreso de la EFPP, Florencia. Recuperado de: <http://www.gpbarcelona.org/sobre-la-formacion-de-simbolos-y-la-alegoria/>
- Meltzer, D. (2005). Acerca de signos y símbolos, *Intercanvis*, 14. Recuperado de: <http://www.intercanvis.es/pdf/14/14-11.pdf>
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea
- Salvador, G. (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y Paidós.
- Sadler, L. S., Slade, A. y Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. En J. G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 271-288). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Slade, A (2008a). Mentalization as a Frame for Parent Work in Child Psychotherapy. En E. Jurist, A. Slade, y S. Bergner (Eds.), *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience And Psychoanalysis* (pp. 307-334). New York: Other Press.
- Winnicott, D. W. (1963). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 326-339). Barcelona: Paidós, 1992.
- Winnicott, D. W (1965). *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioners Guide*. New York: Guilford.