

La relevancia clínica de la infancia¹

Daniel Stern

En las últimas décadas, los resultados obtenidos de las observaciones a infantes han jugado un papel importante en las siguientes áreas específicas: (1) El énfasis ahora se pone en los procesos interpersonales e intersubjetivos, en vez de los procesos intrapsíquicos. Esto representa un cambio de paradigma hacia una psicología de dos personas. (2) La elaboración del campo de la afectividad ha vuelto a orientar nuestras opiniones del desarrollo y el tratamiento. (3) El éxito de los programas de extendidas visitas a casa como una medida preventiva para progenitores e infantes bajo riesgo, ha resultado en una agonizante revaloración de qué es lo que hace que la prevención (y la terapia) funcione. (4) De hecho, el bebé vive en un mundo no verbal. Esto ha llevado a una productiva vuelta a explorar el concepto de inconsciencia, especialmente el territorio del conocimiento implícito. Para el futuro, las siguientes son algunas de las áreas de gran promesa: (1) La afectividad, el amor y el apoyo se deben tratar por separado. (2) Debemos estudiar cómo y cuándo el sistema del neuroespejo es micro- y macrorregulado. Uno no está siempre dispuesto a la recepción empática. (3) Se necesita estudiar mucho más la articulación entre lo no verbal (implícito) y lo verbal (explícito). (4) Los factores inespecíficos de la psicoterapia parecen ser los más importantes para lograr el cambio y la prevención. Necesitamos un mayor estudio sistemático de lo inespecífico. (5) La tríada y el cuarteto, etc., necesitan mayor exploración. (6) Hay muchos más, pero la belleza de la investigación radica en que no se puede saber adónde se le llevará después.

Es para mí un placer muy especial estar presentando la Clase Magistral Distinguida Serge Lebovici. Serge Lebovici era para mí alguien muy importante; me introdujo al pensamiento francés en nuestro campo. Aprendí mucho de él. Le respetaba mucho y lo sigo haciendo y me encariñé mucho con él. De manera que deseo agradecer al comité científico por darme esta oportunidad de honrarlo y hablar bajo su signo.

En la actualidad, vemos a los bebés y vemos la psicoterapia y la prevención de las interacciones cuidador-infante de forma diferente a cómo lo hacíamos en la última reunión de la WAIMH y ciertamente de forma muy diferente a cómo lo hacíamos diez años atrás. Lo que me gustaría hacer es traer a colación tres ideas clave que han jugado un papel en esta perspectiva cambiante. Me gustaría en especial hablar sobre las implicancias de estas ideas, en particular para el dominio clínico.

Estas ideas clave no son del todo nuevas; han existido durante un tiempo. Lo que es nuevo es que estamos empezando a visualizar sus

¹ Traducción de “The clinical relevance of infancy: A progress report”, publicado durante el año 2008 bajo el acápite “The Serge Lebovici Distinguished Lecture” en *Infant Mental Health Journal*, 29 (3), 177-188. Traducción por Ps. André Sassenfeld J. El resumen inicial figura en castellano en el original.

implicaciones. Lo que ocurre es que aceptamos estas ideas nuevas, pero no las exploramos mucho debido a que, en nuestras vidas cotidianas, tenemos muchas otras cosas que hacer. Sin embargo, son ideas poderosas que merecen una exploración más detallada. Esto es lo que espero hacer en este artículo.

Idea clave 1: Un cambio desde una psicología unipersonal a una psicología de dos o más personas

La primera idea o perspectiva clave tiene que ver con el cambio progresivo desde una psicología unipersonal a una psicología de dos (o más) personas. Todos hablamos de ella y la conocemos. La pregunta es, “¿Tenemos conciencia de todas sus implicancias?”

El modelo tradicional en la psicología clínica es describir el proceso terapéutico como proceso causal, en gran medida lineal. Esto parecía más compatible con una psicología unipersonal, especialmente el modelo psicoanalítico tradicional en el cual se asume que el terapeuta es “neutral”. No obstante, como veremos, mucho de lo que ocurre no es ni lineal ni causal.

Cuando nos encontramos en el medio de una sesión psicoterapéutica, a menudo estamos perdidos. No sabemos qué dirá la otra persona a continuación y no sabemos lo que nosotros diremos a continuación hasta que abrimos la boca y lo decimos. Esta es la realidad de la situación terapéutica –quizás aún más cuando estamos en una tríada o un cuarteto. En supervisión, lo que habitualmente hacemos es contar lo que pasó en una sesión al final de la sesión, después de que pasó. Entonces, parece lineal, coherente y muy ordenado. La realidad es que, cuando estamos en el medio de una sesión, estamos perdidos. Y eso es verdad con independencia de cuánta experiencia tengamos. O tal vez, si tenemos más experiencia, estamos aún más perdidos porque no nos estamos aferrando a nuestra teoría con tanta tenacidad y hemos llegado a aceptar un grado de estar perdidos de vez en cuando.

Un modelo causal lineal describe bien lo que ocurre, pero sólo para algunos tramos de la sesión, entonces un modelo no-lineal no-causal describe mejor otros tramos. Alternan como descriptores óptimos. Incluso cuando consideramos un individuo único, las variables del pasado, del presente y del contexto inmediato que operan en cualquier momento dado son demasiado vastas e interactuantes como para permitir una progresión causal y una coherencia lineal.

En el caso de tríadas y grupos más grandes, las variables y sus interacciones potenciales se multiplican. Parecería lógico que el mundo se convirtiera en menos lineal y menos predecible. Y lo que pasa es más co-creado de modo espontáneo, muy desordenado, lleno de errores y reparaciones y repentinos cambios de dirección; sin embargo, esto no tiene que ser así. Tanto los individuos como los grupos pueden comportarse en formas muy ritualizadas (incluso estereotipadas) allí donde la próxima secuencia es altamente predecible. Y pueden cambiar hacia una modalidad no-lineal no-causal en la cual aparecen propiedades emergentes co-creadas, surgidas en el momento, para confundir la predicción.

Para lidiar con esta realidad, necesitamos estar conscientes de los modelos no-lineales no-causales que ya existen, tales como los modelos de sistemas dinámicos y los modelos de la teoría de la complejidad. Estos modelos han sido descritos en otros lugares (p. ej., Edelman, 2000; R. Fivaz, 2000; Prigogine & Stengers, 1984; Varela, 1996). Estos modelos están ahora siendo utilizados ampliamente (p. ej., Thelen, Smith & Thompson, 1994). Pero en el trabajo clínico cuidador-infante, no hacemos mucho uso de ellos. Esto es lo que tenemos que comenzar a hacer si pretendemos movilizarnos más allá de donde estamos ahora. La belleza de estos modelos es que fueron diseñados específicamente para situaciones que son complejas, impredecibles y no-lineales; más específicamente, donde las cosas cambian de manera repentina y donde los cambios no son progresivos, donde ocurren en saltos, trayendo consigo discontinuidad y donde no se puede explicar por qué algo cambió exactamente tal como cambió o cuándo cambió. Así, necesitamos entender y usar un modelo para describir este tipo de proceso porque eso es con lo que en realidad estamos tratando.

Aquí hay otro problema para nosotros. ¿Cómo lidiamos con el hecho de que estas propiedades emergentes espontáneamente co-creadas surgen en momentos de cambio, en puntos de inflexión que se producen en segundos? ¿Cómo entendemos esto? ¿Qué en el mundo es un punto de inflexión? De hecho, ¿qué en el mundo es un momento? ¿Qué es un mundo presente? Y esto arroja un problema tremendo. Es otra implicancia de lo que hemos empezado a pensar como psicología de dos personas o psicología de tres personas. Si los cambios se van a producir en un momento, en un breve período de tiempo, los entendemos de mejor forma.

Ahora, un momento es una cosa muy compleja. Tiene que ver con cómo concebimos el tiempo. He pasado mucho tiempo reflexionando sobre esto debido a que es muy fascinante. Existen probablemente dos formas principales de entender el tiempo, ambas de las cuales han sido acuñadas por los antiguos griegos. La primera es *cronos*, de la cual todo el mundo sabe y que ha sido utilizada por las ciencias naturales y la mayor parte de la psicología y psiquiatría. En esta perspectiva, tenemos el momento presente que se mueve de manera pareja, todo el tiempo. En la medida en la que se mueve, devora el futuro mientras pasa y deja el pasado atrás. Pero es sólo un punto. Es muy, muy delgado. Es tan delgado que nada podría ocurrir en él antes de que se convierta en el pasado. No existe tal cosa como el momento presente. Pero eso es contrario a cómo experimentamos nuestras vidas. Experimentamos nuestras vidas como siendo vividas de modo directo en el aquí y ahora. El ahora, un momento presente, tiene una duración. Tiene su propio despliegue temporal. Los griegos antiguos tenía otra palabra para ello: *kairos*. *Kairos* es el momento de la oportunidad. Es un momento de llegar a ser. Es el momento en el cual de repente las cosas se unen, de forma impredecible, y tenemos una pequeña ventana en la cual podemos actuar. Y si actuamos en esa ventana, podemos cambiar nuestro destino. Si no actuamos en esa ventana, nuestro destino cambia de todos modos precisamente porque no actuamos. Lo que propongo es que la mayoría de los momentos en nuestras vidas cuando estamos despiertos son, en

esencia, momentos de *kairos*. Las consecuencias de cualquier momento presente dado pueden ser muy grandes y pueden cambiar el curso de nuestra vida o las consecuencias pueden ser muy pequeñas porque solo determinan lo que vamos a decir o hacer a continuación o lo que la madre va a decir a continuación o lo que el bebé hará a continuación. Pero estos momentos presentes determinan el futuro en una forma que no puede predecirse hasta que ocurre.

Lo otro sobre los momentos presentes es que, si pretendemos avanzar hacia algún tipo de situación clínica que esté orientada hacia lo subjetivo o fenomenológico, tenemos que reconocer que uno sólo está vivo en términos subjetivos, "ahora". Ahora es el único instante cuando estamos teniendo experiencias reales directas. Es el único instante en el que sentimos lo que está ocurriendo. Un recuerdo ocurre ahora, no ocurre en ese entonces. Una anticipación no ocurre en el futuro, ocurre ahora. No hay escapatoria de esta realidad. De manera que cuando hablamos sobre el aquí y ahora, estamos hablando acerca de momentos presentes y cada uno de estos es un momento de *kairos* (Stern, 2004).

Kairos tiene otra implicancia. Nosotros, como "observadores de bebés", habitualmente vemos las cosas en unidades muy breves de tiempo; entre uno y diez segundos, tres o cuatro segundos en promedio. La madre hace esto, el bebé hace aquello, se forman las expresiones faciales, el cuerpo se tensa o se relaja, y así sucesivamente. La interacción es un rápido ir y venir. Nuestra unidad básica para comprender una interacción es segundos o incluso fracciones de segundo. Este no es el caso cuando estamos discutiendo sobre el significado. Los significados pueden desarrollarse y profundizarse a lo largo de un período más largo de tiempo.

Si nuestra unidad básica es un momento presente, que al mismo tiempo es un punto de inflexión que determina el futuro, entonces hemos entrado en un dominio nuevo de lo que llamaré "nanopsicología". Tenemos familiaridad con los eventos a esta escala. Es interesante que, cuando los físicos se movilizaron hacia la nanofísica, se encontraron con que las reglas de la física clásica dejaron de regir. Y las unidades básicas del universo también cambiaron. Así que, en la medida en la que nos movilizamos hacia la nanopsicología, tendremos que volver a considerar algunos aspectos de nuestro pensamiento básico, tanto clínica como teóricamente. Esta es una cuestión para el futuro.

Por supuesto, los períodos más largos y las secuencias de momentos presentes son muy importantes. Es allí donde se acumulan y construyen las representaciones. ¿Pero de qué están hechas? Están hechas de estos momentos unidos, generalizados, prototipificados, etc. De manera que no nos alejamos realmente de los momentos presentes.

Otro cambio que acompaña el movimiento hacia una psicología de dos personas es que más y más investigadores se ocupan de tríadas, cuartetos y grupos familiares más grandes que incluyen infantes. Aquí destaca el trabajo de Elisabeth Fivaz, Antoinette Corboz y sus colegas en Lausanne (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 1999). Debo decir que, hasta que conocí el grupo de Lausanne, consideraba que la tríada no era nada más que tres diádicas interactuando al mismo tiempo. Necesité mucho tiempo para darme cuenta de

que existe otra entidad llamada “la tríada”. Pienso que mi dificultad no era exclusivamente mía. Muchos de nosotros que trabajan con la diáada no aprecian la realidad sistémica de las tríadas, tales como madre-padre-bebé o madre-bebé-terapeuta. Decimos que sabemos acerca de la teoría de sistemas porque estamos lidiando con madres y bebés y una diáada ya es un sistema, pero no entendemos la profundidad de la teoría de sistemas requerida para comprender la situación plenamente. Tenemos que pasar mucho más tiempo haciendo eso.

Otra implicancia de movilizarse hacia una psicología de dos personas es que, una vez que se hace eso, se abre el espacio -de hecho, la necesidad- de la intersubjetividad. La intersubjetividad es el medio, el camino real a que dos mentes tengan algún tipo de contacto acerca de su experiencia compartida en curso. Subraya casi todo lo que como clínicos nos resulta querido, como la simpatía, la identificación, la empatía, la sensibilidad, la preocupación y el amor.

De modo que miremos un poco más detenidamente la intersubjetividad. Tan sólo resumiré en este contexto los aspectos evolutivos porque me parecen útiles (Trevarthen, 1980). Es probable que nacemos con una capacidad para la intersubjetividad de alguna forma primaria y esta tiene su propia trayectoria evolutiva. No estoy de acuerdo con que, de manera repentina, existe una intersubjetividad “real” a los 5 o 6 años de edad ya que entonces está accesible una teoría de la mente. Eso no me parece útil.

Pienso que nacemos con la intersubjetividad y esta entonces se sigue desarrollando en diversos pasos a lo largo del tiempo. Pienso que la imitación neonatal hace uso de la intersubjetividad en una forma primitiva (Meltzoff & Moore, 1977). El señalar a los 7 meses o el entonamiento afectivo alrededor de los 9 meses no podrían producirse sin que existiera alguna capacidad para la interatencionalidad o interaffectividad entre dos personas, de modo que de nuevo la intersubjetividad está claramente presente (Stern, 1985). El otro hallazgo que es muy convincente es el trabajo de muchos investigadores tales como Meltzoff y sus colegas acerca del hecho de que lo que les importa a los infantes después de su primer cumpleaños no es lo que uno hace, sino la intención que uno alberga (Meltzoff, 1995). En otras palabras, los infantes pasan su vida advirtiendo las intenciones, invisibles detrás de los actos, y no las acciones vistas mismas.

En uno de los experimentos de Meltzoff que me encanta, el experimentador toma un objeto novedoso y lo pasa por encima de la apertura de un recipiente como tratando de dejar caer el objeto en el recipiente. En la primera pasada, suelta el objeto antes de la apertura. Cae en la mesa. En la segunda pasada, lo deja caer más allá de la apertura del recipiente. Nunca logra dejar caer el objeto en el recipiente. El bebé está sentado, observando. Entonces se manda al bebé a su casa. El bebé vuelve al próximo día y toma el objeto y lo coloca directamente en el recipiente, sin vacilación. Eso es lo que los bebés hacen en muchas otras situaciones experimentales (Rochat, 1999).

Es relevante en este sentido que los estudios neurocientíficos muestran que tenemos, y que presumiblemente los bebés tienen, “centros de detección de intenciones” (Ruby & Decety, 2001). De manera que, siempre que una intención

se traduce en una acción, este centro de detección se dispara. Esto habla de la profunda importancia de la lectura de las intenciones de los demás, un acto esencial de intersubjetividad. Recuérdese que bajo intersubjetividad entiendo el hecho de ser capaz de participar en y, de alguna forma, percibir o conocer la experiencia de la otra persona. Si la otra persona, está experimentando una intención, uno puede captarla.

Una de las cosas interesantes que ocurre después es cuando los niños tienen entre 3 y 5 años y no están en la sala de clases y están jugando con sus pares libremente y sin supervisión. Lo que está muy claro es que pasan la mayoría del tiempo imitando a los demás, engañando a los demás, molestando a los demás y mintiendo a los demás (Duna, 1999; Reddy, 1991). Eso es de lo que trata el mundo. En la sala de clases, aprenden sobre cosas en el mundo que son más ordenadas, en gran medida conocimiento explícito, pero en el espacio de juego y en la calle, aprenden sobre la realidad del intercambio social humano. Para eso, uno tiene que ser capaz de mentir y engañar. En alguna medida, mentir es un punto central del desarrollo porque es prueba de que en alguna medida sé lo que hay en la mente de otra persona, lo suficiente como para ser capaz de hacer algo que la otra persona no se esperaba que iba a ocurrir. Por lo tanto, no se trata simplemente de una cosa moralmente mala, sino que es un punto fundamental del desarrollo.

Hay otra observación interesante. Estudios recientes han mostrado que, entre los 6 y 12 años de edad, la mayoría de los niños en todas las culturas tienen amigos imaginarios. Pensábamos que los niños los sueltan más temprano pero en apariencia, sin embargo, la mente en crecimiento parece necesitar este tipo de contacto intersubjetivo. Este es otro ejemplo de un paso evolutivo de la necesidad intersubjetiva.

La última implicancia de este movimiento hacia una psicología de dos o tres personas en vez de una psicología unipersonal tiene que ver con un movimiento hacia las esferas social y cultural y un alejamiento del individuo. Tantas capacidades de los infantes y niños en desarrollo se logran a través del diálogo con otras personas. Esas capacidades no emergirán si el infante no se encuentra en diálogo con otras mentes. El lenguaje no surge sin el diálogo (es allí donde el lenguaje realmente emerge y es elaborado); tiene que haber un equipamiento, pero tiene que haber un diálogo (Tomasello, 1999). La moralidad es dialógica, incluso la conciencia reflexiva en el interior de una persona es dialógica en términos de su origen (Stern, 2004). Todo lo que es de gran importancia afectiva y social, como la alegría, crece en este diálogo con otras mentes. Por supuesto, aquí es donde la intersubjetividad se convierte en algo tan esencial. Tenemos que identificar y describir la atmósfera dialógica en la cual la mente del niño crece porque la atmósfera es una matriz del intercambio con otras mentes. Los bebés se desarrollan con las intenciones, los afectos, las creencias, los pensamientos y las acciones de otra gente que se entrometen en cada momento de sus vidas, excepto aquellos momentos en los que están solos. Sus mentes se formarán y mantendrán a partir de esas interacciones.

Idea clave 2: Conocimiento implícito

La segunda idea clave tiene que ver con la importancia y el alcance del conocimiento implícito. Esto es algo que se nos ha estado imponiendo. Bajo conocimiento implícito me refiero a conocimientos y memoria que es no-verbal, no-simbólico y no-consciente en comparación con el conocimiento explícito o declarativo. En gran medida a través del estudio del desarrollo infantil y el trabajo sobre el proceso terapéutico (Boston Change Process Study Group, 2002; Lyons-Ruth, 1998; Stern et al., 1998), ha emergido como constructo importante lo que denominamos “conocimiento relacional implícito” debido a que se trata de formas de estar con alguien.

El conocimiento implícito solía ser lo que llamamos *inteligencia sensoriomotriz* o *conocimiento procedural*. Estos han dejado de ser términos adecuados. Hoy hemos tomado conciencia de que el conocimiento implícito incluye afectos, conceptos no-verbales, expectativas y representaciones, pero en un código distinto al código simbólico. El concepto de lo que es implícito se ha ampliado enormemente. También hemos aprendido que, en su mayor parte, el conocimiento implícito del bebé no se traduce a conocimiento lingüístico verbal explícito una vez que este adquiere el lenguaje. A menudo describimos los infantes como “pre-verbales” o “pre-lingüísticos”, pero a mi parecer estos son términos mal utilizados en muchas ocasiones. Mientras que “pre” significa anterior, además significa y porta la connotación de ser una forma temprana de algo, un precursor, un convertirse en. Por ejemplo, pudo entender que el balbuceo se considere pre-lenguaje. ¿Pero qué diríamos de mover la cabeza como diciendo que no? No considero eso como pre-lingüístico. Pienso que uno aprende a mover la cabeza antes del lenguaje y uno puede mover la cabeza cuando aprende a decir que “no”. Uno mueve la cabeza toda la vida y uno mueve la cabeza cuando dice que “no” y cuando uno no dice que “no”. Es una parte del repertorio que es independiente, aunque está muy ligada al “no” verbal. Se ve como un precursor, pero no lo es. Además, no pensamos en caminar como un evento pre-correr. El conocimiento implícito no desaparece cuando aprendemos el lenguaje, su repertorio simplemente se amplía. Lo mantenemos a lo largo de toda nuestra vida y este crece de modo continuo. Mi suposición es que el conocimiento implícito del mundo social y emocional forma probablemente entre un 80% y 90% de todo ese conocimiento.

Existen algunas implicancias de esto para la investigación que son bastante interesantes. La primera implicancia tiene que ver con este movimiento extraordinario y fascinante de lo verbal a lo no-verbal y de ida y vuelta porque se produce muchísimo intercambio entre ambos. Estamos comenzando a tomar conciencia de la existencia e importancia de los conceptos no-verbales a la hora de proveer una base para los conceptos y significados lingüísticos. Aquí, estoy pensando en los trabajos de Lakoff y Jonson (1999) y de McNeill (2005). Hablan de “metáforas primarias”. Estas metáforas primarias no son invenciones o convenciones lingüísticas. Son conceptos corporales. Son implícitas. Y son no-verbales y no-conscientes. Un ejemplo de una metáfora primaria sería mientras uno se mueve por el espacio, incluso si uno gatea como un bebé, y uno va de un lugar a otro y entonces uno se detiene y entonces uno

vuelve a empezar y cambia la dirección de hacia dónde uno va y el lugar al cual uno llega. Todo eso es sabido en la experiencia, de forma implícita. De modo que ahora, si digo "Bueno, en la relación que tuve con ella *sólo llegamos hasta ese punto*, entonces *nos detuvimos, dejamos de avanzar*, y... nos estancamos allí por un tiempo y entonces ambos *nos fuimos en nuestras direcciones separadas*." ¿De dónde vienen las palabras o expresiones en cursiva? "Sólo llegamos hasta ese punto." ¿Dónde está ese punto? "Nos detuvimos." ¿Dónde es "ese punto"? El punto es que el conocimiento verbalmente transmitido descansa sobre un conocimiento corporal del movimiento y del tiempo y el espacio –sobre el conocimiento implícito del cuerpo en el mundo. Existe una multitud de estas metáforas primarias que son conceptos no-verbales que el lenguaje puede utilizar y sobre el cual puede construirse. Esta es un área muy prometedora para estudiar la relación entre lo verbal y lo no-verbal.

La cosa más interesante sobre el conocimiento implícito en relación con las aplicaciones clínicas es que el conocimiento implícito contiene representaciones, afectos y recuerdos y conceptos no-verbales. Esto empieza a tener implicaciones clínicas importantes. ¿Cuánto de lo que habitualmente concebimos como la dinámica de la experiencia pasada será subsumido por nuestras nociones del conocimiento implícito? ¿Estamos en el proceso de rescribir la teoría psicodinámica? Déjenme explicarme.

¿Comenzarán el conocimiento implícito y sus sub-categorías a absorber conceptos tales como la transferencia, la contratransferencia, las fantasías primarias o las experiencias relacionales pasadas que influencian lo que ocurre ahora? ¿No son todas estas cosas conocimientos relacionales implícitos? El trauma puede ser una entidad separada, pero aún no lo sabemos. Lo que estoy diciendo es que actualmente existe una crisis en torno a qué es lo que haremos con el pasado, con las fijaciones, los traumas –todo aquello del pasado que se entromete en el presente. En la medida en la que empezamos a pensar en el pasado de modo diferente gracias a la expansión del concepto del conocimiento implícito, el inconsciente dinámico del psicoanálisis clásico, aquel que se encuentra bajo represión, se ve relegado a una parte muy pequeña de todo aquello que no está disponible a la conciencia. De manera que tenemos que pensar más sobre esta crisis constructiva y tenemos que resolver en qué medida esta idea clave particular y sus implicancias alterarán nuestras estrategias de investigación y nuestra práctica clínica porque me parece que las implicancias son de gran alcance para el futuro.

Idea clave 3: Factores inespecíficos en terapia

La última idea que deseo mencionar tiene que ver con los factores inespecíficos en el tratamiento que, una vez más, todos conocemos. La mayoría de nosotros hemos sido llevados pateando y gritando a la conclusión de que lo que realmente funciona en psicoterapia es el vínculo entre el terapeuta y el cliente. Eso es lo que hace el trabajo. Estamos todos devastados por esta realidad ya que hemos pasado años y hemos gastado mucho dinero aprendiendo una técnica y una teoría particulares y es muy descorazonador darnos cuenta de que lo que

hemos aprendido es sólo un vehículo o trampolín para crear un vínculo –que es donde ocurre el trabajo verdadero. Pero eso es donde ocurre, desde mi punto de vista. Necesitamos disponer de una técnica y no podemos tener una técnica sin una teoría. Tenemos que hacer algo y actuar como si supiéramos lo que estamos haciendo en una sesión de terapia, de otro modo no podemos crear un vínculo. Por supuesto, el vínculo no es simétrico, pero no es necesario que nos engañemos a nosotros mismos con la idea de que la técnica es lo que logra la mayor parte de los resultados.

La razón por la que lo digo es la siguiente: los estudios de resultado, que siempre son dolorosos para los clínicos, muestran que no importa demasiado qué técnica aplicamos. Si hemos sido bien entrenados, si creemos en la técnica y si tenemos algo de experiencia, todas nuestras técnicas curan en gran medida de forma equivalente (Frank & Frank, 1991; Parloff, 1988; en la psicoterapia cuidador-infante: Stern, 1995). Y si combinamos los tratamientos, nuestra efectividad puede mejorar un poco. Si agregamos fármacos, eso también puede aumentar la eficacia. Pero básicamente hay algo en juego que es común a todos los enfoques terapéuticos: los factores inespecíficos entrelazados en el vínculo. Esta constatación inquieta mucho a los terapeutas que tienen fuertes creencias involucradas respecto de sus enfoques.

Las personas que hacen psicoterapia breve con cuidador e infantes se encuentran con que es posible lograr resultados de modo rápido, ¿pero son duraderos? En algunos casos lo son, pero en la mayoría de los casos no son duraderos. Lo que realmente ocurre es que los padres necesitan re-aplicar algún tipo de manobra terapéutica –un mes, tres meses, seis meses más tarde, sea lo que sea– con la finalidad de llevar la atención terapéutica a la nueva situación en la que se encuentran con el bebé, el cual se está desarrollando con tanta rapidez. Ahora el bebé ya no tiene un problema de alimentación, pero tiene un problema con la agresión o la ansiedad. La psicoterapia breve, en la mayoría de los casos, es un primer paso en una serie de seguimientos de algún tipo.

La tercera observación es el éxito de los programas de intervención con visitas al hogar. Pienso que esto es muy importante y nos habla de modo muy fuerte. Estoy aquí hablando del trabajo de muchos asistentes a este congreso (Ammaniti et al., 2006; Boris et al., 2006; Lyons-Ruth, Connell, Gruenebaum & Bostein, 1990; Olds et al., 1997; Zeanah, Boris & Larrieu, 1997; Zeanah, Larrieu & Naggle, 1998), los cuales han mostrado de una u otra manera que algún tipo de visitas al hogar parece ser una prevención extraordinariamente útil para personas que están en riesgo por una u otra razón. Lo interesante de estos programas es que muchas veces son conducidos por profesionales ajenos a la salud mental. La mayoría de las personas que están llevando a cabo visitas al hogar no han sido entrenados extensivamente para hacerlo. En cambio, son seleccionadas por ser madres experimentadas y generalmente amables con la gente. Reciben supervisión y apoyo, pero básicamente están improvisando. Establecen relaciones importantes con la gente a la cual visitan. Los resultados de estos estudios son fascinantes porque muestran en gran medida que este tipo de intervención tiene resultados superiores a otros métodos que han intentado prevenir los resultados adversos a largo plazo.

Hay una nota de cuidado respecto de esta aseveración general: el visitador tiene que visitar el hogar a lo largo de mucho tiempo y con frecuencia. La mayor parte de los programas proveen visitas una vez a la semana durante un mínimo de 12 meses, en el caso óptimo 18 meses de acuerdo a algunos estudios. Cada uno de los estudios es ligeramente distinto, pero la historia básica es la que sigue: se consigue a un profesional ajeno a la salud mental que va al hogar y sin un entrenamiento específico establece una relación, profundiza la relación -una vez a la semana a lo largo de entre 12 y 18 meses- y a las familias les va mucho mejor que a aquellas con un estatus similar de riesgo que no reciben la intervención. Dada esta situación, tenemos que re-examinar lo que estamos haciendo y de que se trata en realidad nuestra terapia, cómo entrenamos a las personas y cómo las seleccionamos. Esto requiere una re-evaluación agonizadora de lo que consideramos como el trabajo de la psicología y psiquiatría infantil en el sentido clínico. No estoy seguro de cómo vamos a resolver esta cuestión porque no es un desafío fácil.

¿Cuáles son, entonces, los factores inespecíficos que hacen de estas relaciones algo tan exitoso en términos terapéuticos? Estamos empezando a prestar más atención a estos factores que llamamos por diferentes nombres. Uno de los directores de la Organización Mundial de Salud, un hombre extraordinario llamado Benedetto Sarracena (comunicación personal), mencionó un estudio de las psicoterapias cuidador-infante realizadas en todo el mundo. Dijo que todos los programas buenos tienen cinco cosas en común: (a) tienes que escuchar, (b) tienes que tomarte el tiempo, (c) los tienes que apoyar, (d) tienes que ser abierto y acogedor, y (e) tienes que tener una actitud en la cual el sufrimiento es tan importante o más importante que la enfermedad. Agregó que, si se mira cualquier sociedad, lo que hacen es que todos llegan a estos mismos cinco principios y hacen estas cinco cosas, pero todos lo hacen de modo diferente. La forma exacta depende de la cultura, el tiempo, el lugar, los recursos disponibles, el sistema educativo, pero todos terminan con los mismos cinco principios. Logran colocarlos en un sistema que es compatible con su realidad cultural, la cual determina la técnica, la teoría y las condiciones especiales bajo las cuales todo esto ocurre.

Tenemos que mirar nuestra terapia desde esta perspectiva. ¿Cómo lo hacemos? Tenemos un número de nombres para el vínculo que parece ser el factor terapéutico más grande: la alianza terapéutica, el ambiente sostenedor, el apego o una transferencia de apego, transferencia y contratransferencia. Estos son nuestros términos y conceptos clave cuando hablamos sobre la relación terapéutica. Tenemos que ser más claros sobre estas nociones y tenemos que incorporar los cinco atributos inespecíficos de alguna manera.

Todos estos términos y conceptos se sobreponen en gran medida y, para lograr alguna claridad en este contexto, tenemos que desenmarañarlos. También tenemos que dejar en claro lo que queremos decir con este o aquel término. Nadie de una escuela particular de pensamiento puede hablar a otra persona de otra escuela sin mucha clarificación. Tenemos que sentarnos y delimitar dónde los límites tendrán claridad en la situación clínica y en la situación teórica. Por ejemplo, tengo muchas dificultades para saber donde

termina el apego y empieza el amor y dónde el amor termina y la dependencia comienza y ¿cómo está esto relacionado con la preocupación? Lo mismo aplica a los límites de la intersubjetividad. Ahora bien, hay ciertos problemas. La gente que investiga el apego tienen lo que a veces parece una visión imperialista en la cual incorporan "amor", "preocupación" e "intersubjetividad" en el constructo del apego. La gente que estudia la intersubjetividad parece igualmente imperialista y tienden a subsumir todo en ese constructo.

Durante demasiado tiempo hemos evitado prestar la atención necesaria requerida para desglosar los factores inespecíficos en las terapias y actuar sobre ellos. Por ejemplo, el proceso de selección para la mayor parte de los visitadores al hogar es escoger una mujer mayor que ha tenido una familia y algo de experiencia. Eso no es loco. Las buenas escuelas de negocios en todo el mundo no aceptan a un estudiante sin experiencia, prefiriéndose cinco o más años en el mercado laboral. Desearía que hicieran eso con los médicos y abogados, pero falta mucho para eso. Pero es igual de importante para los terapeutas.

En conclusión, nos encontramos claramente en una nueva fase y en un lugar nuevo aquí en la décima reunión de la WAIMH y si pretendemos esbozar los fundamentos para experiencias diferentes entre la décima y la onceava y doceava reunión, pienso que tendremos que tomar tales conceptos clave y estudiar mucho más sus implicancias. Necesitamos mirar, de hecho, cómo y dónde calzan con lo que realmente hacemos. Pienso que esto nos asegurará un camino mucho más claro hacia el futuro que todos compartiremos.

Referencias

- Ammaniti, M., Speranza, A.M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., et al. (2006, July). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. Paper presented at the World Association of Infant Mental Health Conference, Paris.
- Boris, N.W., Larrieu, J.A., Zeanah, C.H., Nagle, G.A., Steier, A., & McNeill, P. (2006, July). The process and promise of mental health augmentation of nurse home visiting programs: Data from the Louisiana Nurse-Family Partnership. Paper presented at the World Association of Infant Mental Health Conference, Paris.
- The Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating the implicit: The interactive microprocess in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051-1063.
- Dunn, J. (1999). Making sense of the social world: Mind reading, emotion and relationships. In P.D.

- Zelazo, J.W. Astington, & D.R. Olson (Eds.), *Developing theories of intention*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Edelman, G. (2000). *The universe of consciousness*. New York: Basic Books.
- Fivaz, R. (2000). Why consciousness? A causal account. *Systems Research and Behavioral Science*, 17, 561-577.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle*. New York: Basic Books.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore and London: John Hopkins University Press.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh*. New York: Basic Books.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282-289.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Gruenebaum, H., & Bostein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61, 85-98.
- McNeill, D. (2005). *Gesture and thought*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meltzoff, A.N. (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by eighteen month-old children. *Developmental Psychology*, 3, 838-850.
- Meltzoff, A.N., & Moore, M.K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteenyear follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Parloff, M.B. (1998). Psychotherapy outcome research. In R. Michels & J.B. Lippincott (Eds.), *Psychiatry* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1984). *Order out of chaos: Man's new dialogue with*

- nature. New York: Bantum.
- Reddy, V. (1991). Playing with other's expectations: Teasing and mucking about in the first year. In A. Whiten (Ed.), *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 143–158). Oxford, England: Blackwell.
- Rochat, P. (Ed.). (1999). *Early social cognition*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ruby, P., & Decety, J. (2001). Effect of subjective perspective taking during simulation of action: A PET investigation of agency. *Nature Neuroscience*, 4(5), 546–550.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, D.N., Sander, L.W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy, the “something more” than interpretation. *The Boston Change Process Study Group, Report No. 1. International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903–921.
- Thelen, E., Smith, L., & Thompson, E. (1994). *A dynamic systems theory approach to the development of cognition and action*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Tomasello, M. (1999). Social cognition before the revolution. In P. Rochat (Ed.), *Early social cognition. Understanding others in the first months of life* (pp. 449–460). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Trevarthen, C. (1980). The foundation of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants. In D. Olson (Ed.), *The social foundation of language and thought* (pp. 316–342). New York: Norton.
- Varela, F.J. (1996). Neurophenomenology. *Journal of Consciousness Studies*, 3(4), 230–349.

Zeanah, C.H., Boris, N.W., & Larrieu, J.A. (1997). Infant developmental risk: A review of the past ten years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 165-178.

Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., & Nagle, G.N. (1998). Infant mental health: An advanced training program for public nurses. Unpublished manual, Los Angeles Office of Public Health.