

# **Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza**

---

## **Improving early attachment relationships in vulnerable families: program Primera Alianza**

Dr. Carlos Pitillas Salvá, Amaia Halty Barrutieta, Ana Berástegui Pedro-Viejo  
Instituto Universitario de la Familia. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.

**Resumen.** En contextos de exclusión social, las relaciones de apego entre el niño y sus cuidadores pueden funcionar como correa de transmisión del trauma. Por otro lado, cuando estas relaciones son seguras, son promotoras tempranas de resiliencia. Por ello, las intervenciones centradas en el vínculo, de carácter preventivo, constituyen una herramienta fundamental de protección del menor. Primera Alianza es un programa breve, grupal, de intervención con cuidadores de niños en edad preescolar (1-6 años), en contextos de exclusión social. El objetivo de Primera Alianza es doble: aumentar la sensibilidad de los cuidadores, por un lado, y aumentar su función reflexiva, por el otro. El programa emplea una metodología innovadora, basada en el video-feedback y el uso terapéutico del grupo. Se presentan los principios y herramientas fundamentales del programa, así como algunos de sus resultados preliminares.  
*Palabras clave:* apego; exclusión social; videofeedback, Primera Alianza

**Abstract.** In contexts of social exclusion, child-parent attachment relationships can be a potential bridge for the transmission of trauma. On the other hand, when these relationships are secure, they may promote resilience. Therefore, attachment-centered, preventive interventions constitute a fundamental tool of child protection. Primera Alianza is a brief, group intervention program for caregivers of preschool children (1-6 years old), in the context of social exclusion. The aim of Primera Alianza is twofold: to enhance parental sensitivity, on the one hand, and to enhance parental reflective function, on the other. The program makes use of innovative methodology, based on video-feedback and therapeutic use of the group. Core principles and tools of the program are described, as well as some of its preliminary results.

*Keywords:* attachment; social exclusion; videofeedback; Primera Alianza

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al e-mail: [cpitillas@comillas.edu](mailto:cpitillas@comillas.edu)

Desde los orígenes de la intervención familiar sistémica ha existido un genuino interés por trabajar en contextos de exclusión y desarrollar modelos para intervenir eficazmente con las familias más desfavorecidas, especialmente aquellas en las que puede haber riesgo de negligencia o abuso hacia los menores. Ya en los inicios del modelo de terapia familiar estructural, Minuchin (Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosman y Schurmer 1969) desarrolló un trabajo pionero acerca de algunas familias con niños y adolescentes problemáticos, residentes en barrios pobres de Nueva York. Sentó así las bases para una larga tradición en el enfoque sistémico (por ejemplo, Barudy, 1998; Cirillo, 1991; Madsen, 2007) por desarrollar formas de intervención destinadas a interrumpir los patrones de relación y funcionamiento familiares característicos de la exclusión social. Desde esta perspectiva, la exclusión es mucho más que un conjunto de indicadores físicos o económicos. Antes bien, la exclusión es mantenida por determinados procesos de interacción, tanto dentro de la familia como en su relación con el contexto e instituciones sociales; y acaba cristalizando en un fenómeno interno, relacionado con tres fracturas vitales básicas: el individuo se representa a sí mismo como carente de valía personal, al mundo como lugar hostil y/o a sí mismo como incapaz de modificar sus condiciones vitales favorablemente.

Algunas estrategias de intervención social puramente asistencialistas o materiales (subsidios, por ejemplo), se muestran frecuentemente como meros paliativos o soluciones temporales, ya que los problemas de base, los que tienen que ver con el funcionamiento de las familias, no están siendo abordados. El desarrollo de un niño pequeño en estos contextos se ve amenazado desde varios frentes y, lo peor de todo, en el seno de las relaciones que deberían definirse por la protección. Es comprensible que de esto surjan sentimientos muy básicos y permanentes de desesperanza y aislamiento.

La teoría del apego (Bowlby, 1980) aporta una perspectiva teórica y de intervención rica a la hora de tematizar los intercambios y las vicisitudes que definen a una relación protectora o, frente a ello, a relaciones marcadas por la inseguridad y/o la desorganización. En contextos de exclusión, estas diferencias pueden definir caminos de resiliencia o, por el contrario, de transmisión intergeneracional de la exclusión.

La teoría del apego sostiene que los seres humanos, desde el comienzo de su vida, buscan establecer relaciones afectivas con figuras de referencia, de cara a proporcionarse la protección y algunas de las funciones que les son necesarias para sobrevivir y que ellos no pueden desarrollar con autonomía (la alimentación, la regulación de la temperatura corporal, la protección frente a peligros externos, etc.). De una combinación de factores (entre los cuales destacan la sensibilidad y las capacidades del cuidador para responder contingentemente a la necesidad del niño), surge un apego seguro o, por el contrario, formas diversas de apego inseguro o desorganizado (estas últimas son características de una proporción importante de menores en exclusión social; véase Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008). A lo largo de múltiples investigaciones, la seguridad en el apego ha sido relacionada con diversas dimensiones del ajuste psicosocial. Algunos de los problemas que definen la exclusión social en adolescentes y adultos, tales como el abuso de sustancias, las dificultades en el rendimiento académico, o los problemas de violencia en la pareja (tanto en víctimas como en perpetradores de la violencia), entre otros, han demostrado estar relacionados con el estilo de apego de los individuos (Caspers, Yucuis, Troutman y Spinks, 2006; Dutton y White, 2012; Gore y Rogers, 2010). Asimismo, diversos problemas de salud mental (entre ellos los trastornos límite y antisocial de la personalidad), se asocian a estilos de apego inseguro o desorganizado (Dozier, Stoval-McClough y Albus, 2008).

Como sabemos, el estilo de apego adulto tiene su origen en la relación más temprana, aquella que se establece con el cuidador primario a lo largo de los primeros años de vida (Thompson, 2008). En este sentido, el primer vínculo afectivo se constituye como una potencial fuente de riesgo frente a los problemas que venimos de mencionar. Sin embargo, la evidencia clínica y la investigación nos demuestran que la relación temprana puede operar también como el primer escenario donde se instalan los pilares de la resiliencia, incluso en aquellas familias que están expuestas a riesgos psicosociales altos o donde los padres cargan con una historia traumática temprana (Fonagy, 2003). El presente trabajo se basa en esta premisa, y expone un modelo de prevención orientado a fortalecer las relaciones de apego entre niños de 1 a 6 años y sus cuidadores, en contextos de vulnerabilidad social. Nuestro programa, llamado *Primera Alianza*, tiene como objetivo de fondo ofrecer, mediante el trabajo sobre la relación temprana, un freno a la transmisión intergeneracional de la exclusión.

## Fundamentos teóricos de Primera Alianza: los procesos esenciales de la relación temprana

### Apego

La relación de apego se basa en la interacción de los sistemas motivacionales que ponen en juego tanto el niño como el cuidador. Por un lado, el niño realiza esfuerzos activos por conseguir y mantener la proximidad del cuidador, de cara a obtener protección y garantizar la supervivencia (sistema de apego) y, alternativamente, trata de explorar el entorno físico y social para desarrollar sus capacidades (sistema de exploración). La otra cara de la moneda la constituye el sistema de cuidados parental (*caregiving*), que incluye la motivación del cuidador para proteger al niño, y que le permite: detectar e interpretar sensiblemente las señales afectivas del niño, responder contingentemente a ellas y regular bioafectivamente sus estados de activación. De la interacción continua entre el sistema de apego del niño y el sistema de cuidados de la madre (o el cuidador principal) emergen patrones relacionales cristalizados, los cuales se caracterizan por niveles distintos de seguridad, así como por estrategias específicas para lidiar con el malestar interpersonal (estrategias de evitación, de aferramiento, de inversión de roles, etc.). En los casos donde el cuidado es incoherente o incluye formas diversas de maltrato, puede producirse un fracaso en la emergencia de un patrón de apego organizado (Main y Solomon, 1990).

La teoría y la investigación en torno al apego nos ofrecen evidencia acerca de algunas de las dimensiones de la parentalidad que pueden estar jugando un papel especialmente importante sobre la seguridad del niño y que, por lo tanto, serían el objeto de las intervenciones orientadas a fortalecer la relación temprana:

1. El cuidador funciona como un refugio seguro (*safe haven*) al que el niño puede dirigirse en momentos de malestar, fatiga o incertidumbre. El cuidador se constituye como regulador emocional externo, protege y consuela al niño frente al malestar, organiza los sentimientos del niño y -algo que es muy importante-, disfruta al ejercer esta función (Powell, Cooper, Hoffman y Marvin, 2009).
2. El cuidador funciona como una base segura (*secure base*) sobre la cual el niño puede apoyarse para explorar el entorno. Para que el niño pueda desplazarse con autonomía, interactuar con otras personas o familiarizarse con el espacio físico, el cuidador debe ofrecerse como presencia que apoya la exploración, que guía al niño y cuida de él a distancia. El éxito del cuidador en el ejercicio de esta función depende también de que ésta sea vivida con sentido y disfrute (Powell et al., 2009).

El cuidador ejerce cada una de estas funciones mediante el despliegue de respuestas no verbales (expresiones faciales, postura corporal y accesibilidad física, prosodia, etc.) que, conforme el niño crece, van combinándose con respuestas verbales. Estas conductas del cuidador suelen aparecer como respuesta a las señales mediante las que el niño indica que uno de sus dos sistemas motivacionales (apego o exploración) está activo. Muchas de estas secuencias necesidad-síntoma-respuesta se dan en períodos de tiempo cortísimos y, tal como hemos señalado, a través de canales que prescindan de lo verbal: constituyen los llamados *microsucesos* de la interacción (Stern, 1995). Uno de los requisitos básicos para cualquier programa de intervención en este ámbito es incorporar metodologías que localicen adecuadamente dichos microsucesos y permitan trabajar con ellos (véase apartado siguiente para más detalles).

Además de las respuestas observables de los cuidadores, sus representaciones acerca de sí mismos, del niño y de la relación con él constituyen otro factor de fundamental importancia en el desarrollo de las relaciones de apego. Los *modelos operativos internos* (Bowlby, 1980) del adulto respecto a la relación condicionan sus expectativas acerca del niño y el sentido que se da a sus comportamientos. La evidencia clínica nos demuestra, una y otra vez, que en la aparición de respuestas disfuncionales por parte de los padres frente al niño, no es tan determinante lo que éste haga, sino más bien cómo sea interpretada dicha conducta por los padres. Los procesos mediante los que el cuidador aporta sentido al funcionamiento de su hijo están muy saturados por sus propias experiencias tempranas (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975; Lieberman y Van Horn, 2008).

En relación a esto, autores como Fonagy (2003) han dado especial importancia a la *función reflexiva* del cuidador como factor de transmisión de la seguridad o inseguridad del apego entre padres e hijos. Según este

autor, la función reflexiva constituye la capacidad del cuidador para reflexionar acerca de la experiencia interna de su hijo y de sí mismo. Esta capacidad permite hacer una lectura de la conducta del niño en términos de estados mentales (motivaciones, necesidades, emociones). En las díadas donde el cuidador puede activar adecuadamente la función reflexiva, existe una mayor bondad de ajuste entre señales del niño y respuestas del cuidador, y una mayor regulación. Para Fonagy (2003), este proceso constituye la bisagra fundamental de transmisión de la seguridad del apego entre una generación y la siguiente.

## Apego y exclusión

Los niños que crecen en condiciones de pobreza o exclusión social presentan un riesgo comparativamente alto de desarrollar apegos inseguros (Thompson, 2008). Las razones de esto tienen que ver parcialmente con el impacto que ejerce la exclusión sobre varias dimensiones de la relación niño-cuidador:

En primer lugar, algunas relaciones niño-cuidador en condiciones de exclusión se caracterizan por una *baja disponibilidad física y/o psicológica de los cuidadores* respecto al niño. Las situaciones de separación entre niño y cuidador, por ejemplo, son especialmente frecuentes en familias monoparentales, familias de migrantes o familias donde ambos cónyuges deben desempeñar varios trabajos precarios. A lo largo de los tres primeros años de vida, estas situaciones cobran una especial relevancia para el niño, quien tiene dificultades para comprender la ausencia del cuidador o la separación con respecto a él, así como para predecir su vuelta (Howard, Martin, Berlin y Brooks-Gunn, 2011). Cuando esto se produce con cierta recurrencia, pueden emerger estrategias inseguras de apego en el niño o, paralelamente, deteriorarse los sentimientos de vinculación del cuidador respecto a su hijo.

En segundo lugar, las capacidades del cuidador para funcionar como *refugio seguro* y *base segura* para el niño, así como su eficacia en la *regulación emocional* de éste, pueden verse comprometidas en contextos de exclusión. Esto puede deberse a los altos niveles de caos doméstico y familiar (Howard et al., 2011), que se traducen para el niño en una dificultad para saber a quién acudir en momentos de malestar o miedo; las condiciones de hacinamiento, que dificultan el desarrollo de una base segura sobre la que explorar con autonomía el entorno; o la inseguridad respecto a la salud, la violencia barrial o intrafamiliar, que comprometen las capacidades del cuidador para funcionar como refugio seguro.

En tercer lugar, la pobreza o la exclusión social pueden traer consigo *alteraciones en la función reflexiva y en los modelos internos operativos de los cuidadores*. En estos casos, el adulto experimentaría dificultades para interpretar las conductas de éste de forma empática y haciendo sobre él atribuciones realistas. En estos contextos, el niño puede constituirse involuntariamente como representante de aspectos negativos de la vida actual o de las experiencias tempranas de los cuidadores. Este fenómeno se materializa en diversas distorsiones de la imagen que el cuidador se hace del niño. El niño puede representar el *fracaso del cuidador* para conseguir una vida digna o próspera, puede funcionar como *recordatorio de traumas interpersonales tempranos* (Fraiberg et al., 1975; Lieberman y Van Horn, 2008), como una *reedición de estresores actuales*, como una *oportunidad para superar la exclusión* (lo cual puede hacer que aumente la exigencia depositada sobre el niño), etc.

## Hacia modelos innovadores de intervención temprana en exclusión social

La relación de apego niño-cuidador está definida por procesos específicos que no son comunes a otras fases evolutivas y, por lo tanto, no están contemplados en modelos más tradicionales de la intervención social o de la intervención familiar (en los cuales se ha trabajado primordialmente con niños más mayores). Un buen programa de prevención temprana, por lo tanto, debe incluir una reflexión acerca de procesos específicos del apego (tales como las microinteracciones, la función reflexiva o las representaciones implícitas que organizan el vínculo cuidador-niño), y de las estrategias precisas que deben emplearse para incidir sobre los mismos.

Consideramos que existen tres elementos metodológicos que debe incorporar cualquier modelo de intervención sobre el apego, en contextos de riesgo o exclusión social.

## Intervención basada en fortalezas

Frente a un planteamiento focalizado en los déficits de las familias o en su distancia con respecto al funcionamiento familiar supuestamente “saludable”, una aproximación basada en fortalezas presta especial atención a la detección de las competencias parentales. Éstas pueden definirse como la capacidad de los padres de adaptarse con flexibilidad a las *circunstancias contextuales* en las que se desarrolla su parentalidad, por un lado, y a las *necesidades y señales específicas* de su hijo, por el otro. De este modo, el marco de la evaluación familiar cambia: dejamos de preguntarnos por cuánto se ajustan las familias a un modelo estándar, y pasamos a preguntarnos acerca de cómo se ajusta cada familia a las necesidades concretas de sus hijos, en las condiciones específicas en que viven sus miembros.

Un programa basado en fortalezas debe contemplar el hecho de que la competencia parental no es un constructo unidimensional o estático, sino que puede darse en niveles distintos (la educación, la organización doméstica, la búsqueda de apoyos, etc.) y de formas diversas, en función de la fase evolutiva en que se hallan el niño y la familia (Rodrigo, Martín-Quintana, Cabrera y Máiquez, 2009). Así, por ejemplo, cuando trabajamos en grupos de padres podemos atender a habilidades distintas que definen a cada familia. En algunas familias puede destacar la capacidad de detectar sensiblemente las necesidades de sus niños pequeños; mientras que en otras es relevante la capacidad de proporcionar a sus hijos un espacio ordenado y seguro donde desarrollar su exploración; en otras la eficacia a la hora de solicitar apoyo o buscar recursos que favorezcan el bienestar de sus hijos; etc.

Las fortalezas de la familia no sólo sirven de base para la intervención, sino también para el establecimiento de la alianza terapéutica, que es uno de los objetivos primordiales de las terapias parento-filiales desde su origen (Fraiberg et al., 1975). La forma de consolidar dicha alianza es, por un lado, construyendo sobre habilidades que los cuidadores ya tienen y, por el otro, ofreciendo un apoyo externo que guíe y regule a estos cuidadores en el ejercicio de su parentalidad (Lieberman y Van Horn, 2008; Baradon, 2005). Esta estrategia tiene un efecto profundo: contribuye a transformar positivamente las representaciones que tienen los padres acerca de sí mismos como cuidadores (Stern, 1995).

## Intervención basada en la experiencia

Ayudar a los cuidadores a constituirse como base y refugio seguro para sus hijos, requiere que nuestras intervenciones les proporcionen una experiencia de seguridad (Powell et al., 2009). Por otro lado, ayudar a los cuidadores a desarrollar su función reflexiva exige que los programas se definan como espacios donde, lejos de recibir pasivamente una información, los padres puedan *pensar*. Para conseguir esto, es necesario que los programas se desarrollen en un marco de *intervención basada en la experiencia*, dentro del cual el aprendizaje y la capacitación de los cuidadores no se produce como el mero resultado de una transmisión de conocimientos o de técnicas, sino fundamentalmente a causa de experiencias de auto-observación, reflexión y seguridad que brinda el propio programa.

Dos son los elementos metodológicos fundamentales que contribuyen a un aprendizaje experiencial en programas de intervención temprana.

**Manejo terapéutico del grupo.** Más allá de sus ventajas económicas, el grupo puede convertirse en un potente espacio de transformación.

En primer lugar, el grupo se constituye como una entidad que contiene y regula las emociones difíciles de los padres participantes, por un lado, y que amplifica la eficacia y los logros, por el otro. En este sentido, el grupo ejerce funciones de especularización (Kohut, 1977) y de función reflexiva (Fonagy, 2003), similares a las que desempeñaría una figura de apego sana. El cuidador que participa en el grupo puede verse en la mirada de otros miembros que comprenden su situación, que dan sentido a su experiencia, y que la piensan con él e incluso *por él* cuando sus capacidades están bloqueadas.

Asimismo, el grupo reduce los sentimientos de estigmatización que podrían asociarse a intervenciones asimétricas. Las sugerencias, confrontaciones, etc. que se producen en este encuadre provienen del grupo más

que de los propios profesionales, y esto les resta la asimetría que hallamos en modelos de intervención más tradicionales.

Por último, el grupo constituye un espacio de intercambio donde emergen soluciones realistas y sensibles a las dificultades que vive cada familia. Se estimulan así los lazos comunitarios y se abren vías de reflexión y deliberación que son coherentes con el marco cultural y el lenguaje de los participantes.

**Vídeo-feedback.** El vídeo-feedback (VF) es una técnica diseñada para que los padres visualicen y analicen secuencias de interacción con sus hijos, que han sido grabadas previamente. El objetivo fundamental de esta técnica es aumentar la sensibilidad parental, ayudando a los padres a detectar e interpretar mejor las señales del niño, y a reconocer sus formas de respuesta frente a las mismas.

Nuestro empleo del VF se caracteriza por la selección de determinadas microsecuencias significativas, que muestran interacciones tanto armónicas como conflictivas. El tipo de observación que realizamos sobre estas secuencias no se centra tanto en la conducta aislada de cada miembro de la interacción, sino en el patrón de intercambio diádico y sus resultados a nivel relacional.

Entre otras ventajas, el VF permite hacer conscientes los microsucesos de la interacción, que son difíciles de detectar y comunicar; permite sondear algunas defensas; y ofrece a los cuidadores un espacio seguro donde revisar situaciones que en el pasado resultaron difíciles (exposición). La aplicación del VF en múltiples programas de intervención demuestra que esta técnica resulta altamente eficaz en el aumento de las capacidades parentales (Fukkink, 2008; Kalinauskienė et al., 2009; Kennedy, et al., 2010; Van Zeijl et al., 2006; Velderman, Bakermans-Kranenburg, Juffer y van Ijzendoorn, 2006), por encima de los resultados obtenidos en programas que no la incluyen (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn y Juffer, 2005).

**Brevidad.** Otra de las características fundamentales para el éxito en la intervención es la brevedad del programa. Los programas de corta duración nos aportan fundamentalmente dos ventajas. En primer lugar, existen muchas más probabilidades de compromiso por parte de los participantes, pues sus condiciones familiares y contextuales dificultarían la asistencia regular a un programa prolongado. En segundo lugar, evita que los participantes puedan vivir como dependientes de un servicio sin el cual no serían capaces de desarrollar adecuadamente su parentalidad. Un meta-análisis realizado por Bakermans-Kranenburg et al. (2003) sobre distintos programas de intervención en la mejora del vínculo niño-cuidador, demuestra que los modelos de prevención focalizados y breves dan resultados equivalentes e incluso mejores que los de programas prolongados.

## Primera Alianza: modelo de intervención

### Objetivos

Primera Alianza es un programa breve de intervención familiar diseñado con el objetivo de promover o reparar las relaciones tempranas de apego en niños de entre 1 y 6 años y sus cuidadores primarios, en contextos de exclusión social. Nuestra preocupación por la mejora del vínculo temprano se concreta en dos objetivos específicos:

1. *Mejorar la interacción:* favorecer en los cuidadores un mejor desempeño de sus funciones como refugio seguro y base segura, así como sus habilidades para regular afectivamente al hijo.
2. *Estimular la función reflexiva.* Incidir positivamente sobre las capacidades representacionales de los padres, mediante el aumento de la capacidad de reflexionar acerca de los estados internos del niño, por un lado, y mediante la transformación positiva de sus modelos operativos acerca de la relación, por el otro.

Para ello, Primera Alianza se apoya en los principios metodológicos más arriba descritos y trata de combinar una consideración de los procesos universales que definen el apego con un abordaje individualizado de cada familia.

## Funcionamiento del programa

Primera Alianza se desarrolla a lo largo de tres meses de duración aproximadamente; tiempo durante el cual se evalúa la relación niño-cuidador y se interviene con los cuidadores. El número de familias que participan en cada aplicación del programa oscila entre 6 y 8. Son los cuidadores principales quienes participan en las sesiones grupales de intervención que tienen lugar semanalmente, y cuya duración ronda las dos horas.

**Evaluación de la interacción (mediante vídeo).** Para detectar la calidad de la interacción diádica, administramos una versión abreviada de la Situación Extraña (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Este procedimiento consta de varias fases que inducen en la díada niño-cuidador una situación de peligro percibido y ansiedad (lo cual constituye un activador del sistema de apego). El procedimiento sirve, por lo tanto, para detectar los modos en que el niño utiliza a la figura de apego como base y refugio seguros, las estrategias que emplea el cuidador para regular afectivamente al niño, las capacidades de éste de señalar sus estados internos y de su cuidador para captar, leer y responder a dichas señales, etc.

**Entrevista individual con el cuidador.** Constituye también una parte central de nuestro programa la evaluación de los procesos representacionales con los que el cuidador interpreta las conductas de su hijo y da sentido a su experiencia de parentalidad. Para ello, empleamos la Entrevista de Relación, que nos sirve para sondear varias dimensiones tales como: las *atribuciones* o interpretaciones del cuidador acerca de la conducta del niño; las *expectativas* del cuidador sobre el niño y sobre la relación; las experiencias traumáticas no resueltas que pueden activarse en el cuidador al hilo de la interacción con el niño; los *estilos de procesamiento emocional* o defensas psicológicas que se activan en el cuidador para hacer frente al malestar en la relación con el niño.

## Evaluación final

Tras la intervención, evaluamos los resultados de la misma, en tres dimensiones fundamentalmente: (1) cambios en la calidad de la interacción (mediante análisis observacional de las sesiones de interacción niño-cuidadores), (2) disminución de síntomas y problemas de conducta del niño (mediante la administración de la escala *Early Childhood Screening Assessment*; Gleason, Zeanah y Dickstein, 2010), y (3) cambios en la experiencia de parentalidad (mediante la valoración cualitativa de los participantes).

Actualmente estamos desarrollando la recogida y el análisis de datos relativos a la eficacia de nuestro programa, por lo que los resultados con los que contamos a día de hoy son de naturaleza preliminar. En primer lugar, un análisis no sistemático de las diferencias en la calidad de la interacción niño-cuidadores, antes y después de la interacción, apuntan a un aumento de la sensibilidad parental tras la participación en Primera Alianza. Por otro lado, un análisis preliminar de las diferencias en síntomas y conductas perturbadoras en el niño, antes y después del programa, señalan una reducción de las mismas tras la participación. Finalmente, el análisis cualitativo de los testimonios de los participantes indica un aumento en la función reflexiva de los cuidadores y una mejoría en las experiencias de los mimos, en relación a su parentalidad. En futuras publicaciones presentaremos, de forma detallada y sistemática, estos resultados y sus implicaciones.

## Una viñeta clínica

El siguiente extracto corresponde a la quinta sesión del programa. Las madres han visto cuatro secuencias en vídeo de interacciones conflictivas niño-madre y, tras un periodo de discusión, una de ellas (Silvia) relata un episodio relacional importante vivido con su hija (Andrea, 4 años) durante la semana anterior.

- Silvia: *He estado enferma. He tenido fiebres muy altas y no podía apenas moverme del sofá. Andrea se ha portado peor que nunca: no ha dejado de molestarme.*
- Terapeuta (I): *¿Molestarte? ¿En qué sentido?*

- Silvia: *Pues preguntándome todo el rato si podía tumbarse conmigo en el sofá, pidiendo abrazos y mimos... Yo le decía "Andrea, ¿no ves que Mamá se encuentra fatal? Vete a jugar al cuarto, por favor. Deja a Mamá sola". Justo cuando estoy menos disponible, a ella le da por molestar más; creo que lo ha hecho para llamarme la atención [atribución negativa: el comportamiento de la niña es interpretado en términos de intenciones malevolentes]*
- Laura: *Sí, a veces pasa. Yo hay días que vuelvo a casa y no quiero saber nada, vengo agotada o peleada o vete a saber, y entonces la niña se pone verdaderamente pesada. Entonces me parece que el resto de la tarde va a ser insoportable [expectativas], y me entran ganas de salir corriendo y dejarlo todo. A veces me he llegado a encerrar en el baño, como si estuviera duchándome, para que la niña dejara de ir detrás de mí [estrategias de procesamiento emocional].*
- Terapeuta (II): *Silvia y Laura están comentando experiencias muy parecidas, que muchas madres han tenido alguna vez: la sensación de que tener que mimar y cuidar a un niño puede ser una experiencia exigente, y de cómo a veces parece que los niños nos lo ponen más difícil. ¿A alguna de vosotras se le ocurre alguna explicación a esto de que a veces los niños, cuando estamos con menos energías, nos piden más?*
- Julia: *Yo esto lo he pensado mucho esta semana, porque a mí también me ha pasado. Pienso que tal vez a mi niño le produce angustia verme con tan pocas ganas, porque piensa que he dejado de quererle.*
- Terapeuta (II): *¿Y crees que algo parecido podría estar dándose en la situación de Silvia y de Laura?*
- Julia: *Sí. (Dirigiéndose a ellas) Me parece que vuestras niñas os ven de mal humor y piensan inmediatamente que algo malo está pasando, que no las queréis, o que se van a quedar solas, y eso les angustia mucho.*
- Terapeuta (I): *Esto que dice Julia tal vez nos permita entender un poco mejor la secuencia de vídeo que observábamos hace un rato, donde el hijo de Laura hablaba muy alto y se echaba encima de ella. ¿Qué opináis?*
- Laura: *Sí... Yo creo que se comportaba así conmigo porque me veía distraída. Estaba preocupada, pensando en todo lo que tenía que hacer esa tarde. Así que le dije que jugara con todos esos juguetes, pero él no hacía más que reclamar mi atención...*
- Terapeuta: *¿Qué piensas que podía estar pasándosele por la cabeza?*
- Silvia: *"Mamá no está". "No le intereso a mamá". Claro, eso da mucho miedo.*
- Terapeuta (II): *Veíamos hace unas semanas que cuando los niños tienen una necesidad, mandan señales, y que si no ven satisfecha esa necesidad, hacen que esas señales sean mucho más intensas, desagradables incluso. Volviendo a la experiencia que nos ha contado Silvia al principio, ¿qué creéis que diría la niña de Silvia si pudiera expresar con palabras su experiencia en un episodio como el que nos ha contado Silvia?*
- Laura: (Dirigiéndose a Silvia) *"Mamá, te noto deseando estar lejos y eso me da miedo, así que no me atrevo a separarme".*

## Conclusiones y discusión

La alta aplicabilidad y el éxito preliminar de Primera Alianza nos hablan de la pertinencia de intervenir de forma temprana y focalizada en el vínculo en contextos de exclusión. La intervención temprana garantiza una mayor eficacia preventiva, en varios sentidos: intervenir al principio de la vida del niño hace que nuestro trabajo pueda ser más breve, menos invasivo, o que los métodos empleados se beneficien de la tendencia a vincularse con los hijos al principio de la vida, experimentada con fuerza por la mayor parte de los cuidadores, a pesar incluso de las circunstancias adversas o de sus propios traumas (Fraiberg et al., 1975). Por otro lado, además de una cuestión de eficacia, intervenir tempranamente es una cuestión de justicia: contribuyendo al establecimiento de una parentalidad funcional y saludable, este tipo de programas tratan de ofrecer al niño las mejores condiciones posibles para su desarrollo.

Creemos que el futuro de este tipo de programas pasa, en primer lugar, por continuar investigando acerca de cómo se construyen las relaciones y qué hace que éstas sean espacios seguros para el crecimiento y motores de la resiliencia. Asimismo, debemos continuar preguntándonos cuáles son los niveles de la relación sobre los que conviene trabajar para fortalecerla, y cuáles son las estrategias apropiadas para generar cambios en estas dimensiones.



## Referencias

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, *129*, 195–215.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2005). Disorganized infant and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, *26*(3), 191-216.
- Baradon, T. (Ed.) (2005). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: claiming the baby*. Londres: Routledge.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., y Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: Implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, And Policy*, *1* (2) doi:10.1186/1747-597X-1-32.
- Cirillo, S. (1991). *Niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Dozier, M., Stoval-McClough, K.C. y Albus, K. (2008), Attachment and Psychopathology in Adulthood. En Hazan y Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2ª Ed.). Nueva York: Guilford.
- Dutton, D. G., y White, K. R. (2012). Attachment insecurity and intimate partner violence. *Aggression And Violent Behavior*, *17*(5), 475-481.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, *24*(3), 212-239.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *14*(3), 387-421.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, *28*(6), 904-916.
- Gleason MM., Zeanah, Ch. y Dickstein, S. (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Development and preliminary validity of the Early Childhood Screening Assessment. *Infant Mental Health Journal*, *31*(3), 335-357.
- Gore, J. S., y Rogers, M. (2010). Why do I study? The moderating effect of attachment style on academic motivation. *The Journal Of Social Psychology*, *150*(5), 560-578.
- Howard, K., Martin, A., Berlin, L. J., y Brooks-Gunn, J. (2011). Early mother-child separation, parenting, and child well-being in Early Head Start families. *Attachment y Human Development*, *13*(1), 5-26.
- Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans Kranenburg, M. J., Juffer, F. y Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: the vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child: care, health and development*, *35*(5), 613–623.
- Kennedy, H., Landor, M. y Todd, L. (2010). Video Interaction Guidance as a method to promote secure attachment. *Educational y Child Psychology*, *27*(3), 59-71.
- Kohut, H. (1977). *Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisitas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lieberman, A. y van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: genetic factors, parenting contexts and developmental transformation. En: J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2ª Ed.). Nueva York: Guilford.
- Madsen. W. C. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York: Guilford Press.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En Greenberg, M., Cicchetti, D. y Cummings, E. (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago.

- Minuchin, S. Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. y Schumer, F. (1969). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. y Marvin, R. (2009). The Circle of Security. En Zeanah, Ch. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (3ª. ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Rodrigo, M.J., Martín-Quintana, J.C., Cabrera, E. y Máiquez, M.L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Intervención psicosocial*, 18 (2), 113-120.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Thompson, R. (2008), Early Attachment and Later Development: Familiar Questions, New Answers. En Hazan y Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2ª Ed.). Nueva York: Guilford.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M. y Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994-1005.
- Velderman, M. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F. y Van IJzendoorn, M. H. (2006). Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 466-493.