

# Prólogo

Alberto Díaz

Vicesecretario de ADP-CETS

Editor Ejecutivo de la revista “ENCUENTROS de Educación y Psicoterapia”

Nos complace presentar a los lectores y lectoras la nueva revista electrónica “ENCUENTROS de educación y psicoterapia”, que nace en el año 2020 como complemento a la labor realizada por la Asociación para el Desarrollo de la Psicoterapia en Contextos Educativo-Terapéutico-Sociales (ADP-CETS), fundada en 2018 por un grupo de profesionales de diversas disciplinas (educación social, trabajo social, magisterio, enfermería, psicología, psicopedagogía y medicina-psiquiatría) implicados en su profesión, la cual está dedicada a la atención a la adolescencia en los diversos contextos de intervención.

A través de esta revista, la ADP trata de seguir cumpliendo y desarrollando algunos de sus objetivos, destacando favorecer el intercambio científico entre profesionales con un interés común por esta tarea, contribuir a la difusión de distintos modelos aplicados de psicoterapia en contextos educativo-terapéutico-sociales y promover una perspectiva integradora basada en modalidades basadas en la evidencia y factores comunes.

Para ello, “ENCUENTROS” publica y desarrolla una red de conocimientos desde la experiencia, el estudio y la investigación, dedicando especial esfuerzo tanto a la formación de profesionales como a la promoción de metodologías y modelos de intervención.

Como indica el propio nombre de la revista “ENCUENTROS”, su misión se centra en ofrecer un espacio en el que los lectores y lectoras puedan disfrutar de una variedad de artículos, monográficos, entrevistas, debates o noticias relacionadas con la formación e intervención con la adolescencia en diferentes contextos de intervención educativo-terapéutico-sociales y en el desarrollo comunitario.

Más concretamente, en este primer número de “ENCUENTROS”, así como en futuras ediciones, se pretende visibilizar la labor de profesionales de diversas áreas cuyo trabajo se desarrolla en la intervención y construcción de un vínculo terapéutico.

Nos encontramos, así, el artículo de Alba Muro y el de Ricardo Fandiño, en los que promulgan modos de construir un vínculo de este tipo en contextos judiciales, a partir de la involuntariedad que se da en las personas adolescentes atendidas.

Juan Zalduondo, por su parte, escribe sobre un espacio de encuentro terapéutico en los centros residenciales de convivencia con adolescentes, mientras que Gorka Saitua nos aporta una visión más personal y experiencial en la que enfatiza la necesidad de cuidar a las figuras profesionales y de crear entornos seguros para ellas.

Francisco José Cabezuelo nos habla de las relaciones de apego y del reto de fundamentarlas en un modelo terapéutico de intervención educativa que ofrezca posibilidades de cambio real y duradero en el tiempo.

Nuria Martín, Ander Alonso y Enrique Escribano aportan su visión sobre la desvinculación y el momento de poner fin a la relación de ayuda mantenida con las personas menores de edad con las que trabajan.

Carla Cabrejas y Paula San Juan nos ofrecen un modelo de psicoterapia integrador en fases para trabajar con adolescentes y jóvenes con conductas adictivas y sus familias.

Muchos de los autores que participan en esta primera edición de la revista son miembros de la ADP-CETS, cuya misión es favorecer, enfatizar y dignificar el trabajo terapéutico de las figuras profesionales intervinientes en contextos no clínicos, es decir, educativos y sociales.

ADP-CETS se basa en la vertiente de la Psicoterapia de Apoyo, con vocación integradora, inspirada en cierta manera en el modelo de Vinculación Emocional Validante (Estalayo, 2017), que considera el vínculo profesional como el desarrollo y la consecución de un acuerdo o alianza con las personas jóvenes con las que trabajamos, a través de la generación de un espacio de confianza, contenedor y regulador que habilite una conexión emocional desde la que construir un *para qué*, entendiendo que sin dicha conexión no sería posible.

La identidad humana, entendida como el hecho de que cada cual sea él mismo, él solo y ninguno otro, nace de las relaciones con los demás, y así, el niño cuando nace no sabe que es distinto de su madre ni de ninguna otra persona; pero nace en un juego de relaciones que a través de un progresivo encuentro de semejanzas y contrastes le permiten irse descubriendo como distinto de los otros; se descubre como individuo entre individuos, uno más entre los demás. Sus semejanzas y diferencias con otros van configurando su propia identidad, definiéndola como persona, como individuo autónomo dentro de la especie.

Desde ADP-CETS creemos que todo aquello que llevamos dentro, sociabilidad, sensibilidad, responsabilidad, etc. todo se origina fuera. Más exactamente en el encuentro, el enriquecimiento que supone relacionarse de forma equiparable, y que este encuentro de dos o más personas es tanteo, puesta en común, relatividad, intercambio y mezcla; se afirma en su pequeñez y es así como se cualifica y trasciende.

Algo así, como afirman Seikkula y Arnkil (2019) postulando los Diálogos Abiertos, las personas necesitan encontrarse cara a cara, y hay cosas que no se pueden vislumbrar mediante un trabajo de fragmentación de la persona entre diferentes profesionales trabajando aislados; porque son cosas que suceden entre las personas, son aspectos que sólo surgen en la construcción de un vínculo, adaptándose con flexibilidad a lo específico y cambiante de la persona.

Este primer número de la Revista nace con la ilusión, el esfuerzo y la dedicación de un grupo de profesionales cuya vocación es compartir conocimiento, enseñanzas y buen hacer

dignificando la profesión en aquello que les apasiona: la atención a la adolescencia en los diversos contextos de intervención.

### Referencias

- Estalayo, A. (2017). *Modelo de Vinculación Emocional Validante: una propuesta de intervención para contextos de justicia juvenil y acogimiento residencial específico* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Deusto.
- Seikkula, J., y Arnkil, T. E. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente*. Herder Editorial.

# Dónde Mirar para Poder Construir un Vínculo y una Intervención Terapéutica de Éxito

Alba Muro Marquina

Generalitat de Catalunya

## Resumen

El vínculo es considerado un elemento clave a la hora de llevar a cabo cualquier intervención terapéutica satisfactoria. Cuando esta intervención se lleva a cabo en servicios en los que la involuntariedad es un aspecto principal, y además los usuarios se encuentran en la adolescencia, la generación de dicho vínculo se convierte entonces en algo imprescindible, a la vez que una tarea que requiere mayor especialización. A partir de la experiencia acumulada en el Servicio de Atención a Menores Inimputables, en el presente artículo se exponen diferentes elementos individuales, familiares y relacionales considerados clave, y que se propone analizar previamente y conocer, con el fin de facilitar al profesional el establecimiento de una relación terapéutica con el adolescente lo suficientemente segura como para que se puedan desarrollar con éxito los objetivos terapéuticos de la intervención, generalizarlos y consolidarlos en su contexto de referencia.

*Palabras clave:* vínculo, adolescencia, involuntariedad, intervención terapéutica.

## Abstract

The therapeutic attachment is considered a key element in any satisfactory intervention. This bond becomes especially important when the intervention is carried out in services with adolescents that have to attend involuntarily. Therefore, the bond's construction requires greater specialization of the professional. Based on the experience accumulated in the Service of Attention to Unimputable Minors, this article describes different individual, family and relational elements considered key to the development of the therapeutic bond. Also these elements are analyzed as a tool for the professional to establish the therapeutic relationship with the adolescent. Thus, from a sufficiently secure relationship, the therapeutic objectives of the intervention could be successfully developed, generalized and consolidated in their context of reference.

*Keywords:* attachment, adolescence, involuntarily, therapeutic intervention.

Siempre que se piensa en un proceso de cambio los primeros requisitos que aparecen para asegurar el éxito son dos. Por un lado, se requiere que la persona, o personas interesadas, identifiquen la situación como problemática y presenten la voluntad de llevar a cabo acciones que generen un cambio. Por otro lado, estas personas deben encontrar un método en el que confíen y lo consideren válido para generar ese cambio. En ocasiones, ese cambio requiere del acompañamiento de un profesional, generando así la búsqueda, por parte de la persona afectada, de un contexto terapéutico. Este podría decirse que es el proceso general por el que se produce un cambio: se identifica el malestar, se decide que el cambio es necesario y se busca la manera que se considera adecuada para tal fin. Si bien es cierto que existen servicios terapéuticos para proporcionar ayuda a quienes acuden y manifiestan que quieren modificar aspectos de su vida que les generan sufrimiento, también existen servicios que tienen el mandato, de la Administración, de la ley, etc., de detectar ese malestar, o situación problemática, en una persona o familia y abordarla con el fin de mejorarla. Cuando la necesidad de cambio es identificada por un elemento externo a quien se ve afectado directamente y se impone, en gran medida, dicho cambio, entran en juego elementos que es necesario tener en cuenta para garantizar un proceso satisfactorio que permita conseguir los objetivos propuestos inicialmente.

Uno de los servicios de los señalados anteriormente, en los que se reclama a una persona o familia con el fin de promover cambios en situaciones detectadas como inadecuadas o de riesgo, son los que atienden a menores en los que se ha identificado una posible situación de riesgo. En estos casos se añade a la situación de involuntariedad inicialmente descrita, de quien no ha identificado una situación como problemática, o que no tiene intención de modificarla a corto plazo, que a quien va dirigida la intervención terapéutica es un menor de edad cuya etapa vital juega un papel muy relevante, más aún si se trata de un adolescente.

La tarea inicial de cualquier profesional que atienda este tipo de situación y en este tipo de servicios pasa por atender y promover, en primer lugar, esa conciencia de problema y predisposición

al cambio, para, a continuación, identificar y desarrollar las estrategias que consideren para conseguir los objetivos acordados. Existen numerosas teorías y modelos que afirman que la base de cualquier intervención de éxito es la relación establecida entre el profesional y el usuario, pero no con todas las personas es posible generar un vínculo de la misma manera.

Desde el Servicio de Atención a Menores Inimputables, servicio enmarcado dentro de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Generalitat de Catalunya, y a partir de nuestra experiencia atendiendo casos que aúnan tanto la involuntariedad como la edad adolescente de los chicos y chicas atendidos, valoramos que este proceso vincular clave para cualquier proceso terapéutico es un baile bidireccional, en el que participan las dos personas, tanto profesional como usuario, y que ambas partes aportan sus propias características (personales, familiares, relacionales...). Estas características servirán como guía, como melodía, de ese baile relacional y hará que ese vínculo se genere de forma diferente en cada caso, por lo que es esencial identificarlas, saber cómo afectarán a la construcción de la relación y qué estrategias serán más efectivas para ello.

## Contextualización

El Servicio de Atención a Menores de 14 años Inimputables enmarca su actuación en la normativa vigente sobre la responsabilidad penal del menor (Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal del menor) y sobre la Protección de la Infancia en la comunidad de Cataluña (Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la infancia y la adolescencia). Según dicha legislación, es función del órgano competente en protección de menores dar respuesta a situaciones en que menores de 14 años han participado de hechos que serían constitutivos de delito si fueran responsables ante la ley.

El objetivo último de este Servicio es el de disminuir el riesgo de futuras conductas antisociales y, para ello, se ha desarrollado un programa de evaluación e intervención con el fin de dar respuesta a la demanda institucional anteriormente descrita. El modelo que guía la

intervención en el Servicio surge de la adaptación del Modelo de Vinculación Emocional Validante propuesto por Estalayo (2017). Así, se propone un itinerario con diferentes etapas y fases consecutivas por las que transitan el menor de edad y su familia, acompañados del profesional referente, y en el que, a partir de una evaluación de elementos, tanto individuales, como familiares, sociales y relacionales, se realiza la indicación del abordaje más adecuado en cada caso, en el que se trabajan diferentes aspectos identificados como de riesgo de reiteración de dicha conducta problemática.

Tal y como se expone anteriormente, se trata pues de un Servicio cuya actuación se desarrolla, según la clasificación de los diferentes contextos profesionales de cambio, propuesta por Lamas (1997), en un metacontexto de control, caracterizado por la obligatoriedad de participación, tanto por parte de los profesionales, como de los usuarios convocados. Este metacontexto marcará, a priori, las bases de la relación entre los participantes. Por ejemplo, las actuaciones desarrolladas en un metacontexto así suelen caracterizarse por una libertad de acción por parte del profesional limitada por un mandato legal o institucional, o por una baja responsabilidad y voluntariedad del usuario con el que se trabaja. Si bien estas circunstancias dan lugar a una relación muy concreta entre el profesional y el usuario, el Servicio de Atención a Menores Inimputables, como se ha planteado con anterioridad, no tiene como objetivo último la supervisión y control del usuario; el Servicio pretende desarrollar dentro de este marco dos de los contextos profesionales de cambio que más alejados plantea el autor: el contexto de evaluación y el terapéutico. Dentro del modelo de intervención, se propone que a partir de un contexto de evaluación, una vez superada la involuntariedad de los participantes y la consecución de los objetivos marcados en dicho contexto, se pueda evolucionar hacia un contexto terapéutico donde se ofrece una relación de ayuda para generar un cambio.

En cuanto a la población atendida, se trata mayoritariamente de chicos y chicas que se sitúan en la etapa de la preadolescencia, alrededor de los 12 y 13 años. Esta etapa del ciclo vital se caracteriza por ser una etapa especialmente convulsa, de muchos cambios, en los que quienes

se encuentran inmersos en ella viven multitud de dudas, sentimientos encontrados, contradicciones... y, para que ese tránsito hacia el mundo adulto se lleve a cabo satisfactoriamente, se requiere la presencia de una figura adulta que le acompañe en ese camino, que atienda las necesidades del adolescente. En los chicos y chicas que se atienden desde el Servicio se observa en muchas ocasiones que esa figura requerida para un buen ajuste a la nueva situación no se encuentra disponible, o no de la manera que el adolescente necesita, haciendo que éste actúe ese malestar y esa necesidad no atendida mediante, por ejemplo, comportamientos fuera de la norma. La presencia de conductas externalizantes podría considerarse como una manera disfuncional de expresión del malestar, de reclamo de una necesidad no cubierta, que muestra un alto grado de sufrimiento por parte de quien lo expresa, pero que también genera un malestar en terceras personas.

La adolescencia, como período crítico en el desarrollo de una persona, supone un desequilibrio en el funcionamiento del individuo y suele observarse cómo aquellos mecanismos que hasta el momento funcionaban de una manera suficientemente satisfactoria dejan de hacerlo, pudiendo catalogarse este fenómeno como una regresión. En estos períodos transicionales, en muchas ocasiones, también coexisten niveles elevados de conflictividad relacional y alteraciones emocionales constantes, que desaparecen, o se atenúan, cuando finaliza todo el proceso de maduración que indica haberse alcanzado el hito de la siguiente fase evolutiva. Así, como afirman Sadurní y Rostán (2004), durante dicha etapa, la reorganización cerebral que acontece y sus cambios estructurales se manifiestan en una observable desestabilización emocional del adolescente, un alto nivel de necesidad de experiencias placenteras, búsqueda de nuevas sensaciones, baja tolerancia a la frustración, dificultad para inhibir sus emociones..., traduciéndose en la mayoría de los casos en una conflictividad, en diferentes intensidades, con el mundo adulto. Todos estos conflictos, tanto emocionales como relacionales, podrían interpretarse como una forma disfuncional del adolescente de reclamar la presencia de una figura referente que le ayude, como elemento externo, con aquellos aspectos que le superan para

transitar de manera satisfactoria hacia la siguiente etapa.

Se trata de una etapa en la que el adolescente necesita del adulto a la vez que lo rechaza, sintiendo una necesidad de poner a prueba las relaciones vinculares que ha establecido hasta el momento mediante conductas desafiantes, disruptivas, o evitativas. Todo ello hace que cobre una especial relevancia la respuesta que el adulto da ante esos desafíos, recogiendo y validando sin juzgar aquellos aspectos más infantiles que, como proponen Mauri, Tió y Raventós (2014), conviven en ese momento con otros más adultos que también requieren ser contenidos, a su vez, por un agente externo.

Si bien se ha presentado como relevante la etapa del ciclo vital individual en la que se encuentran los chicos y chicas, la entrada en la adolescencia también afecta al ciclo vital del sistema familiar, en el que se produce una crisis que pone en cuestión la capacidad de los miembros de dicho sistema para adaptarse a las nuevas circunstancias: nuevos roles, nuevas relaciones extrafamiliares, nuevas necesidades y dinámicas personales... Esto hace que sea adecuado que la intervención en estas circunstancias, más allá de centrarse exclusivamente en el menor de edad, se lleve a cabo con todo el núcleo familiar, alejándonos además de la identificación del adolescente como sujeto problemático y único responsable de la situación, y apelando a la co-responsabilidad del resto de familiares en la situación y en el proceso de cambio.

Así, se trata de un Servicio que desarrolla la intervención con chicos y chicas en plena etapa preadolescente con objetivo terapéutico, pero dentro de un claro marco de control, al que no acuden de manera voluntaria. Esta coincidencia de la adolescencia como marco vital del usuario y un entorno terapéutico de involuntariedad como el descrito en párrafos anteriores implica una doble dificultad, haciendo imprescindible desde el principio de la relación que el profesional encuentre la distancia exacta permitida por el adolescente, ya que para él representa el mundo adulto del que necesita, pero, a la vez, del que quiere alejarse. Conseguir esto será un punto clave para poder abordar a lo largo de la intervención aspectos de mayor impacto emocional en el adolescente.

## El Vínculo y su Papel en un Proceso Terapéutico

Tal y como se ha expuesto anteriormente, la intervención que se lleva a cabo desde el Servicio de Atención a Menores Inimputables parte de una información, mayoritariamente proveniente de la Policía, o de la Fiscalía de Menores, sobre una conducta fuera de la ley por parte de un chico, o chica menor de 14 años, oficiando a los profesionales del Servicio a que evalúen su situación personal y familiar y lleven a cabo la intervención necesaria abordando los aspectos disfuncionales presentes con el objetivo último de disminuir el malestar y, por tanto, evitando que dicha conducta se repita, o se cristalice en su repertorio comportamental.

A partir de esta información inicial, la familia será citada para iniciar el proceso de evaluación y terapéutico oportuno. A pesar de estar enmarcado todo esto en un metacontexto de control, los requisitos para que el proceso evolucione favorablemente son los mismos que se le atribuyen a cualquier proceso terapéutico, añadiéndole, eso sí, las especificidades de la involuntariedad inicial del contexto, aspecto que se deberá abordar desde un inicio para poder trabajar más adelante sobre el verdadero foco de la intervención.

Un requisito del que partir, sin el que sería impensable llevar a cabo cualquier intervención, es la demanda. Sin demanda no hay intervención (Abeijón, 2013), ya que es el elemento que da sentido a la creación del espacio terapéutico construido a partir del motivo de la citación inicial. Pero no se trata de una demanda individual de cada uno de los miembros que conforman el sistema terapéutico, se trata de una demanda conjunta, co-generada entre todos, que interpela a la responsabilidad de todos y que marca la ruta del proceso terapéutico iniciado.

Uno de los elementos imprescindibles para este objetivo es la identificación del malestar, la conciencia de problema, la egodistonia por parte de los individuos. Pero esto no será suficiente si no se activa, además, una voluntad de cambio de los aspectos relacionados con el malestar vivenciado. Esta confluencia de factores podrían ubicarse, según el proceso de cambio propuesto por Prochaska et al. (1992), entre la etapa de

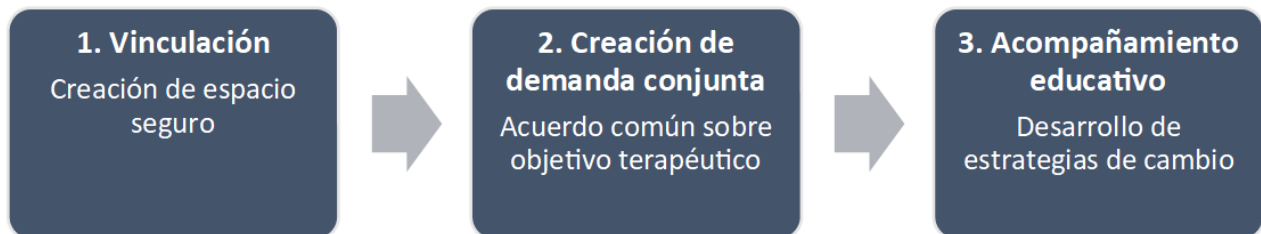
contemplación y la de acción, en la que existe un malestar, o problema, como identificado por parte del sujeto y una voluntad de iniciar acciones para modificar dicha situación, ya sea como idea, o ya habiendo concretado qué acciones llevar a cabo para tal fin. En caso de no darse estas circunstancias, será uno de los primeros aspectos a trabajar, ya que se consideran los cimientos de un proceso terapéutico de éxito.

En muchas ocasiones, los chicos y chicas que atendemos presentan factores de riesgo tanto personales, como relacionales, o familiares, que hacen que sea más probable que tengan conductas fuera de la norma, con sus consecuentes efectos negativos tanto para ellos, como para terceras personas. A pesar de que el profesional, entrenado para ello, pueda identificar ese riesgo y las consecuencias que puede conllevar para el menor de edad y su familia, éstos, en un primer momento, no acostumbran a compartir su visión. Así, no es suficiente, y ni siquiera recomendable, que el profesional, única y exclusivamente, señale dichos

elementos de riesgo, si el objetivo es conectar a la familia con la situación detectada y activar su voluntad de cambio. Pensar que van a asumir de manera inmediata lo que les dice una persona a la que no se han acercado de manera voluntaria, y a la que no conocen, está muy lejos de la realidad. De esta forma, para poder activar esos elementos identificados como imprescindibles (conciencia de problema y voluntad de cambio), se requiere otro aspecto muy importante en una relación de ayuda, la confianza. Y por confianza entiéndase el concepto acuñado por Csibra y Gergely (2011), y utilizado después por Bateman y Fonagy (2016), de confianza epistémica, que hace referencia a la posibilidad exclusivamente humana de confiar en que la información recibida por parte de otra persona es útil y relevante para él. Y esto va íntimamente relacionado con otro elemento que muchos estudios han señalado también como clave para un resultado exitoso, la relación que se establece entre el profesional y el usuario a lo largo de dicho proceso.

**Figura 1**

*Fases de la intervención educativa*



Si bien, según el modelo teórico, o la disciplina desde la que se parta, dicha relación ha sido definida de distintas maneras (apego, vínculo, alianza terapéutica...), todas tienen en común el énfasis que ponen en la conexión entre los miembros que conforman el espacio terapéutico como pieza fundamental para un correcto desarrollo de la relación. Recogiendo algunas de las definiciones, pero con matices que los diferencian, señalaremos tres.

Bowlby (1986), como ejemplo de una de las aproximaciones más tradicionales, definió el Apego como el vínculo precoz establecido en la primera infancia entre el/la niño/a y la figura o figuras

principales de referencia, generalmente la madre, el padre y otros familiares cercanos, o a veces figuras adultas que han ejercido esta función. Por otra parte, otro término que se ha utilizado para definir esta relación es el de "alianza terapéutica", también abordada de diferentes maneras según el contexto en el que se desarrolle dicha alianza. Bordin (1979), por ejemplo, definió la alianza individual en terapia como la suma de tres componentes: los lazos afectivos entre el terapeuta y el cliente, el acuerdo sobre los objetivos de la terapia y el acuerdo sobre las tareas a desarrollar durante dicha terapia. Por otro lado, Escudero (2009), centrado en la alianza terapéutica familiar, la definió en base a los cuatro

elementos que la compondrían: el enganche en el proceso terapéutico, la conexión emocional con el terapeuta, la seguridad dentro del sistema terapéutico y el sentido de compartir el propósito de la terapia entre los miembros de la familia. Siendo todos conceptos muy cercanos, en cuanto a que se trata del núcleo relacional entre el profesional o terapeuta y el usuario, ya sea éste una única persona o un sistema, durante un proceso terapéutico cada aproximación tiene matices diferentes que es necesario conocer para concretar el punto de partida de cada propuesta de intervención.

Por todas estas peculiaridades es importante, antes de continuar avanzando, aclarar a qué nos referimos con el concepto "vínculo". Tanto en el ámbito psicoterapéutico, como en el educativo, aunque probablemente no sea exclusivo de estos, en ocasiones se concibe el vínculo de forma errónea, o incompleta, como una conexión afectiva entre el profesional y el usuario que se interpreta como simpatía entre ellos, una buena relación, un alto nivel de afecto, o de preocupación entre ellos. Si bien estos elementos podrían considerarse partes presentes en la construcción de un vínculo terapéutico, ninguno de ellos sería útil si no se da en un contexto relacional creado con un fin, con el objetivo de promover un cambio de algún elemento considerado disfuncional para el otro. Esto es lo que le otorga el componente terapéutico a dicha relación y es la clave para que el vínculo sea útil en el proceso de cambio. Por lo tanto, tal y como afirma Estalayo (2017), el establecimiento del vínculo no sería el fin en sí mismo de la intervención; el vínculo sería una herramienta, un elemento necesario para poder abordar los aspectos disfuncionales presentes en la vida y funcionamiento del usuario y promover, en último término, el cambio que haga disminuir el malestar.

Para ello, en el Servicio, donde se atiende en la mayoría de casos a adolescentes, o preadolescentes y sus familias, en muchas ocasiones que han sido multiatendidas reiteradamente con experiencias diversas, generar esa relación es un paso imprescindible para poder, a continuación, llevar a cabo una intervención con un grado aceptable de éxito. Si se consigue crear un entorno seguro para todos los miembros del sistema terapéutico creado se podrá pasar de la queja a la demanda, plantear

un proyecto común con unos objetivos y trabajar para promover cambios, generalizarlos y consolidarlos en un futuro.

Pero no olvidemos que, además de las circunstancias ya descritas, los chicos y chicas atendidos en el Servicio se encuentran en una etapa del ciclo vital en la que todo lo que provenga del mundo adulto les va a generar mayoritariamente rechazo, unido a su voluntad de distanciarse y diferenciarse de ese mundo adulto. Por otro lado, muchos de los usuarios atendidos han tenido experiencias de dinámicas expulsivas con sus adultos de referencia, los cuales ante su necesidad han llevado a cabo respuestas de alejamiento y no de atención y contención. Así, en muchas ocasiones han generalizado esa expectativa ante la figura adulta como un elemento de no ayuda, de juicio, de incompreensión, lo que les impulsa a iniciar esa búsqueda en otros contextos, sobre todo en las relaciones con los iguales, coincidiendo con el movimiento natural de progresiva desvinculación del entorno parental de la etapa adolescente y la búsqueda de la autonomía. Por eso, el profesional debe ofrecer una alternativa de adulto diferente a las experiencias anteriores que haya podido vivir el chico, o la chica; un adulto que le acepte y valore, que sea sensible y atienda sus necesidades, y que pueda contener las emociones desreguladas y su expresión, recogerlas y validarlas sin emitir ningún juicio.

Y para todo esto, para poder generar ese vínculo con el adolescente y su familia, con el fin de poder crear un contexto terapéutico útil y donde se permitan abordar los aspectos disfuncionales que han motivado la intervención del Servicio es necesario, primero, evaluar y conocer ciertos elementos personales, relacionales, familiares, contextuales... que marcarán el punto de partida y el camino sobre el que construir esa relación y ese entorno seguro que permita trabajar las dificultades.

### Aspectos a Evaluar para Generar un Vínculo Terapéutico

Ante el inicio de cualquier relación, ya sea personal (de pareja, paterno-filial, de amistad...), o profesional (entre compañeros, con un superior, con un cliente...), ambas partes se encuentran ante un vacío, un desconocimiento del otro, pero a su

vez cada uno aporta un bagaje, una experiencia vital, unas características personales que afectarán de manera ineludible a la relación que entre ellos se establezca. Cuando se inicia un proceso terapéutico, se da la misma situación: ni el profesional ni los usuarios del servicio conocen a la otra parte. Así, la relación se crea desde cero y en la mayoría de los casos desde el mutuo interés por establecer esa relación, en la que depositan una serie de expectativas que les han llevado hasta allí.

En el Servicio de Atención a Menores Inimputables, tanto el menor de edad, como la familia citados, no han acudido, como se ha expuesto inicialmente, de manera voluntaria, por lo que a pesar de tener unas expectativas sobre lo que pasará en esa relación, éstas pueden ser negativas, o al menos no ajustarse a la realidad. Por otro lado, teniendo en cuenta que se trata de un chico, o chica en edad adolescente, el profesional y el espacio terapéutico será percibido como un procedimiento perteneciente al mundo adulto y, por tanto, afín a sus padres, por lo que es muy esperable que se den reacciones, en mayor o menor grado, defensivas, hostiles, o evitativas.

En esta primera fase de establecimiento de la relación, el profesional parte con una ventaja, ya que cuenta con información del menor de edad y, en ocasiones, también de su familia, como por ejemplo, la información de la documentación policial que motiva la intervención, o información facilitada por los Servicios Sociales que atienden a la familia. A pesar de ello, se trata de información insuficiente para poder asegurar el establecimiento de una relación segura y estable con ellos desde el inicio.

Así, a lo largo de los años de trabajo con adolescentes en el Servicio, hemos identificado diferentes elementos y características que puede ser útil conocer, tanto del propio profesional, como del usuario, en este caso centrándonos en el adolescente, ya que son de gran ayuda a la hora de iniciar el camino de la creación de una relación vincular con los chicos y chicas que atendemos. Y aunque pueda parecer sorprendente, se incluyen las características también del profesional, no sólo del chico o chica, ya que en toda interacción relacional, la bidireccionalidad es clave, todas las partes aportan algo a dicha relación, y pensar que el profesional es una tábula rasa que se presenta ante

el otro de manera aséptica, es un error en el que no se debe caer. No obstante, no se trata de identificar elementos en el otro y catalogarlos como positivos, o negativos para la generación del vínculo terapéutico; simplemente, el hecho de conocer los factores personales individuales y las experiencias relacionales previas de cada parte de la relación ayudarán a promover ciertas aproximaciones y que el otro las acepte más fácilmente que si utilizásemos las mismas técnicas para todas nuestras intervenciones.

Dada la importancia que se ha referenciado anteriormente del vínculo en un proceso terapéutico de éxito, señalándolo como elemento clave para la generación del cambio, se propone una etapa al inicio de dicho proceso en la que se exploren con el adolescente diferentes aspectos. El objetivo será el de poder iniciar, una vez identificados dichos elementos, la construcción de una relación lo suficientemente segura que permita, a partir de la conexión afectiva, abordar aquellos aspectos invalidados y negados que generan malestar con el fin último de promover y consolidar el cambio.

Los elementos que a continuación se presentan surgen a partir de las diferentes teorías de las que bebe el modelo de intervención del Servicio, así como de las que se establecen como base del Modelo de Vinculación Emocional Validante. Por ello, podrán identificarse aspectos, entre otros, de la Teoría del Apego, del modelo sistémico, o de la Teoría de la Mentalización.

### El Estilo de Apego

Tal y como se comenta al inicio del artículo, es de especial relevancia la definición del concepto de vínculo y la Teoría del Apego que hace Bowlby, así como los estilos de apego propuestos como diferentes patrones relacionales que establecen las personas en su infancia y que guiarán posteriormente sus relaciones interpersonales a lo largo de su vida. Dada la importancia atribuida al establecimiento de un vínculo seguro entre el profesional y el adolescente, así como a la creación de un espacio de confianza a partir del cual poder intervenir, resulta útil explorar qué tipo de apego puede haber desarrollado cada persona con el fin de ajustar las acciones de aproximación del profesional a las características de la misma. Si bien no es fácil determinar claramente el tipo de apego que pueden presentar los usuarios, pueden servir

como elementos de guía en el diseño de la primera parte de nuestra intervención, momento crucial para generar esa relación que permitirá, más adelante, abordar otros aspectos problemáticos.

Puede ayudar a dibujar qué estilo relacional predomina explorar, a partir de su relato sobre experiencias pasadas más o menos lejanas en el tiempo, episodios vividos como amenazantes..., qué percepción tiene el chico o chica de sí mismo, así como qué valoración hace de las figuras adultas de su entorno. Será diferente si percibe al adulto como una fuente estable de protección y disponible ante su necesidad, que si considera que él se percibe como autosuficiente ante la dificultad.

A continuación se presentan distintos estilos de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991) y sus implicaciones.

- El estilo seguro, a partir de la presencia de figuras de referencia consistentes que han respondido de manera sensible y coherente a las necesidades físicas y afectivas del bebé, o el niño, durante la primera infancia, proporciona una imagen positiva de sí mismo, así como de los demás. Esto permite generar relaciones estables y crear una base de confianza básica en la que puede alejarse de la figura de apego y buscar ayuda en ella en caso de amenaza.

Cuando este tipo de apego se da, son las mejores condiciones para el establecimiento de un nuevo vínculo óptimo, el cual facilitará la transmisión e intercambio de información significativa, favoreciendo, a su vez, el proceso terapéutico para el cual se pretende establecer dicho vínculo. En estos casos, la fase de vinculación se verá acortada en el tiempo y se podrá empezar a trabajar otros aspectos relacionados más directamente con el objeto de intervención.

- El estilo evitativo, o resistente, es consecuencia de una crianza en la que la atención del bebé, o niño, por parte del cuidador, o cuidadores principales, ha sido insuficiente y en la relación con éste se ha caracterizado por cierta frialdad, o distancia afectiva. En estos casos, la percepción de sí mismo es positiva, mientras que los demás son vividos como elementos poco confiables y generadores de desconfianza. Vivencian la separación con un alto nivel de angustia, pero cuando la figura de

apego vuelve a estar disponible, muestran conductas de rechazo y control hacia ésta.

En este caso, el adolescente ha aprendido a que debe ser autosuficiente para resolver, o encarar dificultades. Por esto, no vivirá bien una cercanía elevada por parte del profesional, aceptará mejor un acompañamiento en la distancia, respetando su espacio, pero mostrando la disponibilidad del otro para cuando la requiera.

- El estilo preocupado, se caracteriza por un cuidador principal que ha sido inconsistente en sus atenciones al bebé, alternando respuestas sensibles y coherentes con otras inconsistentes, o distanciadas, dando lugar a una respuesta también poco consistente por parte del niño ante la presencia del adulto. Éste se percibirá a sí mismo de un modo negativo, depositando la imagen positiva en el otro.

Si se detecta este estilo de apego en un adolescente es posible que muestre resistencia al acercamiento del profesional, pero se mostrará más receptivo que otros estilos de apego a la cercanía afectiva ante las dificultades y, si el acompañamiento del profesional lo percibe como consistente, es fácil que lo acepte ante esa necesidad de la presencia del otro.

- El estilo temeroso, dado su patrón de crianza desorganizado, mostrará dificultades para confiar en los demás por vivirlos como elementos hostiles, además de mantener una autoimagen también negativa. Esto dará lugar a serios problemas en las relaciones vinculares, cargadas de un alto nivel de miedo a éstas.

Este estilo de apego será el que mayor dificultad plantee al profesional a la hora de establecer esa relación terapéutica deseada, debiendo mostrar una disponibilidad consistente respetando el tempo que marque el individuo, explicitando sus intenciones de manera clara.

En la mayoría de los casos atendidos por el Servicio que se ha requerido llevar a cabo una intervención educativo-terapéutica por identificarse un riesgo de tener conductas fuera de la norma, los estilos de apego predominantes han sido el evitativo y el preocupado, en muchos casos concomitante con experiencias traumáticas en fases

tempranas del desarrollo, como situaciones de maltrato, abuso, o negligencia. En estos casos, es habitual que se den dificultades en la consolidación de la confianza básica con el profesional, dando lugar a la desconfianza de las intenciones del profesional, o a atribuir malevolencia a éste, o al "sistema". Todas éstas son variables que deben considerarse a la hora de construir la relación y plantear la intervención.

### Las Emociones y su Gestión

A lo largo de los años de trabajo con adolescentes con problemas de conducta (clínico o judicial), es sorprendente la cantidad de ellos que expresan que una de sus emociones más presentes es el enfado, y en muchos de ellos ha sido la expresión de dicha emoción, lo que ha generado el conflicto por el cual acuden, más tarde, al Servicio. Entendiendo que las emociones son el motor de nuestro comportamiento, es muy fácil pensar cómo se comportará una persona que el nivel de enfado, o rabia que vive, inunda la mayoría de las veces su día a día. Cuando esto es expuesto por un adolescente al que estás conociendo, es interesante ahondar en qué es aquello que le pone tan furioso, pudiendo trabajar sobre experiencias previas en que se ha sentido así, actuando ese enfado y generando graves conflictos con otros.

Es recomendable evaluar cuáles son las emociones que experimenta un adolescente, así como si se trata de una emoción regulada, que puede identificar y expresar adaptativamente; una emoción desregulada, que identifica correctamente, pero su expresión no es adaptativa; o una emoción invalidada. En caso de tratarse de una emoción invalidada, ésta no será identificada correctamente, probablemente no exista en su imaginario emocional como consecuencia de haber sido descalificada, o desconfirmada como emoción no adecuada, en sus relaciones primigenias.

Así, es imprescindible a la hora de establecer un vínculo terapéutico con una persona identificar si existe alguna emoción invalidada, o desregulada y es, a partir de esa base, sobre la que construir esa relación, ese vínculo seguro que buscamos entre el profesional y el adolescente, donde un elemento clave es el reconocimiento, aceptación y validación de aquellas emociones que siente, pero que nunca han sido recogidas por las figuras de apego referentes a lo largo de su vida. Es prioritario llevar

a cabo esa validación emocional para poder crear un espacio seguro donde pueda, más adelante, expresarlas, sentirlas recogidas, reinterpretadas y aceptadas sin ser juzgado.

Un chico, en una de las primeras sesiones, relataba un episodio en el que agredió a su madre cuando ésta le dijo que le había dejado comida en la nevera porque ella se iba a comer con su pareja y no estaría para comer con él. El chico explicaba que fue a la nevera y tiró la comida que le había preparado al suelo, comenzó a pegar patadas y puñetazos al mobiliario y acabó por zarandear a su madre hasta que ésta abandonó el domicilio para evitar el conflicto. Él, inicialmente, vinculaba su reacción con su enfado porque la comida que le había dejado su madre no era lo que le apetecía comer. Tiempo después, retomando aquel episodio, el chico pudo ver que el motivo real de su reacción fue el miedo que sentía ante la nueva relación que había comenzado su madre y la posibilidad de que le dejara de querer por tener pareja. En este caso, el miedo podría identificarse como una emoción invalidada durante su infancia, cuando su madre le repetía que tenía que ser valiente y no podía tener miedo, y él utilizó la ira en su lugar, expresándola además de manera totalmente desadaptativa.

### Las Dimensiones de la Mentalización Predominantes y el Estilo Prementalizador

Otro elemento relevante a valorar es la función reflexiva, la mentalización, entendida como la capacidad exclusivamente humana que se desarrolla desde los primeros meses de vida de interpretar el comportamiento propio, o de otros, considerando sus estados mentales (Bateman y Fonagy, 2016) y que depende de factores relacionados con los procesos de socialización con los adultos significativos. Dicho mecanismo es relevante en tanto en cuanto permitirá al individuo conocer "lo que está pasando en la mente del otro" a través de su comportamiento y facilitará, a su vez, la comprensión de la propia experiencia, estando íntimamente relacionado con la competencia emocional y social, el control de la atención y la autorregulación afectiva y conductual.

La base para un proceso de mentalización eficaz es el equilibrio de las 4 dimensiones de mentalización, la flexibilidad para balancear entre los polos de estas dimensiones.

- Mentalización Automática (proceso rápido y reflejo) vs. Mentalización Controlada (proceso lento y serial). En situaciones de estrés elevado y ansiedad se activan los procesos automáticos y, en caso de requerir un proceso controlado, pueden aparecer errores de comprensión si no se da en un entorno de apego seguro.
- Foco de mentalización en los estados del otro vs. Foco de mentalización sobre uno mismo. Si el foco se encuentra en el otro, el individuo carece de capacidad de comprensión de su propio funcionamiento y puede verse sobrecargado por la experiencia de otras personas, mientras que si hipermentaliza su propio estado, su capacidad para percibir los estados ajenos puede verse mermada.
- Mentalización interna vs. Mentalización externa. Si predomina una mentalización externa, existe una mayor sensibilidad a las observaciones y percepciones externas, mostrando gran vulnerabilidad al contexto, mientras que si predomina una mentalización interna, se atribuye un mayor peso a los juicios hechos respecto a elementos internos tanto propios como ajenos.
- Foco Cognitivo vs. Foco afectivo. La mentalización cognitiva está relacionada con la capacidad de comprensión y reflexión sobre los estados mentales, mientras que la mentalización afectiva supone la capacidad de comprensión de los sentimientos que acompañan a los estados mentales. Situar en el polo cognitivo, implica baja empatía emocional y riesgo de hipermentalización; el polo afectivo supone un riesgo de contagio emocional e hipersensibilidad a las reacciones emocionales de los otros.

Es importante analizar en los primeros encuentros con los adolescentes en qué polo de las cuatro dimensiones tienden a posicionarse predominantemente, la capacidad de mentalizar que presentan, así como identificar en qué situaciones suelen perder esta capacidad, ya que suele verse afectada en situaciones de alta activación emocional y del apego. Prestar atención a

los relatos que hacen de situaciones afectivamente significativas (mayoritariamente si les generan malestar) puede ayudarnos a identificar el grado de mentalización del adolescente y cuándo aparecen los errores de mentalización, qué los activa, cómo se desarrollan... Es interesante pedir que describan la situación como si de una película se tratara e intentar activar la mentalización del otro, tanto en el momento temporal en el que transcurre la escena, como en el momento actual de la sesión, más alejado del impacto emocional. Con esta información se puede identificar qué estilo prementalizador predomina en su funcionamiento y trataremos, sobre todo en el inicio de la construcción del vínculo, de neutralizarlo y, en la medida de lo posible, señalarlo. Existen tres errores de mentalización:

- ➔ La equivalencia psíquica: consiste en experimentar los pensamientos como si fuesen coincidentes con la realidad, conduciendo a la "concreción de pensamiento", en la que la perspectiva propia es la única válida. Si presenta este estado prementalizador como predominante, estaremos ante un chico, o una chica que tenderá a la interpretación de las intenciones del otro, por lo que el profesional deberá ser muy explícito en sus intenciones, dejar "ver lo que piensa" para que el otro pueda comprobar su sinceridad en la relación y crear así una relación basada en la confianza.
- ➔ El modo teleológico: se trata del sesgo mentalizador en el que los estados mentales son sólo reconocidos y validados en base a la presencia de resultados observables físicamente. En caso de ser este error el más recurrente, el adolescente exigirá actos observables para comprobar la veracidad de aquello que se le propone u ofrece. Saber balancear esa exigencia hacia el profesional de que actúe, o haga cosas como demostración de algo, entendiendo esa necesidad como paso previo a la generación del vínculo, puede ser una estrategia adecuada.
- ➔ El modo simulado: en este caso, los pensamientos y emociones no se corresponden con la realidad, sin que exista una conexión entre el resultado cognitivo de la mentalización y los sentimientos del sujeto/individuo. Este modo podría ser el más

complicado cuando el propósito es generar una relación de confianza con quien lo presenta, ya que lo que expresa verbal, o relacionalmente, no tiene una conexión clara con lo que piensa y siente en realidad, no es genuino, por lo que es difícil hacerse un planteamiento de cómo es su funcionamiento personal.

### Los Roles Recíprocos

Otro aspecto que se considera relevante tener en cuenta es el repertorio relacional que trae cada uno de los adolescentes que atendemos. Poder identificar los patrones relacionales que forman parte de su repertorio personal y que, en ocasiones, pueden resultar disfuncionales, nos ayudarán a plantear nuevas dinámicas relacionales, alternativas a las que él mismo trae aprendidas desde la infancia, pudiendo ampliar así su concepción de las relaciones interpersonales.

Muchos de estos patrones relacionales instaurados tienen carácter dicotómico y circular, es decir, cuando una de las partes actúa con un rol concreto, la otra parte responde actuando el rol complementario, sosteniendo así el binomio de roles inicialmente planteados. Así, se crean esquemas relacionales en que una persona se relaciona en base a esos patrones, pudiendo ocupar cualquiera de los dos roles relacionados. Estas diadas de roles han sido incorporadas a partir de experiencias relacionales, vivenciadas u observadas, en la infancia y con las figuras adultas significativas a lo largo de su desarrollo, por lo que constituyen el esquema relacional de cada persona. El poder identificar estos patrones relacionales pueden ayudar al profesional a no bailar al son de la música que propone el adolescente, ya que estaría ayudando a reforzar y confirmar ese estilo relacional. El profesional, una vez identificado ese juego y valorándolo como disfuncional, debe responder de manera alternativa a lo esperado por el adolescente, ofreciéndole así una nueva manera de relacionarse que amplíe su espectro de actuación e interacción con el otro, otorgando flexibilidad en sus respuestas ante los estímulos que se presenten.

### El Tipo de Violencia Ejercida

Uno de los motivos principales por los que un adolescente es atendido desde el Servicio es la presencia de, al menos, una conducta

externalizante fuera de la norma. El análisis de dicha conducta, así como de otras que pueda relatar él mismo, los familiares, u otros servicios, será otro elemento que podrá ayudarnos a construir esa relación vincular imprescindible para desarrollar después un proceso terapéutico de éxito. Se trata de conductas desadaptativas que suelen cumplir una función de expresión disfuncional del malestar, ya que conllevan consecuencias negativas para quien las mantiene y quien se ve afectado por ellas. Un elemento presente suele ser la violencia y, si podemos explorar de qué tipo de violencia se trata y la función que desempeña, nos ayudará a acercarnos a la experiencia subjetiva del chico o chica, comprenderla y mostrarnos sensibles a ella.

Podemos explorar el momento de aparición de esas conductas externalizantes, el inicio de la violencia, y su evolución (si se mantiene en el tiempo, o si se ha ido diversificando). Será diferente si aparece ya durante la primera infancia, o si se da desde la entrada en la etapa adolescente. También es relevante en qué contextos se suele dar, qué elementos la desencadenan y qué pretende conseguir con dichos comportamientos. Estos aspectos motivacionales nos permitirá ver si se trata de una violencia reactiva, como respuesta a un elemento que se interpreta como amenazante y que actúa como desregulador emocional, o de una violencia instrumental, en la que se utiliza esa conducta como herramienta para conseguir un fin secundario.

En caso de predominar los elementos reactivos podremos tratar de establecer una relación vincular basada en la sintonía afectiva con el adolescente, ya que se tratará muy probablemente de un chico, o chica, con alta sensibilidad emocional, alta impulsividad y poca capacidad de autorregulación. A pesar de tender a interpretaciones de hostilidad en las relaciones, si se construye una relación segura aceptará el acompañamiento afectivo del adulto.

Si se trata de un adolescente con conductas violentas instrumentales, quizás sea conveniente intentar establecer esa relación basada, no tanto en elementos afectivos, menos presentes en este grupo, sino más centrada en la demanda de trabajo conjunto que se establezca. Es posible que aparezcan rasgos de insensibilidad emocional en estos chicos, en mayor o menor medida, aspecto

que también debe estar preparado el profesional para aceptar y manejar.

Por último, analizar la funcionalidad de estos comportamientos violentos también puede ayudar al profesional a, limitando dicha conducta, mostrarse sensible a sus necesidades, validándolas y ofreciéndole alternativas más prosociales para conseguir dichos objetivos a partir de la relación terapéutica segura entre ellos.

### Las Soluciones Intentadas

Otro elemento importante a tener en cuenta para saber qué estrategia seguir ante la necesidad de la creación de una relación terapéutica con el adolescente es conocer cuál ha sido su experiencia en el mundo terapéutico y en las relaciones de ayuda. Es lo que la Terapia Breve Estratégica denomina "soluciones intentadas". Como se comentaba anteriormente, el espacio terapéutico es percibido en la mayoría de los casos como un entorno adulto y, por tanto, cercano a sus padres, lo que de por sí les genera rechazo. Además, recordamos que al Servicio de Atención a Menores Inimputables nadie asiste movido por un interés propio, sino que son reclamados por la institución ante el conocimiento de una conducta fuera de la ley.

Muchos de los chicos y chicas que se atienden en el Servicio han pasado por diferentes servicios (psicoterapéuticos, asistencia en el ámbito social, orientación escolar...) y algunos de ellos han tenido experiencias previas satisfactorias y otros no. La experiencia nos dice que es interesante conocer cómo han vivido dichos procesos y, más allá de la vivencia subjetiva propia, qué consideran que ha ocurrido para que esa experiencia sea vivida como tal. El objetivo último de conocer esta información es poder hacernos una idea de qué de lo ofrecido por otros profesionales le ha servido y qué no, para poder tenerlo en cuenta en la construcción de la relación que le ofrecemos nosotros.

Una chica, al final de la primera entrevista de valoración con la psicóloga, después de hacerle la devolutiva en la que se señalaron aquellos aspectos que le preocupaban y por los que le proponía iniciar un acompañamiento educativo con una educadora del Servicio, se negó rotundamente a seguir. Ella mostraba su acuerdo con aquello que se le señaló y el malestar que sentía, pero no quería seguir con el

proceso. Ella argumentó su decisión diciendo que ya había ido a un psicólogo y que no le había servido para nada, que fue una pérdida de tiempo. Cuando la psicóloga le preguntó que le hacía pensar que fue una pérdida de tiempo, ella relataba horas de sesiones con figuritas geométricas de plástico con las que le hacía jugar como si fuera una niña pequeña, y eso no le ayudaba con sus problemas. Finalmente, la psicóloga validó cómo pudo sentirse en esa situación que describía y le ofreció probar una primera sesión con la educadora del Servicio. Le aseguró que no jugaría con figuritas y que con ella hablarían sobre sus problemas; eso sí, le advirtió que esa educadora solía utilizar rotuladores de colores para escribir cosas y que, si eso le iba a incomodar, podía pedirle que no los llevara a sesión. La chica aceptó el uso de los rotuladores y asistir a una primera sesión con la educadora, con la que finalmente se pudo llevar a cabo el proceso de acompañamiento educativo y con resultados positivos.

Éste es un ejemplo muy gráfico de cómo, algo que suponía una barrera para la aceptación de la relación de ayuda por una experiencia previa negativa, pudo tenerse en cuenta, atenderse y salvarse para poder facilitar la construcción de otra relación, situando a la adolescente en el plano menos infantil que ella reclamaba.

### El Juego de Poder

Los juegos de poder hacen referencia a la manera en que los miembros de un sistema reaccionan, en base a su organización, ante el efecto de los estímulos externos sobre dicho sistema (Abeijón, 1987). Así, el cómo una familia se manifiesta, o posiciona, al inicio de un proceso terapéutico ante el profesional y cómo plantea la situación problema que les ha llevado hasta allí muestra, a su vez, su funcionamiento como sistema y sus estrategias para mantener el equilibrio que se ve amenazado ante la entrada de un nuevo elemento, como es el profesional que les convoca. Con dichos movimientos, la familia pretende incluir al profesional en la dinámica relacional que ha mantenido la homeostasis hasta el momento y, por tanto, es de vital importancia poder identificarlos con el fin de no reproducirla, ya que se trata de trampas para el proceso, que en vez de promover el cambio, perpetuarían el problema. Si estamos atentos a estas señales, detectando cómo las

familias, o los diferentes miembros de éstas, plantean los problemas, las cuestiones a abordar en la intervención pueden ayudar a trabajar en la dirección adecuada para generar un vínculo terapéutico.

1. La Urgencia: “La única opción que hay es hacer algo ya, sin perder el tiempo”.

En este caso, se presenta el problema como una situación de alta carga negativa y que requiere una actuación inmediata ante muy previsibles consecuencias dramáticas en caso de no resolverse, reclama una implicación absoluta del profesional y respuestas observables que le certifiquen que se está haciendo algo con respecto al problema que motiva la intervención.

Este tipo de respuesta puede darse en personas que no son capaces de soportar la situación que están viviendo y que buscan una solución a corto plazo. Este estilo de afrontamiento suele darse, si analizamos la historia de gestión del problema, en familias intermitentes en otros procesos terapéuticos, que un día presentan la situación como urgente de necesidad ante previsiones gravísimas y, poco después, manifiestan que la cosa ha mejorado y rechazan cualquier propuesta de intervención. En estos casos, si el profesional asume esa urgencia, basándose únicamente en el relato del usuario, sin contrastar la situación con datos objetivos y llevando a cabo el análisis necesario, probablemente se vea inmerso en una relación extremadamente demandante por parte de la familia y formando parte de dinámicas ciclotímicas, siguiendo los vaivenes del sistema.

2. La Delegación: “Usted dirá qué es lo que tenemos que hacer”.

Este estilo de presentación responde a la fantasía de que el profesional va a resolver el problema sin necesidad de que los implicados tengan que hacer nada ni esforzarse por llevar a cabo dicho cambio. Estos casos podrían traducirse como un intento de desvinculación por parte de la familia de su responsabilidad ante la situación problema, depositándola totalmente en el profesional, que además es

quien les ha citado. Así, se sitúan ajenos al proceso de cambio y delegan la búsqueda de soluciones en el profesional, que, si asume ese rol y se coloca en una posición up, o de experto, en el sistema terapéutico, estará aceptando ese juego relacional al que la familia le invita, lo que les permitirá aceptar, o rechazar, sus propuestas de intervención como elementos no implicados en la situación problemática.

3. La Dramatización: “Tenemos muchos problemas y no podemos estar así más tiempo”.

Este tipo de situación suele presentarse como un cúmulo de situaciones dramáticas, de extrema gravedad, presentadas con gran desesperación y gran carga emocional por quien las expone y que pretende incluir al profesional en esa dinámica de respuestas de urgencia ante situaciones imposibles. Si el profesional entra en dicha dinámica, este estilo produce un efecto multiplicador de la gravedad del diagnóstico y se verá empujado a tomar también medidas de envergadura “agrandada”. Esta reacción suele promover la incapacidad de la familia de gestionar la situación y, más allá de promover el cambio, sostienen y refuerzan el sentimiento de imposibilidad que manifiestan inicialmente.

4. El Pseudoacuerdo: “Estoy de acuerdo en trabajar esto, pero ya que estamos...”

En este caso, bajo la formulación de un único problema que se relaciona con el motivo de la intervención iniciada, confluyen diferentes matices sobre éste y motivaciones de cada uno de los miembros. Normalmente, estas motivaciones secundarias de los diferentes miembros del sistema no se manifiestan abiertamente y suelen estar relacionadas con cambios que esperan en otras personas, no suelen tener que ver con aspectos a cambiar de sí mismos, aunque dicho cambio sí les reportaría algo positivo a ellos. En este caso, si el profesional no presenta un encuadre claro de la intervención y explícita con todos los miembros del sistema el objetivo de dicha intervención, generando una demanda conjunta acordada entre todos, será fácil que

se dé esta circunstancia, que afectará de manera negativa al proceso terapéutico.

5. El Ausente: "Ella no puede venir, pero me ha dicho que cuando viniera le diga que ...

Cuando se da esta situación, se detecta que alguno de los miembros del sistema familiar, bien muestra su rechazo a participar de las sesiones, ya sea de manera explícita o encubierta, bien es expulsado del sistema terapéutico por alguno de los miembros. A pesar de ello, en estos casos se puede observar el efecto de éste, pese a su ausencia durante el proceso terapéutico, normalmente además con connotaciones negativas para la consecución de los objetivos, por lo que el profesional deberá trabajar para incluirlo de manera real, o figurada, en el sistema terapéutico.

Estos elementos son algunos de los que, teniéndolos en cuenta, podrán facilitar el establecimiento de la relación de confianza señalada al inicio como imprescindible para llevar a cabo un proceso terapéutico de éxito. Como se ha comentado anteriormente, a pesar de que la descripción de dichas características han sido desarrolladas en relación con el adolescente, pueden, y deben ser analizadas, en la medida de lo posible, en relación a todos los miembros del sistema terapéutico, ya sean familiares del chico o chica, o el propio profesional, ya que la circularidad de la relación hace que se pongan en juego las propias de cada miembro del sistema creado.

Para conseguir nuestro propósito existen multitud de técnicas que no son objeto de este artículo, pero enunciaremos algunas estrategias que a lo largo de nuestra experiencia nos han sido útiles para esta tarea.

Recogiendo la idea inicial de presentarse como un adulto diferente, así como mostrar el espacio terapéutico también como un espacio diferente al que el adolescente espera, es importante que el profesional sea genuino en sus intervenciones. A partir de la reflexión sobre su persona y su repertorio, debe identificar qué puede hacer para resultarle sorprendente, para ofrecerle una nueva experiencia relacional que le resulte lo suficientemente cómoda y segura para que acepte, más adelante, abordar aquellos aspectos que le generan sufrimiento y que posiblemente no haya

expresado en otro contexto.

Para conseguir esto, también es importante mostrar curiosidad por el adolescente, por sus intereses, por sus sentimientos, por sus reflexiones. Hay que recordar que en el momento en el que se encuentra está a medio camino entre el mundo infantil y el mundo adulto, y muchas veces se sienten desubicados y no atendidos por no pertenecer a ninguno de esos dos mundos. Darle un espacio para que él, o ella, se sienta reconocido puede resultarle sorprendente, pero a la vez interesante. Esta primera fase podría considerarse una inversión, es la construcción de la base de la relación que ayudará al desarrollo futuro de la intervención. Esto permite, además de conocer al adolescente, clave como se ha expuesto para poder guiar nuestra intervención, que el profesional se muestre como alguien que lo reconoce como individuo, alguien confiable.

Por último, resaltar una técnica propuesta por el modelo sistémico estructural (Minuchin, 1982), la Acomodación, considerada un punto de partida clave en la que se juega en gran parte el éxito, o fracaso de la intervención, permitiendo la aceptación del profesional por parte del resto del sistema terapéutico. Dicha técnica hace referencia al proceso de ajuste del profesional al usuario, o sistema familiar atendido, y tiene como objetivo sintonizar con ellos. Esto se puede llevar a cabo mostrando interés sobre aspectos relevantes para ellos como se comentaba antes, incluyendo en su discurso elementos del lenguaje familiar, o personal de ellos... Se trata de poder conectar con el adolescente y su familia con el fin último de que accedan a asistir a la siguiente sesión, en la que se continuará construyendo el sistema terapéutico y generando una relación vincular segura.

## Conclusión

Con este recorrido por diferentes aspectos individuales y relacionales se ha pretendido dar una aproximación a qué elementos explorar y tener en cuenta a la hora de emprender el camino de la generación de una relación vincular terapéutica con un adolescente y su familia. Si bien esta guía podría ser útil para cualquier profesional que se encuentre en ese punto inicial de la relación, adquiere mayor relevancia y, por lo tanto requiere un mayor grado de atención y dedicación, cuando

esta situación se da en un servicio que desarrolla su intervención a partir de una ausencia de motivación inicial de la persona para asistir y participar de ella.

Cualquier intervención tendrá mayor probabilidad de éxito si se sustenta en una relación segura y de confianza entre el profesional y quienes forman el sistema terapéutico, permitirá abordar aspectos problemáticos y que generan sufrimiento

y, por tanto, promoverá el cambio de dichos aspectos. Si nos anticipamos y evaluamos características y dinámicas relacionales de quien atendemos y con quien tenemos que trabajar, nos será más fácil desarrollar una relación que ayude al objetivo terapéutico y, por tanto, a la mejora de la situación problemática que ha llevado al adolescente y su familia a nuestro servicio.

## Referencias

- Abeijón, J. A. (2013). Patología de la demanda. *Mosaico. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 5(4), 62-75.
- Abeijón, J. A. (1987). Los sistemas en la demanda del toxicómano. *Rev. Comunidad y Drogas*. Monografía nº 1.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among Young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Desclée De Brouwer.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata
- Csibra, G. y Gergely, G. (2011). Natural Pedagogy as Evolutionary Adaptation. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 364(1567), 2359-2367.
- Escudero, V (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 247-259.
- Estalayo, A. (2017). *Modelo de vinculación emocional validante: una propuesta de intervención para contextos de justicia juvenil y acogimiento residencial específico*. [Tesis de Doctorado]. Universidad de Deusto.
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. En Coletti, M. y Linares, J.L. (Eds.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Paidós Terapia Familiar.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los Derechos y las Oportunidades en la infancia y la adolescencia.
- Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal del menor.
- Mauri, LL., Tió, J. y Raventós, P. (2014). *Adolescencia y transgresión: La experiencia del Equipo de Atención en Salud Mental al Menor (EAM)*. Octaedro.
- Minuchin, S. (1982). Formación del sistema terapéutico. En Minuchin, S. (Ed.). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Prochaska, J.O, Di Clemente, C.C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Sadurní, M. y Rostán, C. (2004). La importancia de las emociones en los períodos sensibles del desarrollo. *Infancia y Aprendizaje*, 27 (1), 105-114.

# El Lugar del Vínculo en las Relaciones Terapéuticas en Instituciones de Justicia Juvenil (La Vida más allá de la Institución–Corporación)

Ricardo Fandiño Pascual

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica

Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e a Adolescencia

[rfandino@uvigo.es](mailto:rfandino@uvigo.es)

## Resumen

Los profesionales que trabajan en instituciones con jóvenes infractores se enfrentan cotidianamente a dos demandas superpuestas; por una parte, deben controlar la conducta de los adolescentes y por otra favorecer su maduración personal. En este conflicto son frecuentes las contradicciones entre las exigencias de la propia institución y las necesidades de los usuarios de esta. Para afrontar este reto el trabajo desde el vínculo terapéutico emerge como una oportunidad evolutiva para el adolescente, emancipatoria para el profesional y renovadora para la institución.

*Palabras clave:* justicia juvenil, intervención terapéutica, vínculo, gestión emocional, instituciones.

## Abstract

Professionals working in institutions with young offenders face two overlapping demands on a daily basis; On the one hand, they must control the behavior of adolescents and, on the other, promote their personal maturation. In this conflict, contradictions between the demands of the institution itself and the needs of its users are frequent. To face this challenge, work from the therapeutic bond emerges as an evolutionary opportunity for the adolescent, emancipatory for the professional and renovator for the institution.

*Keywords:* youth justice, therapeutic intervention, bonding, emotional management, institutions.

## La Institución de Justicia Juvenil como Contexto de Intervención Terapéutica

Las instituciones de justicia juvenil son medios estables y estructurados con los que una sociedad maneja necesidades, relaciones, conflictos y problemas recurrentes protagonizados por adolescentes, proporcionando marcos normativos para la conducta. Es la institución misma la que tipifica tanto a los sujetos individuales como sus conductas. La diferenciación en el tratamiento social e institucional de las infancias y la sucesiva aparición de la categoría del menor, que se dan con la emergencia de las sociedades industriales, están ligadas a necesidades más generales de control social de la adolescencia (Sitara, 2013).

Trabajar en una institución de justicia juvenil es sumergirse en lo que Díaz-Masso (2017) denomina una pragmática de la fragilidad humana. El análisis reflexivo de nuestro día a día nos permite revisar la realidad de lo institucional en nuestro contexto social y su traslación a la relación con aquellos que más necesitan de las instituciones como dispositivos compensatorios de su fragilidad y como referentes estructurantes. Nombrar la fragilidad es nombrar la condición humana que nos hace diferentes los unos de los otros, hablar de lo que no se puede, aceptar lo que no se alcanza. Vemos como la respuesta institucional ante lo humano está con demasiada frecuencia presidida por el principio de rendimiento e igualdad, una práctica donde las respuestas anteceden a las preguntas. Desde ese lugar nos inundan con protocolos, planes de calidad y profesionales intercambiables, sin tiempo para la palabra sentida, ni espacio para la emoción compartida. Abundan las fórmulas organizativas que no tienen en cuenta las dinámicas internas fruto de las historias institucionales y de la relación con su entorno, colapsando la posibilidad de pensar en común de los profesionales y cerrando las vías del reconocimiento (Bossé y Solé, 2017).

En las instituciones que trabajan con adolescentes infractores es cotidiana la tensión entre la institución-dispositivo de control social y la institución compensadora de necesidades, la institución de seguridad frente a la institución terapéutica. Hablamos de fragilidad humana cuando hablamos de justicia juvenil, lo cual plantearía una

paradoja irresoluble si asumiéramos una perspectiva comportamentalista en la que la delincuencia juvenil tiene más que ver con un exceso al que poner límite que con una carencia que debe ser compensada. Sin embargo, sabemos que ambas funciones, la de límite y la de cuidado, han sido fallidas en las relaciones vinculares dañadas que aparecen como antecedentes en la mayoría de las anamnesis que realizamos al ingreso de un menor infractor en el centro. En sus historias, con mucha frecuencia, el maltrato y/o abandono en sus diferentes formas son fácilmente rastreables.

Los centros de menores de justicia juvenil son *instituciones totales* en el sentido en que las define Goffman (2008): lugares de internamiento donde todos los aspectos de la vida se desarrollan dentro de un mismo espacio y bajo una misma autoridad, formando parte de un grupo de iguales sometidos a un mismo trato y con actividades estrictamente programadas para conseguir el objetivo propio de la institución. Los profesionales que trabajan en dichas instituciones están sometidos consciente y/o inconscientemente a un ideario de control que tiene por objetivo central la supervivencia de la propia institución. Tanto la transgresión del menor, como la capacidad del profesional para pensar más allá de los márgenes delimitados corporativamente, pueden ser interpretados en términos de ataque a la institución que debe pervivir inamovible más allá de sus habitantes. Es por ello común que el profesional pueda sentirse particularmente limitado a ejercer una labor de control sobre el menor infractor, que resulta necesario, pero es muy insuficiente desde una perspectiva educativa y terapéutica. Nos hallamos ante la paradoja de que el fracaso singular de cada adolescente en ese programa institucional es lo que se convierte en una oportunidad de evolución colectiva (Ansermet y Sorrentino, 2015).

Cuando en instituciones del ámbito de justicia juvenil, caracterizadas por un ambiente muy estructurado en cuanto a normas, horarios y actividades, ingresa un joven infractor, cuyo comportamiento en un contexto normalizado ha sido lo suficientemente malo como para necesitar de una intervención judicial, comprobamos que en la mayoría de las ocasiones la parte más sencilla del trabajo es conseguir que el chico "*se porte bien*". La parte difícil comienza más allá de la conducta,

cuando nos cuestionamos qué es lo que el joven piensa, qué es lo que siente, cuáles son sus deseos, cuáles sus miedos, de dónde viene, a dónde quiere ir, o a dónde puede ir. La cuestión de la identificación del problema (el desarrollo de la personalidad del adolescente) con la parte visible del problema (el comportamiento del adolescente) tiene fuertes implicaciones a la hora de definir cuál es el tratamiento y con qué objetivo planteamos el mismo. Si centramos nuestra mirada únicamente en la problemática comportamental, nuestro objetivo será que el joven “*se porte bien*”, de acuerdo con lo que institucionalmente establecemos como tal. Se trataría entonces de un aprendizaje de las estrategias de control de la conducta adecuadas al contexto. Sin embargo, si tenemos una visión más amplia del problema, en la que el desarrollo de la personalidad está en juego, nuestra intervención deberá incluir el abordaje de la problemática evolutiva, afectiva y relacional, además de la comportamental del chico o chica en cuestión. Un abordaje meramente comportamental en contexto institucional puede llegar a generar una confusión entre el *dentro* y el *fuera* de la propia institución, no llegando a generalizarse nunca a otros espacios vitales del sujeto la “*buena conducta*” en el centro, apoyada en un rígido sistema de recompensa-castigo. La integración de la norma es un paso a nivel de maduración psicosocial y moral que va más allá del sometimiento. Esa mirada única dirigida al interior del centro de menores, descontextualizando al sujeto de la intervención de sus relaciones vinculares y sociales con el entorno, estarían al servicio de una estrategia propia de “*castigar a los pobres*”, tal y como es descrita por Wacquant (2012).

Nuestro trabajo es un “*trabajo sobre los otros*” en el sentido que le da Dubet (2013), diferente de un trabajo productivo, ya que resulta difícil de objetivar y evaluar. La cualificación del profesional no sólo moviliza conocimientos y disposiciones personales, sino que afecta a tres dimensiones personales: el conocimiento del oficio, el rol en la institución y la propia personalidad. Ante esta realidad, la práctica profesional que propondremos en este artículo es la de un trabajo para la maduración, para el crecimiento y la humanización. Un trabajo artesano y con capacidad emancipatoria como estrategia rebelde frente al trabajo en la institución-corporación para adolescentes.

Sólo desde el interrogante acerca de nosotros mismos podemos responder al interrogante que nos lanzan los adolescentes; ¿es posible la adultez? En un contexto social en el que la adolescencia se ha convertido en la edad predominante, invadiendo el tiempo de la infancia y de la adultez, solo la presencia del adulto puede orientar al joven en su desesperanza. Si a la adolescencia le sigue la adolescencia no hay proceso evolutivo ni futuro posible. El presentismo y el riesgo extremo aparecen entonces como la única forma de estar vivos al filo de la muerte. Frente a ello el adulto representa un horizonte imperfecto y, por lo tanto, posible. La institución de profesionales-adultos es una institución abierta al otro, que se hace cargo de su hacer y de su no hacer, que explora lo posible y asume lo imposible, que acepta la ganancia y la pérdida, que está en permanente proceso creativo. A estos conceptos necesitamos agarrarnos frente al totalitarismo de la institución-corporación, para superarla y trascenderla. En esta misión debemos hermanarnos los profesionales, sabedores de que uno solo no puede.

### El Vínculo y la Emoción en el Desarrollo de la Problemática del Menor Infractor

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos somatopsíquicamente, reactivo a una vivencia subjetiva influida por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo al entorno. Es un estado que sobreviene, que nos invade, que deja huella mnésica ligada a la experiencia. No hay sujeto social, si no hay sujeto emocional, entendiendo el sujeto social como aquel que considera la necesidad de otro en su vida, con el que comparte vivencia y experiencia.

Dice Victoria Camps (2012) que llegar a conocer las propias emociones y aprender a administrarlas significa adquirir una competencia emocional absolutamente necesaria para la integración social y laboral. Sin embargo, vemos que predomina en nuestros entornos profesionales una primacía de lo cognitivo y lo comportamental sobre lo emocional, que tiene considerables repercusiones, no sólo sobre el propio sistema institucional, sino también sobre la percepción que los profesionales tienen

acerca de qué es lo importante en el trabajo con los adolescentes. Así, se ha desarrollado un auténtico furor cuantitativo, primando contenidos de carácter operativo, productivo, mientras que los contenidos de corte reflexivo, creativo y elaborativo que tengan como objetivo el conocimiento de la propia realidad y la del entorno, son considerados secundarios, o paulatinamente eliminados de los proyectos de intervención.

Otto Kernberg (1998) nos plantea una idea que será determinante en la intervención con adolescentes en conflicto desde los diferentes programas, proyectos e instituciones: el elemento humano personal es un factor fundamental del proceso terapéutico. El profesional no puede ayudar a crecer al joven como ser humano si no siente por este auténtico respeto y preocupación. El joven recibe la influencia de lo que el profesional hace y de lo que el profesional es. El hecho de que pueda confiar en él como persona real dispuesta a comprenderlo y ayudarlo, como un objeto bueno real en contraposición con sus distorsiones transferenciales, es de importancia decisiva para el tratamiento. Tratar a los adolescentes y a los profesionales como sujetos anónimos y sustituibles suprime las diferencias y la singularidad, haciendo desaparecer la noción temporal que condena de este modo a la institución a la repetición (Ansermet y Sorrentino, 2015).

Siguiendo a Rof-Carballo (2000), una causa esencial del acto delictivo podría hallarse en lo que denomina "urdimbre afectiva", entendida como el entramado que pone en relación los aspectos constitucionales del sujeto y las condiciones de su crianza, por lo cual la subsanación requerirá una reedición del proceso constitutivo a través del proceso terapéutico. En ese mismo sentido Aichhorn (2008) insistió en que era posible, con adolescentes infractores, el establecimiento de una relación transferencial donde poder reelaborar antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos, a través de la que poner límite a las conductas trasgresoras y permitir el cuidado de los jóvenes, partiendo de la hipótesis de una carencia afectiva originaria, pero lejos de actuar por sentimentalismo e idealización. También cabe decir que la maniobra transferencial con el adolescente en conflicto es compleja, por la dificultad contratransferencial en la que entran en

juego los sentimientos y deseos conscientes e inconscientes del profesional proyectados sobre el chico, así como por las tendencias a evacuar lo agresivo en las instituciones. Parece razonable que lo terapéutico en la institución aparezca como un espacio privilegiado donde el joven pueda establecer una narrativa de sí mismo y encontrar un referente adulto que lo acompañe en el proceso de intentar la adultez.

Una visión más holística de la problemática del adolescente infractor necesita, por parte de los profesionales implicados en el tratamiento, un cuestionamiento profundo sobre cuáles son las funciones a desarrollar en el trabajo con los jóvenes. Algunas de estas podrían ser:

- Ofrecer al adolescente contención, según el concepto de Donald Winnicott (1991) de "holding" y el de Didier Anzieu (1978) de "envolturas psíquicas". Procurar al adolescente un sostén en su crisis, acompañarlo en su miedo y su angustia.
- Enseñar a controlar el comportamiento, poniendo límites a las conductas inadecuadas y ayudando a encontrar alternativas en la expresión de la frustración y la angustia.
- Ayudar al joven a decidir en aquellas áreas en las que todavía no está preparado para realizar una toma de decisiones autónoma, a hacerse un adulto responsable de sí mismo.
- Ayudar a desplegar su capacidad creativa, promoviendo el desarrollo de aquellas áreas más sanas, o más libres de conflicto, potenciando de este modo aspectos de su identidad más adaptativos.
- Facilitar al joven una mirada más amplia de su mundo objetivo, devolviéndole una visión de conjunto de su mundo relacional, que en ocasiones resulta inaccesible a ojos del adolescente.
- Generar espacios para pensar, para reflexionar en común, y para que el adolescente empiece a elaborar por sí mismo, sustituyendo poco a poco la tendencia a la actuación irresponsable, el paso de un pensamiento concreto a un pensamiento más simbólico y de asumir la responsabilidad de sus propios actos.
- Ayudar al adolescente a paliar la distancia entre el espacio social real y el espacio social

que él fantasea, favoreciendo las posibilidades de adaptación a los contextos normalizados.

Trabajar desde esta perspectiva con adolescentes infractores es una tarea compleja que implica acercarnos no solamente a la conducta, sino también a la persona, al elemento subjetivo del problema. Y la forma de acercarnos a las personas es hacerlo desde nuestra propia subjetividad, asumir el compromiso de implicarnos en su evolución, “afectarnos” en la relación para poder “afectar” al otro con nuestra intervención. Laplanche y Pontalis (1996) definen la transferencia como un proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación terapéutica. Respecto a la contratransferencia hacen referencia a la influencia del adolescente sobre los sentimientos inconscientes del terapeuta, subrayando además que ningún profesional puede ir más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas.

Desde una perspectiva psicodinámica este trabajo terapéutico deberá de basarse en el estudio sistemático de las resistencias que estructuran el funcionamiento del menor (Reich, 2005), y en cómo se configuran las mismas dentro de las relaciones de vínculo que se establecerán en el contexto de la institución. Se pretende con este enfoque favorecer el conocimiento y la comprensión de la compleja realidad del menor a nivel psicológico. En esta labor se tendrán en cuenta como elemento central el análisis de las relaciones transferenciales y contratransferenciales identificadas. Con todo ello se busca el facilitar una función elaborativa que deberá tener como consecuencia una evolución gradual hacia la autonomía personal.

A la hora de valorar las necesidades psicológicas de los menores residentes, y el procedimiento de intervención a desarrollar, deberemos tener en cuenta que dentro del grupo que constituyen estos jóvenes en un dispositivo residencial, se establecerán rápidamente vínculos que activarán primitivas relaciones objetales, siendo estas entendidas como como las fantasías puestas en los otros y sus principales defensas psíquicas que dan como resultado la forma en que está estructurada su personalidad. Estas mismas relaciones objetales en el trabajo psicoterapéutico

individual, fuera de una institución, podrían tardar mucho tiempo en hacerse evidentes. Todo ello hace del centro de justicia juvenil un contexto privilegiado para la intervención terapéutica, a la vez de un instrumento clínico que requiere de un muy fino manejo por su enorme potencial.

## La Cuestión de la Relación entre el Adolescente en Conflicto y el Terapeuta

Desde una perspectiva moderna de la función terapéutica, el desarrollo del sujeto no se da únicamente de dentro hacia afuera, en un espacio intrasubjetivo, sino que el otro, y el espacio intersubjetivo que se desarrolla entre ambos, resultan determinantes para que se abran posibilidades de una evolución personal en positivo. La relación del profesional en la intervención con el menor infractor debe de ser tratada como fundamental. Esta función contenedora y elaborativa conlleva inevitablemente que se deban realizar funciones de supervisión y coordinación que posibiliten cierta comprensión de cuál es la situación del joven y del grupo en cada momento, tanto en el ámbito de lo concreto, como en el ámbito de lo transferencial, y cuál es la situación del personal de atención directa a los jóvenes en el ámbito de lo contratransferencial.

Estos complejos procesos entrarán en juego intensamente en los vínculos establecidos entre los jóvenes y el personal del centro, debiendo este de estar capacitado para realizar una elaboración adecuada que permita una posterior devolución que pueda ser tolerada por el joven en su reintroyección. El complicado proceso favorecedor de la evolución del joven hacia la madurez puede incluir tanto elementos constructivos, como deconstructivos, y en él nos encontraremos con una serie de problemáticas, propias de este tipo de centros, sobre las que tendremos que intervenir para favorecer un más adecuado trabajo con los jóvenes y a las que me referiré a continuación. Desde una perspectiva terapéutica debemos de considerar que la formación de síntomas tiene que ver con un estancamiento del conflicto entre impulsos y defensas, centrándose entonces en el orden psicopatológico. Lo patógeno no será, por tanto, algo propio del conflicto, sino de la no

resolución de este. Es a través de la existencia y la elaboración del conflicto donde se da la posibilidad de una evolución transformacional.

Algunos aspectos a tener en cuenta en la relación entre el profesional y el menor infractor podrían ser (Fandiño y Bacelar, 2016):

- a) El vínculo y la resiliencia: La resiliencia se teje: no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino entre los dos, porque anuda constantemente un proceso íntimo con el entorno social. La resiliencia nace del establecimiento de vínculos saludables, y las relaciones terapéuticas se constituyen como oportunidad.
- b) La referencia y el encuadre: El profesional que trabaja con el adolescente en conflicto puede ser pensado como un elemento de referencia. Pero para poder confiar en esa referencia el adolescente necesita saber que es estable. Por ello, en el trabajo con adolescentes, es muy importante la estabilidad de profesionales y encuadres.
- c) La capacidad para escuchar la narrativa del sujeto: El adolescente en conflicto tiende a tener dificultades para establecer una narrativa consistente de su historia vital. Se trata de un joven que narra con dificultad sus primeros años, descollando elementos grotescos y bizarros de las relaciones familiares y de sí mismo, mostrando una enorme dificultad para elaborar su historia, para poder comparar sus sentimientos con los de los otros. Este proceso lo aboca a una especie de vacío personal, de ausencia de historia, como si sus procesos internos se rigiesen por lógicas de inmediatez, de acción, de lo sensorial, de lo motriz, dejando apenas trazos en los almacenes de memoria icónica y un cuasi-vacío en los almacenes de memoria semántica. Su universo simbólico y relacional se mueve en una órbita de lo concreto y lo próximo. Estas dificultades producen –y son recurrentemente producidas – por una especie de miopía emocional; esa dificultad para entrever en el otro un mundo de emociones, de tonalidades de grises (Fandiño y Basanta, 2019). Cuando escuchamos los relatos de los adolescentes en conflicto, en ocasiones cometemos el error de esperar una sucesión de acontecimientos

traumáticos. La narrativa en ocasiones tiene que ver más con la vivencia subjetiva, lo cotidiano... que para el sujeto puede ser definitivo. Nos hablarán de su experiencia subjetiva, y en esa subjetividad es dónde se halla realmente el valor.

- d) El lugar de la palabra: Al hablar se tejen realidades que expresan lo que se vive y padece. Es sobre ese tejido, del que el cuerpo es partícipe, que el sujeto se va constituyendo. La intervención terapéutica necesita de espacios para la palabra y esos espacios deben ser continentes con un vacío disponible, para ser rellenado a partir de la relación terapéutica. La palabra se construye en relación, porque tiene una carga afectiva.
- e) El cuerpo: La presencia del cuerpo como fuente de información subjetiva y objetiva debe ser un elemento a tener en cuenta por parte del profesional que hace un abordaje en el trabajo terapéutico con adolescentes en conflicto. El cuerpo adolescente es un cuerpo en intenso cambio. El adolescente debe realizar un duelo por el cuerpo infantil y abordar la tarea de significación y “apropiación” del cuerpo adolescente, mediante un proceso de simbolización. El adolescente en conflicto es particularmente lábil frente al impacto del entorno sociocultural que en relación a lo corporal podrá ejercer fuertes presiones.
- f) El tiempo: El paso del joven infractor por un centro de justicia juvenil está marcado por un tiempo predeterminado judicialmente que en ocasiones entra en conflicto con el tiempo terapéutico. Una fuente habitual de frustración para jóvenes, familias y profesionales, en el trabajo en centros de reforma menores, viene dado por una asimilación entre el tiempo de la medida judicial y el tiempo de “la cura”. Generalmente la necesidad de proceso terapéutico continúa más allá del paso por la institución. Sin embargo, esta característica intrínseca de una limitación en el tiempo de relación terapéutica nos permitirá trabajar de manera completa distintas fases en el vínculo menor-profesional: establecimiento, desarrollo y despedida.

## La Gestión Emocional del Profesional como Elemento Determinante en la Intervención con Adolescentes en Conflicto

La capacidad de mantener una relación empática es fundamental para los profesionales que trabajan con adolescentes en conflicto (Fandiño y Gude 2014). Kohut denominaba como inmersión empática la actitud del profesional que intenta desprenderse de juicios supuestamente objetivos sobre la conducta del paciente, para poder percibir esta desde los significados que tienen en el mundo interior: qué deseos realiza, qué angustias intenta contrarrestar, desde que códigos organiza la experiencia (Goldberg, 2012). Esta capacidad de entrar en contacto empático con adolescentes en conflicto supone una importante exigencia emocional para el profesional. El estado emocional del profesional repercute directa y muy significativamente, tanto sobre el estado emocional de los adolescentes, como sobre la efectividad de los programas o proyectos con los que trabajan.

Los modelos de intervención que apuestan por la multidisciplinariedad son muy valiosos, ya que abordan la problemática del adolescente en conflicto desde diferentes ámbitos, dando una auténtica cobertura que tiene en cuenta dimensiones psicológicas, pedagógicas, sociales, y médicas. Sin embargo, los equipos multidisciplinarios también pueden resultar de muy difícil manejo si no están bien diseñados y no cuentan con mecanismos elaborativos suficientes. Desde un punto de vista terapéutico deberemos tener en cuenta que los adolescentes en conflicto, por las características propias de su problemática, y por la previsible puesta en funcionamiento de defensas arcaicas de forma masiva, tenderán a establecer relaciones de objeto parcial con cada uno de los miembros del equipo. Estos deberán de realizar un esfuerzo integrador de los diferentes aspectos que se manifiestan en el adolescente, a fin de elaborar de forma adecuada su situación. De este modo podrá recibir el adolescente una devolución más cercana al objeto total que le permita situarse mejor en su propia realidad vital. En ausencia de la necesaria coordinación será relativamente sencillo que el adolescente consiga reproducir dentro del equipo profesional su modelo

familiar, que en esta población es mayoritariamente el de agresión y abandono. Habiéndose desarrollado en relaciones familiares escindidas, el joven, en su contacto con el equipo multidisciplinar, tenderá a generar estas mismas escisiones. Esto puede suponer un importante desgaste para el equipo, que genera tensiones y dificultades. Dentro de los equipos también pueden aparecer dificultades que podríamos relacionar con los supuestos básicos de W.R. Bion (1974); dependencia, ataque-fuga y apareamiento, que son obstáculos para desarrollar una auténtica dinámica de grupo de trabajo. Los supuestos básicos son mecanismos inconscientes que afectan colectivamente tendiendo a evitar la frustración propia del aprendizaje grupal y dificultando su capacidad para desarrollar un trabajo colectivo. El supuesto básico de dependencia se sustenta en la ilusión de que el grupo depende de manera absoluta de alguien que tendrá todas las soluciones a las necesidades del colectivo. El supuesto básico de ataque y fuga se basa en la convicción de la existencia de un enemigo externo al grupo del que hay que defenderse en permanencia. Por último, el supuesto básico de apareamiento es la creencia colectiva e inconsciente de que un hecho futuro salvará al grupo de sus dificultades, siendo lo central en este estado emocional la idea de futuro y no la resolución del presente.

Gabriel Roldán (2009) afirma que para los profesionales en riesgo de sufrir desgaste emocional en su trabajo, “lo más importante es visualizarnos como persona de riesgo, ya que aunque pensemos que no vamos a enfermar, el contacto con personas en sufrimiento supone que penetran muchas de las emociones”. La responsabilidad de encargarse de cuidar al cuidador recae sin duda en la institución, pero también en el propio profesional. En nuestro entorno laboral debería habilitarse espacios que permitieran elaborar todos los elementos contaminantes que sobrelleva la tarea del cuidador.

### (In) Conclusión

Aquellos que trabajamos en el ámbito de la justicia juvenil tenemos la obligación ética y profesional de introducir el pensamiento crítico para evitar ser absorbidos por las inercias de las instituciones totales que describía Goffman (2008).

En un contexto de intervención terapéutica, aquel que procura liberarse de su sentimiento de culpabilidad sin una suficiente elaboración de la pérdida acabará devastado por la agresividad puesta en el otro como formación reactiva (Ansermet y Sorrentino, 2015; Reich, 2020). No debemos olvidar que realizamos un servicio público, independientemente de quien gestione el mismo; que los protocolos son instrumentos para la eficacia de nuestro trabajo y no herramientas a posteriori para justificar nuestras incompetencias; que trabajamos con los tiempos del drama humano y no con los del sistema burocrático; que nuestros dispositivos asistenciales no deben ser burbujas de aislamiento y castigo, sino estar incardinadas en un sistema real de inclusión social; que los sujetos de nuestro trabajo lo son por su capacidad para infringir(se) un daño y que nosotros tenemos que introducir la noción de cuidado, no la de retaliación; que lo terapéutico y lo educativo pasa por la implementación de sistemas de escuchar y decir, a ser posible en este orden, para que la palabra pueda ir más allá del panóptico de la vigilancia y el castigo; que para trabajar con sujetos de una historia de dolor, además del nombre y el delito, debemos conocer progresivamente su trayectoria,

su propia voz; que trabajamos con hijos de una familia y muchas veces de una no-familia, miembros de un sistema social que es el mismo al que nosotros pertenecemos; que la formación continua del profesional que trabaja con personas gravemente dañadas en su desarrollo psicosocial debería ser un imperativo legal y en todo caso es una responsabilidad moral.

En el trabajo terapéutico con adolescentes en conflicto es necesario la implicación del profesional adulto en la evolución del joven. Kernberg (1999) nos señala que el factor humano del profesional es esencial. El profesional no puede ayudar a crecer al joven como ser humano si no siente por este auténtico respeto y preocupación. Esto implica un cuestionamiento en permanencia del profesional para saber si está en el lugar de la estabilidad, la firmeza y la referencia que el adolescente precisa, revisarse a través de procesos terapéuticos personales, supervisar y continuar formándose. El trabajo con adolescentes en conflicto nos interpela y nos cuestiona en nuestra adultez en permanencia, llevándonos de este modo a asumir la realidad de lo inconcluso. Aquellos que no soporten la herida narcisista de no tener todas las respuestas deberán abstenerse.

## Referencias

- Aichhorn, A. (2008). *Juventud desamparada*. Gedisa
- Ansermet, F., y Sorrentino, M.G. (2015). *El malestar en la institución. El terapeuta y su deseo*. Octaedro
- Anzieu, D. (1978). *El grupo y el inconsciente*. Biblioteca Nueva.
- Bion, W. (1974). *Experiencias en grupos*. Paidós.
- Bossé, B., y Solé, J. (2017). *Análisis de la práctica profesional. Un lugar para pensar*. UOC
- Camps, V. (2012). *El gobierno de las emociones*. Herder.
- Cyrulnik, B. (2001) *La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia*. Granica
- Díaz, E. (2017). *Una pragmática de la fragilidad humana*. Edit.UOC
- Dubet, G. (2013). *El declive de la institución*. Gedisa.
- Fandiño, R., y Bacelar, K. (2016). Psicoterapias con adolescentes en conflicto. *Cartografía y navegación. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente*, 62, 89-93.
- Fandiño, R., y Basanta, J.L. (2019). The perception of crime in lower infringers and their social representation. *Conferencia Anual de la Asociación Europea de Psicología y Ley*. Julio 2019. Santiago de Compostela
- Fandiño, R., y Gude, R. (2014). La gestión emocional del profesional como elemento determinante en la intervención con adolescentes en conflicto. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y el adolescente*, 57, 111-123.
- Goffman, E. (2008). *Internados*. Paidós

- Goldberg, A. (2012). La presencia perdurable de Heinz Kohut: la empatía y sus vicisitudes. *Aperturas psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis* N.º 41. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000759> [recuperado el 10 de julio de 2020]
- Kernberg, O. (1998). *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós.
- Kernberg, O. (1999). *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Paidós.
- Laplanche, J., y Pontalis, J.B. (1996): *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós
- Reich, W. (2005). *Análisis del carácter*. Paidós
- Reich, W. (2020). *Psicología de masas del fascismo*. Enclave de libros
- Rof-Carballo, J. (2000). *Violencia y ternura*. Espasa
- Roldán, G. (2009) 'Cuidar a nuestros compañeros de trabajo es esencial para evitar el desgaste de los equipos terapéuticos' Entrevista publicada en ddz cdd. <http://www.gabrielroldan.net/wp-content/uploads/2016/05/CUIDAR-COMPA%3%91EROS-TRABAJO-entrevista-CDD.pdf>. [recuperado el 10 de julio de 2020]
- Sitara, M. (2013). *De los niños en peligro a los niños peligrosos. Control social, tratamiento institucional y prácticas socio-educativas hacia adolescentes entre la protección y el castigo*. [Tesis Doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Wacquant, L. (2012). *Castigar a los pobres*. Gedisa.
- Winnicott, D.H. (1991). *Deprivación y delincuencia*. Ed. Paidós.

# Hacia La Comprensión del Contexto Residencial de Convivencia con Adolescentes con Problemática Psicosocial como Espacio de Encuentro Terapéutico

Juan Zalduondo Etxeandia

Doctor en Ciencias Humanas y Sociales

Fundación Amigó, Bizkaia, País Vasco

[jzalduondo@fundacionamigo.org](mailto:jzalduondo@fundacionamigo.org)

## Resumen

El artículo reflexiona sobre el contexto relacional que se da en ámbitos de convivencia con adolescentes con problemática psicosocial como contexto relacional terapéutico, poniendo énfasis en generar un marco de comprensión de la relación entre los profesionales de atención directa y los adolescentes como encuentro potencialmente transformador. Esta reflexión pretende ser un paso previo al desarrollo de metodologías de intervención basadas en perspectivas intersubjetivas. Para ello, en primer lugar, desarrolla un marco teórico comprensivo de lo que acontece en la relación entre el profesional y el adolescente a partir de perspectivas intersubjetivas aplicadas a la psicología del desarrollo. En segundo lugar, en consonancia, plantea la posibilidad de desarrollar un contexto metodológico relacional, dinámico y transaccional para abordar situaciones de crisis emocional que surgen en la convivencia con los adolescentes, en el que la relación ofrecida por el profesional pretende generar un contexto de regulación emocional intersubjetiva potencialmente terapéutico. Por último, reflexiona sobre las posibilidades de desarrollo del contexto metodológico, poniendo el foco en el desarrollo de competencias relacionales en los profesionales (educadores sociales, psicólogos de intervención directa, trabajadores sociales...).

*Palabras clave:* Relación intersubjetiva, regulación emocional intersubjetiva, dimensión implícita de la relación, crisis emocional, competencias relacionales.

## Abstract

This article discusses the relational context of life in residential units for adolescents with psycho-social difficulties, viewing it as a therapeutic-relational context, emphasizing the importance of generating a theoretical framework to understand the relationship between frontline professionals and the adolescents they look after as a potentially transformative connection. This task is seen as a preparatory step for the development of methodologies built on intersubjective perspectives. To this end, a comprehensive theoretical framework is outlined to account for what happens in the

relationship between professional and adolescent, seen from intersubjective perspectives as applied to developmental psychology. Following this, the possibility of developing a methodological context which is at once relational, dynamic and transactional is put forward, as a way to respond to situations of emotional crisis which arise when living with adolescents, viewing the relationship offered by the professional as generating a context of intersubjective emotional regulation which is potentially therapeutic. Finally, the possibilities for developing the methodological context are considered, with the emphasis on developing professionals' relational skills (residential care staff, psychologists, social workers...)

*Keywords:* Intersubjective relationship, intersubjective emotional regulation, implicit relational dimension, emotional crisis, relational skills.

## La Convivencia, Contexto de Regulación Emocional Intersubjetivo

Los contextos de convivencia con adolescentes con problemática psicosocial grave, como dispositivos de atención residencial especializada, centros de cumplimiento de medidas judiciales de internamiento, etc., atienden a adolescentes con una alta prevalencia de problemas de salud mental (Sainero, Bravo y Fernández del Valle, 2014; Sainero, Fernández del Valle y Bravo, 2015). En muchos de los casos estas problemáticas se expresan a través de conductas gravemente disruptivas, externalizadas o internalizadas, desorganizadas, emocionalmente desreguladas... Diversos acontecimientos propios de la convivencia generan situaciones de estrés que provocan un desequilibrio o disrupción en la comunicación entre los profesionales y adolescentes, en los que éstos proyectan sus dificultades de afrontamiento de una manera compleja y expresan aspectos cruciales de su problemática, escenificando las dificultades que éstos tienen para expresar su mundo subjetivo.

La inevitable respuesta del profesional puede generar un contexto relacional, o "campo intersubjetivo" (Orange, Atwood y Storolow, 2012; Storolow y Atwood, 2004), potencialmente reparador de las dificultades que nos traen los adolescentes a la relación. Sin embargo, si la disrupción y la falta de sintonía persisten en el tiempo pudiera generarse un contexto relacional cronicante de la problemática que nos presenta el adolescente.

Todo proceso de intervención que pretenda modificar un aspecto problemático, disfuncional, psicopatológico, debe estar enmarcado en una teoría del desarrollo psicológico (Lecannelier, Hoffmann, Flores y Ascanio, 2008; Rutter y Sroufe, 2000; Sroufe, 2005). Por tanto, es imperativo

generar un marco teórico comprensivo y explicativo de lo que sucede en estas situaciones, que dé cuenta de las diferentes variables que influyen en su desarrollo y comprensión, al objeto de generar un proceso metodológico consecuente que nos permita influir en la evolución y pronóstico de los casos con criterios de eficacia. Es necesario enmarcar nuestras intervenciones, comprender qué variables influyen, en cuáles hay que incidir, de qué manera.

En el contexto que nos ocupa, en el que las relaciones cotidianas, en el momento en el que suceden tienen un papel protagonista, es necesario proponer un marco que habilite al contexto relacional residencial como contexto privilegiado para el establecimiento de relaciones terapéuticas, reparadoras, y en consecuencia nos permita legitimar al profesional de la intervención directa en contextos de convivencia como agente activo en los procesos relacionales orientados al cambio de los adolescentes con necesidades terapéuticas, defendiendo la idea de que en el contexto de la convivencia se da una continua interacción recíproca entre los profesionales y adolescentes, momento a momento, que es inevitable y constante, y en la que entran en juego no solo aspecto verbales explícitos, sino también, y especialmente, procesos psicológicos implícitos tanto emocionales, como cognitivos. (BCPSG, 2002,2005; Coderch, 2001)

El marco teórico que proponemos integra conceptos provenientes de la psicología intersubjetiva aplicados a la psicología del desarrollo, estudios sobre parentalidad y desarrollo infantil, el psicoanálisis relacional, la teoría de apego y la teoría de la mentalización. Pretende articular explicaciones de los diferentes procesos que subyacen al desarrollo de la conducta infanto-juvenil y de los diferentes niveles en los que impacta como paso necesario para la comprensión

de la problemática psicosocial de los adolescentes usuarios de los servicios aludidos y a la articulación de planteamientos metodológicos responsivos con sus necesidades.

En tanto las situaciones de disrupción que se dan en la convivencia entre los adolescentes y profesionales son situaciones de crisis emocional, son expresiones disfuncionales que expresan la dificultad interna de los adolescentes para hacerse cargo de situaciones de estrés, se plantea un marco teórico que justifica que esas dificultades son consecuencia del legado de los vínculos tempranos con sus cuidadores, es decir, producto de su historia relacional, para justificar que nuevos patrones relacionales pueden ser aprendidos de forma experiencial a partir de nuevas relaciones en la convivencia con otras personas significativas (Leccanelier, 2002,2006; Schore, 2006; Sassenfeld, 2009b; Sassenfeld, 2010a; Beebe y Lachmann, 1998).

En el ámbito de la psicología el planteamiento intersubjetivo aplicado al desarrollo empieza a estar muy presente en la corriente psicoanalítica. Autores como Winnicott (1965, 1991), Kohut (1971, 2001), Bion (1962) comienzan a desarrollar el planteamiento intersubjetivo del desarrollo humano. Posteriormente, Storolow (1997), Storolow y Atwood (2004) y Orange, Atwood y Storolow (2012) desarrollan una corriente llamada explícitamente intersubjetiva.

En todos sus planteamientos teóricos el desarrollo psicológico se organiza a partir de una experiencia relacional a través de las experiencias intersubjetivas del niño o niña con sus padres o cuidadores principales, y consideran los afectos como elementos centrales en el desarrollo infantil y de la personalidad (Schore, 2001). Los afectos poseen funciones de información y significado, de motivación y acción, de comunicación, de activar conductas de interacción. La riqueza del ambiente relacional, intersubjetivo es vital para el desarrollo exitoso de la personalidad y del sentido de sí mismo (Sassenfeld, 2009a, 2011, 2012b).

Winnicott (1965,1991), con su concepto de contexto relacional "suficientemente bueno"; Bion (1962), con la descripción de la "función alfa" materna; Kohut (1971,2001), con el constructo evolutivo de "self objeto", hacen hincapié en cómo la regulación de los estados afectivos en las

relaciones tempranas es decisiva en las trayectorias de desarrollo infantil.

Posteriormente, Storolow y Atwood (2004); Storolow (2012); Orange, Atwood y Storolow (2012), crearon una corriente llamada explícitamente intersubjetiva en la que defienden el desarrollo psicológico como una construcción emergente de la relación entre dos o más subjetividades en interacción; por tanto, entienden la intersubjetividad como condición primaria del desarrollo psicológico. Para ellos el desarrollo psicológico normal y el desarrollo psicopatológico estarían contextualizados en contextos específicos relacionales que organizan, o desorganizan el desarrollo del psiquismo infantil. Las transacciones entre el niño o niña y sus cuidadores organizan los estados emocionales y motivaciones mediante patrones recurrentes de interacción que se van a constituir como principios ordenadores inconscientes de la experiencia subjetiva.

Fundamentalmente fueron autores como Stern (1985), Tronick y Cohn (1989), Trevarthen (2001) y Meltzoff (1990) los que plantearon y dieron forma a la noción de intersubjetividad como motivación innata, materializada en las interacciones tempranas del bebé con su cuidador principal, mediante la comunicación afectiva mutua, preverbal y el intento de inferir los estados mentales que realizaban ambos miembros de la diada. Estos autores desarrollaron una metodología de observación y análisis a través de grabaciones complejas de los diferentes canales sensoriales de comunicación en lapsos de tiempo muy reducidos, que denominaron microanalítica y que les permitía describir las complejas interacciones comunicacionales entre la madre y el bebé (Trevarthen y Aitken, 2001).

Los estudios iniciados por Meltzoff (1990); Meltzoff y Moore (1977); Meltzoff y Moore (1994); Trevarthen (1998); Trevarthen (2001); Trevarthen y Aitken (2001); Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton (1978); Stern (1985,1994), demostraron que desde el nacimiento el bebé y su cuidador principal inician un patrón dinámico de comunicación intersubjetiva, sustentado por procesos de comunicación socioafectiva, que implican el desarrollo de patrones de regulación emocional, conductual y fisiológica mutua.

La cualidad de la regulación emocional

intersubjetiva reside en que, gracias a la participación del adulto en la transformación de estados emocionales disruptivos, el bebé desarrolla la capacidad de autorregulación de los mismos y esto se encuentra en la base de la organización psicológica (Dio Bleichmar, 2005; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Schore, 2003a; Schore, 2003b; Lecannelier, 2006; Beebe y Lachmann, 2002; Beebe y Lachmann, 1994)

Desde el modelo planteado, la regulación emocional intersubjetiva se organiza en ciclos de participación y cese de la participación entre ambos miembros de la diada. Gran parte de su tiempo los infantes y sus cuidadores se encuentran coordinados, regulando sus estados emocionales activa y positivamente en pos de algún objetivo común (juego, alimentación, tranquilización...); están sincronizados para ajustar sus conductas para mantener estados placenteros. Tanto infante como cuidador co-construyen, de manera coordinada, secuencias que posibilitan el mantenimiento de estados afectivos positivos de cara a la consecución de objetivos comunes. Las metas, objetivos presentes de la interacción, el estado de cada uno de los miembros en relación al objetivo, su evaluación, son expresadas mediante emociones. Así, cada miembro va manifestando sus intenciones a través de expresiones afectivas y se configuran entre los miembros protodiálogos (señales visuales, faciales, táctiles, auditivas corporales...), que van dirigiendo la comunicación (Lecannelier, 2006; Tronick, 1989).

La sintonía en la percepción de las intenciones del otro se manifiesta en la sincronización de las acciones entre ambos. Este proceso es posible fundamentalmente debido a la disponibilidad emocional del cuidador, quien capta las necesidades del niño o de la niña, las significa, las regula y le ayuda así a satisfacer sus objetivos y necesidades (Lecannelier, 2006; Schore, 2003a, 2003b). Entonces, ambos participantes interactúan ajustando su conducta para mantener un estado coordinado. En este proceso el adulto, gracias a su mayor complejidad psicológica, en los momentos en los que el infante comienza a manifestar su malestar porque se frustran sus metas en la interacción, va introduciendo elementos regulatorios que posibilitan el mantenimiento de la coordinación. En estos momentos de desregulación

por parte del niño/niña, el cuidador introduce secuencias de interacción eficaces que ayudan a dar continuidad a los estados de coordinación, ejerciendo una función moduladora de los estados emocionales del bebé (Dio Bleichmar, 2005; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Stern, 1985; Schore, 2003b). Estas interacciones sincronizadas de interregulación de estados emocionales y las conductas que los expresan generan patrones de regulación afectiva mutua que comprenden conductas de autorregulación (por ejemplo: quitar la mirada) y conductas de regulación interactiva (por ejemplo: bajar el nivel de estimulación por parte del cuidador), que permiten al sistema mantenerse coordinado. Si la persona cuidadora es capaz de interpretar la retirada de la mirada para disminuir el nivel de estimulación y permitir que el niño o la niña se autorregule; y el niño o la niña, por otro lado, consigue la disminución de la estimulación para autorregular y volver a mirarla, en ese momento se establece la regulación mutua. Así, las interacciones eficaces promueven las capacidades de autorregulación, permiten experimentar al infante las emociones en un contexto de seguridad en el que tanto las emociones negativas como las positivas serán experimentadas de manera controlada (Dio Bleichmar, 2005; Lecannelier, 2006).

El éxito en estas interacciones permite al niño o a la niña el desarrollo psicológico en cuanto gradualmente le permiten identificar y modular sus afectos, experimentar su propio self como agente (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Mikulincer, 2003)

Las investigaciones de Tronick (1989) pusieron de manifiesto que los estados de coordinación de la diada transcurren en torno al 30 ó 40% del tiempo de comunicación. La regulación mutua continúa también en esos momentos de desentonamiento (Beebe y Lachmann, 2002). Esta secuencia ha sido descrita como secuencia de interrupción-reparación. Este proceso incluye desde descoordinaciones leves a descoordinaciones graves y duraderas. Normalmente ocurre cuando el adulto fracasa en la comprensión del estado emocional del bebé, reaccionando de tal manera que no consigue mantener la coordinación con él. Esta secuencia incluye la capacidad del cuidador de transformar el estado emocional negativo que expresará el infante

y reconducirlo a un estado positivo que permita de nuevo la coordinación entre ambos (Tronick y Cohn, 1989; Beebe y Lachmann, 2002; Sassenfeld, 2009a). Esta transformación de estados emocionales negativos en estados positivos es vital de cara al desarrollo psicológico en la medida que va a permitir al niño o la niña internalizar la función regulatoria ejercida por su cuidador. Del mismo modo, el fracaso continuado por parte del cuidador en reconducir la situación tiene consecuencias para el desarrollo patológico (Fonagy, 2000). Si la reparación es exitosa el infante entenderá que las emociones negativas son tolerables y que la ruptura con su cuidador puede ser reparada por este.

Este aspecto en el contexto de la Teoría del Apego adquiere grandísima relevancia (Dio Bleichmar, 2005; Stern, 2004; Diamond y Marrone, 2003). La disponibilidad emocional de la figura de apego para corregular situaciones de estrés determina en gran medida la consolidación de los diferentes patrones de apego, entendidos como estrategias de regulación emocional. Las figuras de apego accesibles van consolidando y mejorando las estructuras regulatorias del infante permitiendo progresivamente la internalización de las mismas, ampliando progresivamente sus capacidades psicológicas (Fonagy, 2000; Mikulincer, 2003). La función reparadora del otro como posibilidad de desarrollo de estructuras de autorregulación fue contextualizada por la corriente intersubjetiva y es confirmada en los estudios producto de la observación microanalítica cuidador-bebé.

La co-creación de patrones interactivos a partir de las secuencias de coordinación, interrupción y reparación, entre otras consecuencias y posibilidades, genera un conocimiento relacional implícito de cómo estar juntos (Lyons Ruth, 1998; 2000). Como, por ejemplo, que los estados emocionales negativos se pueden reparar junto con otros, como que los afectos negativos son tolerables y se pueden transformar. Realmente, la propiedad de los sistemas regulatorios reside en que el adulto, en su condición asimétrica en la relación, sea capaz de producir el desarrollo psicológico del niño o la niña (Lyons Ruth, 2000; Stern, 1994; Stern et al., 1998). Por tanto, la investigación microanalítica de las relaciones cuidador-bebé desde los primeros momentos de la crianza corrobora la dimensión intersubjetiva del

desarrollo de la personalidad, poniendo de relieve la expresión emocional como elemento esencial de esa relación (Stern, 1985; Tronick, 1989; Trevarthen, 1998). Estos planteamientos han sido integrados en teorías como la del Apego y de la Mentalización haciendo un esfuerzo explicativo de las interconexiones, que junto con avances en el campo de las neurociencias, hace que la intersubjetividad se haya convertido en paradigma del origen y estructuración de la personalidad (Fonagy et al., 2002; Sassenfeld, 2006; Schore, 2003a, 2010).

Las secuencias de interacción y los procesos subyacentes son especialmente relevantes en la relación con el adolescente en el contexto de la convivencia cotidiana en tanto que confirman que hay conocimientos, especialmente los que tienen que ver con la regulación de las emociones, que pueden aprenderse de manera experiencial, que organizan la manera de relacionarse con el otro y que han de ser modificados en la acción antes que en la elaboración (Riera, 2010). Así mismo, la cristalización de ese conocimiento relacional implícito en patrones de relación estables y que condicionan las relaciones aportan una visión de la relación compleja en la que lo implícito actuado adquiere gran relevancia en el proceso de cambio, sobre todo cuando es disfuncional (Schore, 2006; Sassenfeld, 2009b; Beebe & Lachmann, 1998; Lyons Ruth, 1998, 2000; Dio Bleichmar, 2000).

### **La Convivencia como Espacio de Encuentro Inevitable**

Otorgar a los afectos un papel fundamental en el desarrollo psicológico implica entender la intersubjetividad como condición del desarrollo en cuanto contexto en el que éstos van a ser significados. La explicación del desarrollo psicológico basada en la intersubjetividad, cuyo elemento central es la calidad de la relación interafectiva entre el bebé y sus cuidadores, y su impacto en el desarrollo de estructuras organizativas de la experiencia inconscientes, transforma también la comprensión de los procesos psicológicos que se dan en la relación terapéutica (Sassenfeld, 2010a; Orange, Atwood, y Stolorow, 2012).

Los estudios sobre el desarrollo infantil, basados en concepciones intersubjetivas, son

especialmente relevantes para la comprensión de las relaciones psicoterapéuticas en cuanto los mecanismos de transacción y regulación emocional que actúan en la infancia también lo hacen en la relación terapéutica (Schore, 2006; Sassenfeld, 2009b; Beebe y Lachmann, 1998).

Esto ha dado lugar a reformulaciones de la relación terapeuta-paciente, en las que la relación es entendida como una puesta en escena, en la que ambos miembros contribuyen de manera activa a co-construir la relación terapéutica, en la que se ponen en juego no sólo aspectos de significación verbal sino también implícito procedural (Lyons Ruth, 1998, 2000; Dio Bleichmar, 2000; Sassenfeld, 2009b).

La importancia de la dimensión implícita relacional en la terapia se ha teorizado a partir de la idea de procesos relacionales implícitos, que hacen referencia a una dimensión no consciente de procesamiento de la experiencia más allá del conocimiento explícito a través del lenguaje simbólico (Lyons Ruth, 2000; Stern et al., 1998; Schore, 2003a, 2003b; Sassenfeld, 2007; Sassenfeld, 2014). Se refiere a todo el conocimiento que adquiere el infante acerca de la expectativa de respuesta de los demás en torno a sus necesidades emocionales, acerca de cómo sentirse en relación a los otros, de lo que le cabe esperar de ellos, de cómo estar con ellos (Sassenfeld, 2014).

Mientras que el procesamiento psicológico explícito de la experiencia remite a procesos psíquicos más bien conscientes, simbólicos y verbales, o al menos en alguna medida verbalizables, el procesamiento implícito de la experiencia remite a procesos psíquicos no conscientes que transcurren fuera del foco atencional, que en general no son verbalizables por completo y que, más allá, no son necesariamente del todo concientizados.

Además, mientras que los procesos explícitos tienden a ser más lentos, deliberados, voluntarios e ineficientes, exigiendo una alta discriminación perceptual y pudiendo manejar sólo un aspecto de una situación a la vez, los procesos implícitos tienden a ser rápidos, automáticos, aproximados y eficientes, involucrando una baja discriminación perceptual, pudiendo procesar diferentes aspectos de una situación de modo simultáneo y siendo muchas veces repetitivos (Pally, 2005). En estos

últimos se trata de procesos en lo fundamental inconscientes que, sin embargo, no son ni necesaria ni típicamente excluidos de manera defensiva de la consciencia (Dio Bleichmar, 2005; Stern et al., 1998; Sassenfeld, 2009a).

Este procesamiento implícito de la experiencia fue denominado por Stern y sus colaboradores (1998) del Grupo de Boston como “conocimiento relacional implícito” y considerado como elemento fundamental en los procesos de cambio terapéutico. Éste es un tipo de conocimiento que se proyecta a lo largo de toda la vida también en la relación terapéutica (Levenkron, 2009; Lyons Ruth, 2000). Es la base de la comunicación entre las personas y sólo se manifiesta en la acción; por tanto, en el presente (Dio Bleichmar, 2000, 2005). Los integrantes del Grupo de Boston insisten en que este tipo de conocimiento se hace patente de manera integrada con el explícito verbal en las interacciones personales y que ambos tipos de conocimiento procesan informaciones sobre la relación en paralelo (BCPSG, 2002, 2005).

Distintos autores ponen de relieve que la inhibición de estos procesos tiene mayores consecuencias patológicas y que su modificación tiene mayor incidencia en el cambio (Fonagy, Moran, Edgcombe y Target, 1993; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Bateman y Fonagy, 2004, 2010). Estos procesos mentales que actúan de manera implícita están contenidos en ese saber relacional implícito, en los modelos operantes internos, en las representaciones secundarias de estados mentales (Stern, et al., 1998; Lyons Ruth, 2000; Lanza Castelli, 2009, 2013). En este sentido, la psicoterapia se basa más en actuaciones que pongan en crisis procesos disfuncionales que en verbalizaciones.

Esta afirmación de basar el cambio en procesos relacionales implícitos actuados se puede relacionar con las investigaciones sobre el apego y los modelos operantes internos y constituyen una oportunidad para comprender cómo los distintos tipos de interacción, entendida en sentido global, incluyendo aspectos no verbales, influyen en el desarrollo infantil (Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann, 2008) y cristalizan en representaciones actuadas de cómo hacer las cosas, que es presimbólica y queda anclada en la memoria implícita (Stern, 1985; Lyons Ruth, 1998; Beebe,

Knoblauch, Rustin, Sorter, Jacobs y Pally, 2005; Stern, 2004).

Estas claves organizan la expectativa en cuanto a la relación, que se estanca o avanza en función de si se sintonizan, se coordinan los intereses de ambos participantes a un nivel relacional implícito. Si se produce una relación coordinada, sintonizada en cuanto a las necesidades afectivas expresadas de modo no verbal, se pueden producir cambios en las expectativas relacionales de quienes interactúan. Por ejemplo, un adolescente que no vivió una relación en la infancia que le permitiera comprender, tolerar y regular sus estados emocionales, desarrollará una expectativa implícita relacional con respecto a la relación con el profesional, que implica actuar frente a la relación seguramente de modo evitativo, o rechazante. A nivel implícito, es necesario actuar una nueva forma de relación que pueda sintonizar con esa necesidad y así posibilitar el reconocimiento y transformación de sus necesidades, posibilitando una modificación en la expectativa con respecto a la relación. Lo que el adolescente expresa guarda relación con lo que aprendió en el seno de sus relaciones en la infancia con sus cuidadores y forma parte del conocimiento relacional implícito. El profesional, como nueva figura vincular, puede generar nuevas maneras de “estar con” y posibilitar la reconstrucción de los procesos de interacción que en su infancia se dieron de manera disfuncional (BCPSG, 2002,2005). Podemos así generar un contexto óptimo para el cambio partiendo de un nivel relacional implícito y llevando a la relación las secuencias de interacción descritas en las investigaciones en la primera infancia, es decir, coordinación con las necesidades emocionales y reparación de las interrupciones, o desencuentros relacionales (Sassenfeld, 2007, 2010b). El nuevo sistema de relación puede poner en crisis el anterior y modificar la expectativa del adolescente en cuanto a la relación.

Sin duda, el dominio del aspecto relacional implícito es fundamental para la relación que establece el profesional con el adolescente y lo habilita para establecer relaciones terapéuticas. El espacio convivencial se convierte inevitablemente en un espacio de regulación emocional intersubjetivo en el que se ponen en juego aspectos implícitos y explícitos.

A partir de este marco general que focaliza en la

dimensión implícita intersubjetiva y actuada de determinados procesos mentales, que ha sido desarrollado fundamentalmente por el psicoanálisis relacional (Stolorow y Atwood,2004 ;Stolorow, 2012; Orange, Atwood y Stolorow,2012; Rodríguez-Sutil ,2007; Lachmann,2001), se abre un campo de intervención para los profesionales de intervención directa en contextos de convivencia, en tanto que la regulación de estados emocionales disruptivos inevitablemente se abordan primero de manera experiencial (Codrech,2001). Se persigue poner de manifiesto un sentido complejo de la relación en el que se tenga en cuenta lo implícito actuado, junto a lo explícito verbalizado, y la necesidad de reconocer las limitaciones de la interpretación verbal de los problemas en pos de reconocer la importancia de las acciones en la modificación de procesos relacionales implícitos disfuncionales.

Este hecho es un argumento muy poderoso para la intervención en contextos de convivencia en cuanto contextos en los que la comunicación se hace inevitable, al entender que la comunicación va por delante de las palabras.

En resumen, las relaciones resuenan en dos tipos de memoria, una procedural implícita y otra declarativa, explícita, autobiográfica. La implícita contiene procedimientos, que implican modos de estar con el otro que no están presentes como representaciones simbólicas. Cuando no se han dado relaciones adecuadas en la infancia esta memoria almacena modos de estar con el otro disfuncionales, potencialmente patógenos, que no han sido codificados verbalmente, y su contenido es fundamentalmente emocional.

El cambio, en gran medida, obedece a la modificación de estos procedimientos, que sólo van a hacerse presentes en escenas, puestas en acción y no en palabras, ya que no están codificados a ese nivel. El profesional de intervención directa recibe el impacto de esos modelos en el contacto y tienen una resonancia en él que es emocional actuada y, además, puede ser también representada y verbalizada. A partir de nuevos “modos de estar con” se puede poner en crisis los procesos disfuncionales que actúa el adolescente (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Fonagy, 1998, 2000; Stern et al., 1998; Stern, 2004).

En general, el reconocimiento de la intersubjetividad en el proceso de desarrollo

humano supone un reconocimiento del impacto de la relación entre dos subjetividades en el proceso de cambio (Sassenfeld, 2007, 2010b).

El objetivo es ir dando forma a cómo poder intervenir en la modificación de procesos implícitos disfuncionales presentes en la problemática de los adolescentes residentes en dispositivos de atención residencial desde el punto de vista de la regulación de los afectos y las capacidades de mentalización, para intentar definir un marco metodológico operativo que nos permita un abordaje complejo de su problemática, aprovechando los "momentos presentes" en los que estos actúan su problemática.

## Hacia Planteamientos Metodológicos Específicos

Un marco especialmente relevante para comprender las variables que influyen cuando un adolescente en una situación de crisis emocional presenta una conducta disfuncional, y sobre todo para entender y operativizar que cuidados se le podría ofrecer para modificar aquellos aspectos disfuncionales de su conducta, es el marco que nos ofrece la Teoría de la Mentalización (Fonagy et al, 2002; Bateman y Fonagy, 2016).

El sistema de cuidado parental (Berlin y Cassidy, 2001) es uno de los elementos interesantes de esta Teoría. Este sistema, para ser funcional, requiere por parte de los padres de competencias socioemocionales y cognitivas para saber identificar, representar y transformar en caso de disrupción las necesidades emocionales de los hijos. En esos intercambios se dan transacciones de tipo emocional y cognitivo, como es la capacidad de representar y transformar los estados emocionales del bebé e ir elaborando progresivamente la capacidad de mentalizar.

Así la capacidad de mentalización de los padres o cuidadores, que simplificando es tratar a los niños y niñas como seres con intenciones, entendiendo su conducta en función de los estados mentales subyacentes a la misma, se traslada al desarrollo de apegos seguros en los hijos, al desarrollo de la capacidad de regulación emocional, al desarrollo de la capacidad de mentalización y, en última instancia, al desarrollo de un self coherente e integrado (Sroufe, 2000; Fonagy et al, 2000).

En esta teoría se defiende el "modelo del viraje

en la mentalización" (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011), en el que se explica la relación existente entre apego, mentalización y estrés. El modelo explica que el sistema de apego individual se activa en respuesta al estrés. Defienden este hecho como universal y explican las variaciones en estos procesos en las diferentes personas. Lo hacen recurriendo a la historia relacional y describiendo cómo de manera automática, implícita, en función del tipo de apego de cada persona, se activan determinados procesos mentales. En las personas con dificultades en la regulación de situaciones estresantes, estos procesos tienen que ver con proyecciones de apegos disfuncionales, o desorganizados, fallas en la capacidad de mentalizar, dificultades en la regulación de las emociones, sentido discontinuo del propio self (Bateman y Fonagy, 2016).

Este modelo es de gran interés para el profesional que trabaja en contextos residenciales en cuanto puede describir qué procesos mentales automáticos se activan en las situaciones de disrupción con los adolescentes y, en consecuencia, diseñar un modelo de intervención comprensivo que pueda mentalizar lo que está ocurriendo en esa relación en el momento presente.

La aplicación práctica de la teoría de la mentalización coge cuerpo en la terapia basada en la mentalización (TBM), que es una propuesta terapéutica clínica que nació para tratar a pacientes adultos, y posteriormente con adolescentes con trastornos de la personalidad (Bateman y Fonagy, 2004, 2010, 2012; Bleiberg, 2015). En los últimos años ha recibido una notable expansión y, debido a su nivel de operatividad y claridad, se ha empezado a utilizar en ámbitos más allá de la psicología y la psiquiatría (Lanza Castelli, 2011; Lecannelier, 2013).

Uno de los focos de muchos de estos programas se ha puesto en el sistema de cuidado (Berlin y Cassidy, 2001; Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth y Ziv, 2006). Se parte de la premisa de que los adultos que tienen funciones de cuidado infanto-juvenil pueden desarrollar competencias relacionales que fomenten la seguridad emocional y el desarrollo de la mentalización, ayudándoles a regular las diferentes situaciones cotidianas de estrés que puedan atravesar (Lecannelier, 2013), poniendo de este modo en cuestión la expectativa

que sobre la respuesta del cuidador tienen interiorizada, de manera implícita, aquellos adolescentes que actúan modelos de afrontamiento del estrés disfuncionales. Estrategia que ha sido inspirada en algunos de los principales programas de intervención en Apego, como Biobehavioral Catch-Up, de Mary Dozier (Dozier, Lindhiem y Ackerman, 2005); el Minding the Baby, de Arieta Slade (Slade, Sadler y Mayes, 2005); el Short-Term Mentalisation and Reflective Therapy (SMART), del equipo de intervention to Promote Positive Parenting (VIPPP) de Juffer, Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn (2007) y los programas sobre aprendizaje socioafectivo en la educación preescolar (Denham y Burton, 2004). Todo ello desde el marco contextual de la Mentalización, pero basado en conceptualizaciones y operativizaciones sencillas de cuidados que posibiliten la seguridad emocional y el desarrollo de la mentalización, partiendo de la idea de que una regulación afectiva adecuada por parte de los cuidadores principales fomenta en los niños el desarrollo de un apego seguro, la capacidad adecuada de regular las emociones, el desarrollo de la capacidad adecuada de mentalizar y progresivamente el desarrollo de un self coherente, integrado y continuo, produciéndose, así, la reorganización de patrones de afrontamiento disfuncionales.

Estos programas para Lecannelier (2013) se basan en principios sencillos, como:

- Plantear que las situaciones de estrés son expresiones de malestar que tienen una función de expresión y regulación, y otra vincular, de maximizar la presencia de la figura de apego para que le ayude a regularse.
- Los adultos, en estas situaciones, más que dar consejos, o situarse en una posición de control, deben situarse en una posición de empatía y mentalización, comprendiendo los estados emocionales del adolescente de manera que éstos queden validados.
- Las situaciones de estrés parecen ser los momentos privilegiados para intervenir en el sentido de que permiten, mediante las acciones adecuadas, el aprendizaje de estrategias socioemocionales. Las situaciones de estrés y crisis emocional se presentan como momentos privilegiados para ofrecer cuidados respetuosos y emocionalmente seguros, ya que permiten

que dichas conductas sean reguladas y validadas de una manera adecuada a las necesidades de los adolescentes y permiten modelar diferentes estrategias de aprendizaje socioemocional, además de las implicaciones que tiene la resignificación de las mismas en la modificación de su autoimagen y en sus capacidades cognitivas e interpretativas.

- Debemos cuidar los aspectos implícitos, de transmisión no declarada, que contribuyen a generar estabilidad y seguridad en el entorno. Además analizar las contribuciones del profesional a la unidad relacional generada en tanto que son inevitables (Orange, Atwood y Storolow, 2012; Stern, 2010).

Estas ideas constituyen un marco para el desarrollo de metodologías que pongan el foco en la unidad relacional generada en la convivencia y se centren en desarrollar métodos que ayuden a desarrollar respuestas responsivas a las crisis que actúan los adolescentes con problemática psicosocial.

## El Estilo Relacional del Profesional como Elemento Transformador

Se ha justificado que las trayectorias de desarrollo infanto-juvenil dependen de los contextos relacionales de interacción, muy acusadamente en la infancia y posteriormente a lo largo de otras etapas del desarrollo. El proceso de desarrollo psicológico adecuado ocurre en una relación asimétrica con adultos significativos cuando ésta posee las cualidades adecuadas.

En el caso de la conducta disfuncional es fácilmente constatable que su desarrollo depende en gran medida de relaciones negligentes, o traumáticas, con padres o cuidadores principales (Lecannelier, 2002, 2006).

En tanto que los patrones disfuncionales se proyectan en las nuevas relaciones, es pertinente plantear qué competencias relacionales son adecuadas para reorganizar los componentes que subyacen a la conducta disfuncional en las relaciones de ayuda. El marco teórico desarrollado orienta no sólo a la definición de las competencias en función de los aspectos en los que queremos incidir, sino, y esta es una cuestión fundamental, en cuanto a la eficacia de las mismas tanto en la

crianza, como en los modelos terapéuticos que las aplican (Bateman y Fonagy, 2006, 2008).

Para definir cómo queremos actuar desde una perspectiva relacional debemos definir las características de esa relación, más concretamente el estilo relacional del profesional, basado en competencias, en relación a las necesidades que desde el marco teórico elegido se considera como fundamentales para el cambio del adolescente.

Este estilo relacional puede ser entendido como estilo transversal, necesariamente conectado al estilo personal del profesional en cuanto hablamos de competencias que, aunque contextualizadas y con una orientación específica hacia el impacto en la reorganización de la conducta del adolescente y de los procesos que subyacen a la misma, son parte de nuestro bagaje personal para afrontar las relaciones interpersonales.

Este es un aspecto fundamental, a pesar de tener que avanzar hacia un planteamiento operativo de competencias, o funciones del profesional, para generar relaciones de calidad psicoeducativa, con efecto en los resultados, enmarcadas en un marco teórico específico, no puede entenderse como mera aplicación de técnicas, sino más bien como elementos para reforzar o potenciar características personales.

El encuentro con el adolescente en el contexto de la vida cotidiana es un encuentro entre dos personas (Orange, Atwood y Storolow, 2012). Aunque teorizamos acerca de los contenidos y maneras que el profesional debe poner en práctica en la relación, necesariamente las expresará a través de sí mismo (Sassenfeld, 2019).

Si pedimos al profesional que desarrolle la capacidad para regular emociones a través del ejercicio de la función reflexiva o mentalización, difícilmente podrá hacerlo adecuadamente si su organización psicológica, en cada situación de conflicto, o disrupción en la comunicación, le impide hacerse cargo de las dificultades emocionales del adolescente. Afrontar la operativización del estilo relacional nos dispone de una manera mentalizante hacia la relación, nos obliga no sólo a mirar al adolescente, sino fundamentalmente a mirarnos a nosotros mismos en cuanto herramienta para vehiculizar acciones con impacto en el cambio. Ésta es la manera de ser coherente con el enfoque relacional, intersubjetivo,

ya que entiende la relación como el interjuego entre dos subjetividades, en el que constantemente están interactuando procesos implícitos y explícitos de influencia recíproca (Sassenfeld, 2019).

Se trata, en definitiva, de poner el foco en una parte del sistema relacional, el profesional, asumiendo que las características de la relación que va a ofrecer al adolescente van a moderar los resultados de su intervención. Se trata de poner energía en organizar la variable que mejor podemos controlar dentro del proceso, las propias acciones del profesional.

A partir de aquí, organizar una propuesta de modelo relacional mediante el planteamiento de competencias es un paso necesario en el que el colectivo profesional debe avanzar para empezar a trabajar sobre las mismas, desarrollando procesos de entrenamiento o formación, metodologías de intervención, perfeccionando escalas de evaluación de las mismas, midiendo el impacto de las mismas en la relación y el cambio.

## Conclusiones

A modo de conclusión se plantean una serie de preguntas que sirvieron de motivación para escribir este artículo. ¿Qué se tiene que hacer para ayudar? O, dicho de otro modo, ¿qué aspecto es esencial modificar para que se dé un cambio para la reorganización de la conducta disfuncional de los adolescentes con los que se convive?, ¿qué tipo de relación se debe ofrecer para incidir en esos aspectos?, ¿qué competencias relacionales reflejan la relación que se quiere ofrecer?, ¿qué estilo relacional es idóneo poner en práctica en la relación de ayuda que se establece con los adolescentes?

Como respuesta a estas preguntas recogemos las ideas fundamentales planteadas:

- La relación entre profesionales y adolescentes en sí mismo es un elemento con potencialidad transformadora. Es imperativo conocer las vicisitudes de la misma.
- Los contextos relacionales de convivencia son espacios de regulación emocional y conductual intersubjetiva y especialmente significativos para el aprendizaje de estrategias de regulación emocional, de fuera hacia adentro, de lo interpersonal a lo intrapersonal, en tanto que éstas han sido

aprendidas en la historia relacional de manera experiencial, implícita y han de ser modificadas a ese nivel.

- El profesional, como adulto significativo en el ejercicio de funciones co-reguladoras de los estados emocionales del adolescente, es un actor legítimo y capacitado para llevar a cabo estas intervenciones. Lo va a hacer combinando en su intervención aspectos implícitos actuados, con intervenciones explícitas orientadas a reinterpretar verbalmente problemas que acontecen a los

adolescentes, aprovechando los “momentos presentes” en los que suceden.

- El cómo regulemos las situaciones de estrés, desajuste, disrupción... a través de estrategias actitudinales y conductuales definidas es un elemento fundamental para el cambio. Es necesario avanzar en el desarrollo metodologías que permiten desarrollar las competencias óptimas y que nos permitan constatar la eficacia de las intervenciones que se realicen.

## Referencias

- Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. University Press.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2006). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow up. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4(2), 244–252.
- 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. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder 2. *World Psychiatry*, 9(1): 11–15.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Desclée de Brouwer.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., Sorter, D., Jacobs, T. J., y Pally, R. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. Other Press.
- Beebe, B., y Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127–166. [www.nypsi.org](http://www.nypsi.org)
- Beebe, B., y Lachmann, F. (1998). Co-Constructing Inner and Relational Processes: Self- and Mutual Regulation in Infant Research and Adult Treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480–516.
- Beebe, B., y Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: co-constructing Interactions*. Analytic Press.
- Berlin, L., y Cassidy, J. (2001). Enhancing Early Child-Parent Relationships: Implications of Adult Attachment Research". *Infants and Young Children*, 14(2), 64–76.
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós.
- Bleiberg, E. (2015). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. *Revistadementalizacion.com*, N° II. [www.asociacion.mentalizacion.com](http://www.asociacion.mentalizacion.com)
- Boston Change Process Study Group (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of psychoanalysis*, 83, 1051–1062.
- Boston Change Process Study Group (2005). The “something more” than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693–729.

- Coderch, J. (2001) *La relación paciente-terapeuta: El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Paidós.
- Denham, S., y Burton, R. (2004). *Social and emotional prevention and intervention programming for preschoolers*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Diamond, N., y Marrone, M. (2003). *Apego e intersubjetividad*. Wiley.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*,15, Revista en internet.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós.
- Dozier, M., Lindhiem, O., y Ackerman, J. P. (2005). Attachment and biobehavioral catch-up: An intervention targeting empirically identified needs of foster infants. En L. J. Berlin, Y. Ziv., L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments. Theory, research, intervention, and policy* (pp.178-194). The Guilford Press
- Fonagy, P. (1998). Memory and Therapeutic action." *International Journal of Psychoanalysis*, 1999, apr. 80, 215-223.
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica." *Aperturas psicoanalíticas* nº4, <http://www.aperturas.org>.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., y Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P., Lyuten, P., y Strathearn, L. (2011). Borderline Personality Disorder, Mentalization, and the Neurobiology of Attachment. *Infant Mental Health Journal*,32: 47-69.
- Fonagy, P., Moran, G., Edgumbe, R., Kennedy, H., y Target, M. (1993). The Roles of Mental Representations and Mental Processes in Therapeutic Action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 9-48.
- Fonagy, P., Target, M., y Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A Theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122. [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com).
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J., y Van Ijzendoorn, M. (2007). *Promoting positive parenting: an attachment-based intervention. Monograph in Parenting series*. Routledge Academic.
- Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., y Ziv, Y. (2006). Attachment, stress, and psychopathology: A developmental pathways model. En D. Cicchetti, & D. Cohen, *Handbook of developmental psychopathology. Theory and method* (2ª ed., pp. 333-369). Wiley & Sons.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Amorrortu.
- Kohut, H. (2001). *La restauración del si mismo*. Paidós Iberica.
- Lachmann, F (2001). A Farewell to countertransference. *International Forum of Psychoanalysis*, 10: 242-246.
- Lanza Castelli, G. (2009). Mentalización y agencia del paciente en el proceso psicoterapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas*, Nº 33.
- Lanza Castelli, G. (2011). Mentalización: aspectos teóricos y clínicos. *Mentalización: aspectos teóricos y clínicos*. [http:// www.mentalización.com](http://www.mentalización.com)
- Lanza Castelli, G. (2013). Discusión sobre un caso clínico. Tratamiento basado en la mentalización versus terapia basada en la transferencia. [http:// www.mentalización.com](http://www.mentalización.com)
- Lecannelier, F. (2002). El legado de los vínculos tempranos: Apego y Autorregulación. *Revista chilena de psicoanálisis*, 19(2), 191-201.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. LOM Ediciones Primera edición en Chile.

- Lecannelier, F. (2013). El uso de la mentalización y la regulación emocional en programas de intervención temprana para el fomento de la seguridad en el apego. *revistamentalización.com/ultimonumero/06.pd*.
- Lecannelier, F., Hoffmann, M., Flores, F., y Ascanio, L. (2008). Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infantil: la necesidad de reformular el rol profesional. *Horiz Enferm*, 19, X-X.
- Levenkron, H. (2009). Puntos de encuentro entre el Grupo de Estudio de los Procesos de Cambio de Boston y el Psicoanálisis Relacional. *Clínica e investigación relacional*, 3(3), 495-524.
- Lyons Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health J.*, 19, 282-289.
- Lyons Ruth, K. (2000). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas n°4*, [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)
- Meltzoff, A. (1990). Foundations for developing a concept of self: The role of imitation in relating self to other, and the value of social mirroring, social modeling, and self-practice in infancy. En D. Cicchetti, y M. Beeghly, *The Self in Transition: Infancy to Childhood*, pp. 139-164). University of Chicago Press.
- Meltzoff, A., y Moore, M. (1977). Imitation of facial and manual gestures of human neonates. *Science*, 198, 75-78. [www.ite.educacion.es](http://www.ite.educacion.es)
- Meltzoff, A., y Moore, M. (1994). Imitation, memory, and the representations of persons. *Infant Behav. & Develop.*, 17, 83-99.
- Mikulincer, M., Shaver, P., y Pereg, D. (2003). Attachment theory and effect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
- Orange, D., Atwood, G., y Stolorow, R. (2012). *Trabajando Intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Ágora Relacional.
- Pally, R. (2005). A neuroscience perspective on Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment. En B. Beebe, S. Knoblauch, J. Rustin, & D. Sorter, *Forms of Intersubjectivity in Infant Research and Adult Treatment*, pp. 191-241. Other Press.
- Riera, R. (2010). ¿Qué conceptos relacionales he entendido mejor leyendo al Grupo de Boston? *Clínica e investigación relacional*, 4(1), 203-207.
- Rodriguez Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e investigación relacional*, 1(1), 9-41
- Rutter, M., y Sroufe, A. (2002). Developmental Psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Sainero, A., Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2014). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16-26.
- Sainero, A., F. del Valle, J., y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 31(2), 472-480.
- Sassenfeld, A. (2006). Regulación afectiva, psicopatología y psicoterapia. *Gaceta Universitaria. Año 2, Vol. 2(3)*, 329-336.
- Sassenfeld, A. (2007). Dos patrones relacionales de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Rev GPU*; 3( 3), 300-309.
- Sassenfeld, A. (2009a). Regulación afectiva, interacción temprana y desarrollo. <http://www.sassenfeld.cl/andre/index.html>

- Sassenfeld, A. (2009b). Regulación afectiva, procesos implícitos y cuerpo en psicoterapia. <http://www.sassenfeld.cl/andre/index.html>
- Sassenfeld, A. (2010a). Afecto, regulación afectiva y vínculo. *Clínica e investigación relacional*, 4(3), 562–595.
- Sassenfeld, A. (2010b). La dimensión no-verbal implícita en la psicoterapia de adultos. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República argentina*.
- Sassenfeld, A. (2011). Afecto, vínculo y desarrollo del self. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 261–294.
- Sassenfeld, A. (2012a). Consideraciones sobre el apego, los afectos y la regulación afectiva. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3), 548-569.
- Sassenfeld, A. (2012b). Esbozo de una visión contemporánea de los afectos. *Rev GPU* ; 8(2), 174–191.
- Sassenfeld, A. (2014). El concepto de lo implícito en la Teoría del Apego, la investigación de infantes y el psicoanálisis contemporáneo. *Gaceta Psiquiatría Universitaria*, 10(2), 176–197.
- Sassenfeld, A. (2019). ¿Cómo funciona la mente clínica? Una contribución a la comprensión de la subjetividad de los psicoterapeutas desde la perspectiva del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(2), 328–364.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1–2), 7–66.
- Schore, A. (2003a). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W. W. Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. W. W. Norton.
- Schore, A. (2006). A neuropsychanalytic perspective of development and psychotherapy. *Energy & Character*, 35, 18–30. [www.library.allanschore.com](http://www.library.allanschore.com)
- Schore, A. (2010). El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. *Gaceta Psiquiatría Universitaria*; 6(3), 296–308.
- Slade, A., Sadler, L. S., y Mayes, L. (2005). Minding the baby: Enhancing reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. En L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & E. M. Cummings (Eds.), *Enhancing early attachment: Theory, research, intervention, and policy*, (pp. 152 – 177). Guilford.
- Sroufe, A. D. (2000). Relationships, development and psychopathology. En a Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds). *Handbook o Developmental Psychopathology*. Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sroufe, A. M. (2005). *The development of the person. The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford.
- Stern, D. N. (1985). *El Mundo Interpersonal del Infante*. Paidós.
- Stern, D. (1994). *La constelación maternal*. Paidós.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Norton & Company.
- Stern, D. (2010). *Partners in thought: working with Unformulated Experience, Dissociation and Enactment*. Routledge.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons Ruth, K., Morgan, A., y otros. (1998). Mecanismos no interpretativos en terapia psicoanalítica. El "algo más" que la interpretación. *Psicoterapia psicoanalítica relacional*.
- Stolorow, R. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: An evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14(3), 337–346.
- Stolorow, R. (2012). De la Mente al Mundo, de la Pulsión al Afecto: Una perspectiva Fenomenológico-contextual en Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3), 381–395.
- Stolorow, R., y Atwood, G. (2004). *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Herder.
- Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. En S. Braten, *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. (pp. 15–46). Cambridge University Press.

- Trevarthen, C. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 95-131.
- Trevarthen, C., y Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3-48.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Tronick, E. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290-299.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., y Brazelton, T. (1978). The infants response to entrapment between contradictory messages in face to-face interaction". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- Tronick, E., y Cohn, J. (1989). Infant mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60(1), 85-92. [www.jstor.org/stable/1131074](http://www.jstor.org/stable/1131074)
- Winnicott, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas*. Paidós.

# EXPERIENCIAS

## Merienducas: Fábrica de Trato Saludable

Gorka Saitua

Asociación para el cuidado de los y las profesionales de la intervención con  
personas menores de edad y/o sus familias: una presentación

### Resumen

Quienes trabajamos con personas que han sufrido trauma, o con familias que se enfrentan a grandes retos, necesitan espacios seguros donde podamos regularnos, mantener la confianza, la profesión, y recibir cuidados. Así, surge la Asociación Merienducas FTS (Fábrica de Trato Saludable) como una iniciativa para el cuidado de las personas que trabajan acompañando a gente que sufre en el contexto social, sanitario, o educativo, y para promoción del buen trato, tanto en la interacción íntima, como a nivel estructural. Ésta es nuestra experiencia.

### Abstract

Those of us who work with people who have suffered trauma or with families who have faced great challenges need safe spaces where we can regulate ourselves, maintain confidence in the profession, and receive care. Thus, the Merienducas FTS (Fábrica de Trato Saludable) Association was born as a project in the social, health, and educational context to care for people who work with and accompany those who suffer, all with the goal of promoting good treatment, both in terms of personal interaction and on a institutional level. This is our experience.

## Agradecimientos

No os saltéis, porfa, este epígrafe.

Es, quizás, el más importante.

Porque el proyecto del que vamos a hablar es un homenaje a todas las personas que supieron tratarnos bien. Todas ellas conforman y sostienen el buen trato que podemos darnos entre nosotras y nosotros, y ofrecer a los demás.

Esta idea implica recuperar esas experiencias de buenos tratos, para compartirlas, disfrutarlas en un entorno seguro, y transmitir las a las personas con quienes trabajamos, que en muchas ocasiones no han podido disfrutar de algo similar.

Casi nada, ¿verdad?

Así que, en primer lugar, queremos dar las gracias a nuestros *tutores primarios de resiliencia*, esto es, a aquellas personas que supieron estar a nuestro lado durante nuestros primeros años de vida, dejándonos la impronta en el cuerpo de que el mundo podía ser confiable, predecible y que podíamos acudir a otros seres humanos para encontrarnos mejor.

Yo, por ejemplo, durante mis primeros años tuve la suerte de poder disfrutar de los cuidados de Petra, mi abuela materna, que se encargó de apoyar a mi madre cuando trabajaba a turnos en un hospital. Gracias a ella pude sentir que siempre había alguien de confianza a mi lado, que cuidaba y protegía, y garantizaba una base segura a la que recurrir en caso de peligro, o malestar.

Sin duda, es una sensación que quedó codificada en mi cuerpo, de manera que, en los momentos en los que posteriormente pude pasarlo mal, siempre me quedó la confianza de que el sufrimiento pasaría y el mundo volvería a estar bien.

Aunque esos tiempos hayan pasado, y ella haya fallecido, tiene mucha culpa, no sólo de la barriga que cargo, sino de que haya llegado hasta aquí.

También debemos reconocer la influencia de nuestros *tutores secundarios de resiliencia*, es decir, esa gente que supo, de una u otra manera, acercarse a nuestro dolor de manera respetuosa, con una mirada validante, y que supieron ofrecernos las experiencias que necesitábamos para procesar nuestro posible malestar. Recuerdo con especial cariño a Gabriel García Najarro, Gabi, un profesor de filosofía con quien estudié en lo que ahora sería Bachillerato.

En aquella época estaba perdido. Me había enemistado con mis amigos y vagaba sólo por el patio del colegio. No me apetece entrar en detalles, pero confluyeron muchas cosas: sucesos que me ocurrieron y que yo mismo había provocado. Cada una de ellas me devolvía la idea de que era yo alguien despreciable y que no servía para nada.

Quizás no sea exagerado decir que me odiaba por dentro.

Justo entonces, apareció Gabi y sus clases de Filosofía.

Fue como despertar a la vida.

Me empecé a sentir competente. Entendía las cosas con facilidad y, a pesar de todo lo que me estaba comiendo, me esforzaba en hacerme presente en los debates de clase.

Creo que Gabi supo ver mi necesidad y prestarme la atención que necesitaba, con respeto y sin ser invasivo. Cuando me miraba, yo me sentía reflejado en su mente. Estaba convencido de que, cuando terminaban sus clases, seguía presente en su vida.

Parece poquito, ¿verdad?

Pero, para mí, que tenía hambre de sentirme valioso y visto, eso me llenaba de una fuerza que era, cómo decirlo, el aliento de vida que necesitaba para crecer.

Gabi murió y nunca pude agradecerle lo que había hecho por mí. Pero, de alguna manera, supe transmitírselo a su familia. Ojalá, algún día, alguna de las personas a las que acompaño, pueda tener una experiencia similar conmigo.

También, damos nuestro más especial agradecimiento a nuestros compañeras y compañeros de vida, es decir, aquellas personas que decidieron acompañarnos muy de cerca, a pesar de nuestro dolor y nuestras inevitables salidas de tiesto. Porque nosotras y nosotros, por muy profesionales que seamos, y por mucho trabajo personal que hayamos hecho, también tenemos una *ventana de tolerancia* que se puede desbordar.

Y más, trabajando en esto.

Una de las cosas que tengo que agradecer a Mariña, mi pareja, es que entienda que necesito dedicar tiempo a estas cosas. Que no es un capricho, o una necesidad del ego, sino una iniciativa de autocuidado.

El trabajo con personas vulnerables pasa factura al sistema nervioso. No es ningún secreto. El contacto íntimo con el trauma, traumatiza. Y lo hace de manera directa e indirecta. En nuestro trabajo nos mantenemos con el sistema nervioso hiperactivado. A menudo, corremos riesgos, nos encontramos con personas que cambian abruptamente de estado de ánimo y, con frecuencia, nos sentimos como un artificiero, manejando con tensión los cables de una bomba. Pero también sufrimos el maltrato que todas estas personas sufren por parte de terceros, e incluso de las estructuras que deberían cuidar y protegerlas y protegerlos como los ciudadanos que son. El sentimiento de responsabilidad es inmenso.

Ante esta situación, caben dos opciones. La resignación, o la contraria. La resignación implica sostener una barrera defensiva con las personas a quienes atendemos, dejando de estar presentes en su experiencia y su vida. Pero también podemos luchar por mejorar —un poquito, y muy prudentemente— las cosas, bien desarrollando iniciativas novedosas, o apostando por los cuidados.

Y de eso trata este texto. De cómo hemos creado un *lugar seguro* para que las y los profesionales puedan cuidarse, regularse y desarrollar proyectos que puedan trasladar este tipo de experiencias a las personas más vulnerables. A fin de cuentas, nuestras experiencias más íntimas en el trabajo, es decir, nuestra vulnerabilidad, nos acerca a las personas a quienes acompañamos. Y en ese contacto íntimo y humano es donde se dan los mismos procesos de reparación que nosotras y nosotros hemos disfrutado.

Tampoco podemos olvidar, por supuesto, a las hijas e hijos que hayamos podido tener. Porque, de alguna manera, nos imponen el reto de ser cada día personas más sabias, más fuertes y más amables de lo que jamás pudimos intuir.

Para toda madre y todo padre la crianza es todo un reto. Nos invita a conectar con nuestro niño herido interior y a tomar conciencia de lo difícil que resulta salirse de los patrones de conducta aprendidos. Pero también estimula mágicamente nuestra sensibilidad y nuestros deseos de cuidar muy de cerca.

Es por eso que nuestra experiencia como madres y padres se traslada inevitablemente a las personas con quienes trabajamos. Nuestras pequeñas y pequeños se convierten, así, en grandes maestros o, como se dice ahora, “influencers” que contribuyen a mejorar la vida de los demás.

Merecen una mención especial nuestras compañeras y compañeros de trabajo, con quienes nos enfrentamos, día a día, a grandes dificultades y que empatizan con nosotros y con nuestra forma de protegernos, valorando como un recurso valioso esa vulnerabilidad que, bien llevada, nos dota de ternura y capacidad de conectar como seres humanos.

Por último, dar las gracias de corazón a la Asociación Para la Promoción de la Psicoterapia en Contextos Educativo Terapéutico Sociales, ADP-CETS, y especialmente a Ángel Estalayo, por confiar en que nuestro proyecto merece la pena.

## Introducción

Os voy a contar qué es *Merienducas FTS (Fábrica de Trato Saludable: <https://fabricadetratosaludable.wordpress.com/>)*, desde mi propia experiencia personal.

Pero, antes, dejad que me presente.

Me llamo Gorka Saitua y soy educador familiar. Trabajo desde el año 2002 en una asociación sin ánimo de lucro que desarrolla diferentes programas que atienden a la infancia y a familias. Y también escribo en el blog [educacion-familiar.com](http://educacion-familiar.com), que tiene por finalidad entretener, reflexionar y divulgar contenidos relacionados con la educación y la crianza.

Esto último ha sido lo que me ha permitido entrar en contacto con muchas y muchos profesionales excelentes e ir viendo que teníamos muchas ideas e intereses en común que, llegado el momento, quisimos poner en práctica.

Nace así esta asociación, como un espacio orientado, sobre todo, al cuidado y autocuidado de las y los profesionales del sector. Y que siento, ahora que estoy en ello, como un recurso imprescindible para nuestra práctica profesional.

¿Por qué?

Es difícil resumirlo.

Quizás, lo primero sea que nuestro sistema nervioso necesita parar. Volver a un equilibrio tranquilo. Y esto, no siempre es fácil.

Vivimos en la cultura de la autoexigencia y la productividad y, de alguna manera, hemos integrado que parar y cuidarse es absurdo, o un signo de debilidad. Por ello, muchas veces tiramos del carro y aguantamos, ignorando las señales de malestar que nuestro cuerpo emite, hasta que “petamos” y tenemos que recurrir a la medicación.

Y cuando el sistema ha colapsado, es muy difícil de reconstruir.

Por eso, es importante que sostengamos prácticas de autocuidado que nos permitan mirar de frente y con curiosidad hacia nuestra propia vulnerabilidad. En términos de la *Teoría de los Sistemas de la Familia Interna*, a esas *partes exiliadas* que siguen en contacto con nuestro sufrimiento y, muy a menudo, con el de los demás.

Porque esas partes, que a menudo ocultamos, van acumulando experiencias que se pueden ventilar. Cuando se liberan, o se integran en una narrativa coherente y con sentido, el sistema entero se relaja. Y sólo así, tranquilos y en suficiente calma, podemos contar con todos los recursos para estar presentes en nuestra propia experiencia y en la de los demás.

Se trata de poner en marcha, de verdad y sin ambages, la idea que escuché a Mark Dangerfield de poner a todo el equipo alrededor del profesional que interviene, desplazando el foco principal de atención desde la tarea, al cuidado de la compañera, o el compañero que está en primera línea, para que pueda disponer de todas sus capacidades, especialmente de *mentalización*.

Sí, todo un reto. Lo es.

Además, las cosas no quedan ahí.

Entendemos que, para que nuestra experiencia sea plena, necesitamos un espacio que nos permita desarrollar proyectos que nos ayuden a divulgar una metodología de intervención fundamentada radicalmente en el concepto —creo que acuñado por M. Dantagnan, J. Barudy y su equipo— de *buen trato*, lo cual implica, muy resumidamente, abandonar la perspectiva teleológica de la intervención y apostar decididamente por los cuidados.

Pero que nos ayuden, también, a desarrollar iniciativas de interés en nuestros respectivos puestos de trabajo, con el apoyo de personas comprometidas con este modelo de

acompañamiento, creando sinergias en el pensar, en sentir y el actuar, que nos lleven a ser más coherentes con los valores que sentimos deben guiar cualquier tipo de intervención.

## El Pleistoceno

Todas y todos hemos recibido golpes en la vida, algunos de los cuales nos han hecho daño de verdad.

Pero, lo que marcha nuestra historia no es tanto los golpes que hemos recibido, sino las estrategias que —nosotras y nosotros, en nuestro contexto relacional— hemos podido activar para protegernos.

Cada uno de nosotros, quienes formamos Merienducas FTS, tenemos historias de *resistencia* y de *resiliencia*.

Por *resistencia* entendemos que son eventos que han quedado codificados en nuestro cuerpo y que, de una u otra forma, siguen estimulando tensión en nuestro sistema nervioso. Cuando un suceso del presente conecta con esas experiencias se activa una respuesta protectora, que es inconsciente y que tiene mucho que ver con cómo nos pudimos proteger en el pasado ante retos que fueron abrumadores, sobre todo, por lo vulnerables que éramos entonces.

Por mucho que hayamos estudiado, y por mucho trabajo personal que hayamos hecho, estas respuestas se mantienen y condicionan tanto nuestro trabajo, como la relación con las personas a quienes queremos.

Podemos relacionarnos con esas *partes protectoras*, es decir, con nuestra vulnerabilidad, de dos formas antagónicas. O bien, a través del *control*, el *desparrame*, o activando los *cuidados*.

Lo habitual es que no tengamos una buena relación con esas partes protectoras: el agresor, la víctima, el complaciente, el cobarde, el dependiente, el autocrítico, etc. Cada uno tiene las suyas. Son como personajes que operan de manera independiente y que, a veces, toman los mandos para dirigirnos hacia más problemas.

Nos gusta pensar que somos de otra manera.

A veces, cuando aparecen, tendemos a activar el control, pensando que así se doblegarán a nuestra fuerza de voluntad y volveremos a ser “nosotras y nosotros mismos”, es decir, las personas que nos gusta ser.

O también puede ser que las dejemos desbordarse, o fluir de cualquier manera, quedándonos con la sensación sentida de que lo hemos dejado todo hecho un asco, al irnos, de nuevo, al caos.

Haciendo las cosas así, el resultado suele ser poco satisfactorio. Estas partes protectoras cuentan con mucha más energía que nuestra fuerza de voluntad. Cualquier intento de luchar contra ellas las alimenta. Y dejar que se desparramen alimenta, más si cabe, nuestra sensación de inseguridad, llevándolas a estar más hipervigilantes y reactivas.

La alternativa es cuidar de ellas. Porque lo merecen.

Mirarlas con curiosidad, sentirlas en el cuerpo, escuchar lo que tienen que decir, permaneciendo atentas y atentos. Porque, cuando empezamos a mirarlas de cerca, y damos pequeños pasos para que se *sientan sentidas* y tenidas en cuenta, el sistema empieza a relajarse.

Y es en ese estado de calma e integración cuando surge la magia del diálogo. Las partes protectoras, directivas, o exiliadas, empiezan a contar su historia. Y nuestro ser más íntimo y profundo puede ayudarles a dar sentido, integrando en el cuerpo las experiencias que se quedaron atascadas en el tiempo.

Eso es, en gran medida, la *resiliencia*. Tener una buena relación con uno mismo, con la propia historia y, en consecuencia, con los demás.

En nuestra asociación hay muchas de esas historias. Dan el cante en los roles que jugamos: el rebelde, el cuidador, el operativo, el sabio, etc.

Y eso conecta, íntimamente, con los motivos que nos llevaron a elegir profesiones como las nuestras, con las expectativas que nos hicieron disfrutar de los estudios y que se han cumplido, o no, en las organizaciones e instituciones para las que trabajamos.

Pero, ¿por qué cuento esto?

Porque, de alguna manera, esta asociación nace de la insatisfacción.

Y la insatisfacción es una experiencia compleja, que une un entorno laboral que, a veces, nos hace sentir amenazados, con nuestra especial sensibilidad hacia determinadas amenazas. Por eso es importante que nuestras actividades tengan una doble orientación. Por un lado, para influir en la realidad y, por otro, para mirarnos y cuidarnos en lo que, sin duda, nos toca.

## Una Historia de Fracaso que Termina Bien

En lo que a mí respecta, todo se inicia con una historia de fracaso.

No me apetece dar muchos detalles, pero diré que, durante mucho tiempo, intenté desarrollar algunos proyectos que fueron mal.

Me di una torta como un templo. Y me vine abajo.

Me sentía un inútil que, además, había desperdiciado recursos preciosos.

Como os imaginaréis, no es la primera vez que me pasa algo, acumulaba cierta *experiencia traumática* al respecto.

Entonces, hice lo único que podía hacer: activar una de mis *partes protectoras*.

La llamaremos “el Payaso que Persiste”, por ponerle un nombre.

“El Payaso que Persiste” está un poco loco. No rige bien. Se obsesiona con una idea y la convierte en el centro de su vida. Estudia, profundiza, y le importa un pimiento la opinión de los demás.

De hecho, las críticas lo estimulan, porque le hacen sentir algo así como un héroe solitario, que sigue luchando por una causa perdida.

Ni qué decir que este personaje tiene también su parte negativa. Como todas las partes protectoras, pierde de vista a los demás y, un poco, su criterio de realidad, liándola parda allá donde pisa.

Y, claro, volví a fracasar.

Pero, entre todos los fracasos, hubo una cosa que permaneció: [educacion-familiar.com](http://educacion-familiar.com), un blog que, no sé muy bien por qué, empezó a triunfar.

Primero, fue un comentario en positivo. Y luego, más.

De repente, se había convertido en algo que tenían presente para muchas personas, profesionales y familias, que desean reflexionar sobre su forma relacionarse con las personas que acompañaban, o a las que cuidaban.

Nunca pensé que podía llegar algo así.

Pero me dejé llevar por el orgullo y la motivación. Y, un buen día, decidí hacer una locura: crear una plataforma virtual para poner en contacto a profesionales que apuestan por intervenciones respetuosas desde el paradigma del buen trato y los cuidados. Un lugar donde, entre todas y todos, también nos podamos cuidar.

La idea era maximizar las oportunidades que ofrecen las redes sociales para que, sea cual sea la distancia, podamos sentirnos cerca y conectados, entablando relaciones de cooperación.

Y, con mucho miedo y sin demasiada prudencia, empecé a hacer experimentos.

Primero, poniendo todo mi conocimiento y mis recursos disposición del público. Creía que, si lo hacía bien, podía despertar en el resto las mismas ganas de colaborar.

Luego, haciéndome más cercano, a través de reflexiones y pequeñas iniciativas de formación que quedaban grabadas en vídeos que colgaba en diferentes plataformas de contenidos.

Más tarde, proponiendo videoconferencias para apoyarnos entre las y los compañeros. Conectando en directo, cara a cara.

Y así, empezaron a surgir pequeñas redes de cuidados y colaboración. Redes que pudieron permanecer en el tiempo y que nos permitieron aventurarnos a dar un paso más allá: quedar, vernos de cerca, merendar —de ahí, el nombre de la asociación—, y “cervecear”.

Todo empezó con algunos encuentros tímidos, pero interesantes.

Al primero, sólo acudimos 4 personas. Pero nos entendimos bien.

En el segundo, me temblaban las piernas, porque fuimos un montón.

La última, fue quedar un grupo de gente, que sólo nos conocíamos a través de las redes, en una casa rural de Cercedilla, en Madrid, todo un fin de semana pensando para cuidarnos y desarrollar redes altruistas de solidaridad.

Quedé encantado, y creo que el resto también.

Mientras tanto, un grupo se había hecho fuerte en Bilbao. Las más motivadas, los más locos, las que más fuerza querían hacer.

Empezamos a tomarlo en serio. Quedábamos para hablar de los casos que nos preocupaban. Para poner en práctica con nosotros, los recursos aplicábamos a los demás. Hicimos sesiones orientadas a conectar con nuestros “recursos sentidos” y a cuidar de cada uno de nosotros cuando algo nos afectaba y sentíamos que nos podíamos desbordar. Compartimos iniciativas de formación y descubrimos que cada uno de nosotras y nosotros tenía mucho que aportar.

Y, tras cada sesión, nos íbamos de cañas, ya sabéis, para relajar la activación del sistema nervioso simpático.

Que nosotras y nosotros también gustamos de utilizar algunas sustancias para regularnos emocionalmente. Que no siempre está mal.

Un día, en el que nos pasamos con la cerveza, alguien dijo que esto era algo grande y que le podíamos dar forma. Todos nos vinimos arriba.

Y eso es, justo, lo que os queremos contar.

## El Proyecto

Merienducas: Fábrica de Trato Saludable, es justo eso. Un lugar que crea y sostiene los Buenos Tratos, por mucho que el mundo pueda flaquear. Una base segura a la que siempre podemos acudir para sentirnos cuidados y protegidos y podernos regular emocionalmente. Donde sabemos que hay gente muy capaz, con la misma mirada hacia la infancia y hacia las personas, con quienes podemos colaborar.

Para ello, desarrollamos proyectos que se pueden clasificar en las siguientes categorías:

Sesiones de autocuidado. Orientadas a que podamos expresar nuestras emociones y vivencias, darles un sentido, desbordarnos si nos toca, y sentir todo el cariño y la empatía del grupo para volvernos a regular. Mirar con cariño lo que nos ocurre, para poderlo acompañar.

Iniciativas de formación y autoformación. Se trata de poner todos nuestros recursos, profesionales y personales, a disposición de los demás. Y, en paralelo, ir ahorrando recursos, para diseñar iniciativas de formación que podamos necesitar, a través de profesionales de nuestra confianza.

Intervisión de casos. A veces, nos atascamos y necesitamos buscar respuestas fuera de nuestro contexto laboral. La asociación proporciona a los socios un espacio para reflexionar sobre todas las cosas que nos ocupan y nos preocupan, eso sí, protegiendo estrictamente la información que sea confidencial.

Fomento de las buenas prácticas. Es decir, de las actitudes que permiten a las personas, en términos de Daniel J. Siegel, “sentirse sentidas”, validadas en su experiencia íntima y con un lugar en la mente de las figuras profesionales que la acompañan.

Encuentros para profesionales. Para diseñar estrategias de colaboración relacionadas con los objetivos y la mirada que nos une, y promover alternativas sólidas y realistas que quepan en los diferentes contextos de trabajo e intervención.

Microproyectos. Pequeñas iniciativas que unen a personas con intereses en común para diseñar materiales y metodologías que permitan mejorar las respectivas prácticas profesionales.

Desarrollo de entornos protectores. Con el apoyo de IIDIS (<http://iidis.net/>), adquirir formación específica para la valoración e implementación de entornos protectores, que son espacios que garanticen la seguridad desde la perspectiva del apego y el trauma, esto es, a través de la disponibilidad de figuras reguladas, suficientemente sabias, fuertes y amables, en las que se pueda confiar. Y eso, sobre todo, implica cuidar de las relaciones y de las experiencias de los demás, apostando por un diseño novedoso de las organizaciones y del entramado institucional.

Pero, para mí, si algo caracteriza a Merienducas FTS es su carácter humanista, cercano, corporal, sencillo, y la apuesta por el contacto con nuestra propia vulnerabilidad.

Pero, claro, esta es sólo mi experiencia.

Me gustaría dar paso a dos compañeras nuestras, Maika y Patricia, para que la puedan completar.

## La Experiencia de Maika Campo

Hace algunos años, entré en el estudio de un artista experimental en Granada. Era Alejandro Gorafe, y entre otras joyitas nos enseñó a mi pareja y a mí una de sus colecciones: "Para que veas". Me quedé fascinada. Me encantó la creatividad, el juego que había en su obra y las sensaciones provocadas en ese intercambio puntual con alguien a quién no conocía de nada. Ahora, bastantes años después, y al pensar ¿qué es para mí Merienducas? vuelvo a esa obra y a ese momento. Si alguna sensación puedo asociar con ese descubrimiento, un día cualquiera, en un estudio en Granada, es la de curiosidad. Yo quería ver más y mi memoria corporal conecta con la sonrisa de ese día, con la sensación de apertura corporal, de sorpresa ante lo que estaba viviendo. Su obra, muy a grandes rasgos, consistía en diferentes modelos de gafas, que permitirían ver el mundo y verse a uno mismo al ponérselas de un modo muy diferente al habitual.

Yo llegué a Merienducas gracias a Patri. Llevaba trabajando como educadora social en el Centro Educativo Ibaiondo más de 10 años y dentro del equipo pedagógico del Máster en Danza Movimiento Terapia (DMT) en la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) desde el 2015. Vamos, un coctel extremo, que ha puesto a prueba en más de un momento gran parte de mi mundo. Un año después de empezar mi trabajo en Ibaiondo, comencé mi formación en DMT. Así que, prácticamente durante toda mi vida laboral en este campo, me he mantenido en la

búsqueda y tratando de encontrar el modo de incluir el cuerpo en un espacio donde la escisión cartesiana mente-cuerpo parece perpetuarse sin remedio. Un día Patri, compañera y gran amiga, me dijo que tenía que conocer al grupo de Merienducas. Me convenció para ir a uno de sus encuentros con un argumento ante el que no me pude resistir: “son personas que tienen la mente abierta”. Para mí se convirtió en un lugar donde podía hablar en un lenguaje comprensible, un espacio para la reflexión colectiva y donde el lema de “cuidarse para poder cuidar” adquiría una nueva dimensión. La ética de nuestra profesión se colocaba en el lugar que la intervención interpersonal considero que requiere. Especialmente, cuando con quién tratamos es con personas vulnerables, que dependen de un acompañante con una estructura del Self, al más puro espíritu winnicottiano, suficientemente sana. Arthur Robbins entiende la terapia como un espacio donde ofrecer posibilidades contra las fuerzas de la desesperanza. Para mí, la esperanza es la base de mi vida, pero además es eso que necesito poder transmitir a las personas a las que acompaño. Creo que un proceso de transformación requiere de la posibilidad de encontrar alternativas y un grupo diverso, profesional, consciente de su mundo interno y dispuesto a colaborar autocuidándose, para poder ofrecer cuidado otros. Se ha convertido para mí en una mezcla entre “cofre del tesoro” y “bandera de la esperanza” que necesito tener muy cerca, si quiero ser capaz de seguir siendo un sostén para otros.

### La Experiencia de Patricia López

Conocí a Gorka a través de las redes y en un arranque de osadía me presenté en la primera reunión que propuso. Aquello estaba lleno de sugus y galletas de dinosaurios, así que malo no podía ser. Además, le acompañaban un discurso y una forma de pensar que generaban en mí todo el cuestionamiento que me planteaban muchos años trabajando para el sistema de reforma.

Desde siempre me gustó la pedagogía desde un punto de vista humanista y lo social quedó impreso en mi infancia como una militancia y manera de acompañar a los demás.

Desarrollar mi tarea profesional en un contexto tan restringido, punitivo y poco actualizado como es la justicia juvenil me habían llevado a un choque con mi propia esencia y, como dos grandes placas tectónicas que se atropellan, estaba a punto de crearse un terremoto personal y profesional.

Terminaba el Diplomado en Traumaterapia de Barudy y Dantagnan con José Luis Gonzalo al frente, que me había ayudado a llenar de base científica las ideas que recurrentemente me asaltaban en mi intervención. Los adolescentes con los que trabajábamos eran víctimas de infancias muy difíciles, con consecuencias devastadoras en su crecimiento neurobiológico, psicológico y moral. Los apegos desorganizados, el trauma, los malos tratos y la negligencia no sanan a través de los castigos ni las respuestas. Encontrar a personas que creían firmemente en el acompañamiento a través de la presencia, la sintonización, la empatía y el afecto... fue como descubrir un nuevo mundo lleno de posibilidades.

Merienducas fue ese despertar. Profesionales del campo social y clínico apostando por los buenos tratos profesionales, trabajando y trabajándose en pos de un bienestar común. Cada profesional que llegaba y contaba su experiencia alimentaba una esperanza y una ilusión. Se creó una red de personas capaces de mirarse dentro, de afrontarse y ampliar esa mirada a la hora de ver al otro. Nos alimentábamos de Bowlby, Siegel, Fonagy, Baron-Cohen, Gerhardt, Di Bartolo.... Teníamos hambre de más.... Pero, sobre todo, nos comenzamos a alimentar de nuestros compañeros, de su propia experiencia y sabiduría, de los errores y aciertos que realizamos cada día.

Aprendimos a validar al otro, a entender, a respetar y a establecer relaciones reparadoras que nos definan como los profesionales que queremos ser. Es un camino complicado, en el que

despojarse de la protección del ego, la propia carencia y el miedo provocan en nosotros muchas resistencias, pero hemos optado por recorrerlo porque pensamos que sólo a través de la comprensión y compasión podremos crear un mundo un poco mejor.

### Bibliografía

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa
- Frankl, V. E. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Herder
- González, A. (2020). *Lo bueno de tener un mal día. Cómo cuidar de nuestras emociones para estar mejor*. Planeta
- Gorafe, A. (1991). *Para que veas*. T.G. ARTE, Juberias & CIA
- Panhofer, H. (2012). La sabiduría y la memoria del cuerpo. En C Giménez (Ed). *La investigación en danza en España*. Mahali
- Porges, S. W. (2017). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: el poder transformador de sentirse seguro*. Eleftheria
- Robbins, A. (1998). *Therapeutic Presence. Bridging Expression and Form*. Jessica Kingsley Publishers
- Siegel, D. (2012). *El cerebro del niño*. Alba Editorial
- Silberg, J. S. (2019). *El niño superviviente: curar el trauma del desarrollo y la disociación*. Desclée de Brouwer
- Schwartz, R. C. (2015). *Introducción al modelo de los sistemas de la familia interna*. Eleftheria
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Gedisa

# Terapeutas del Vínculo

Francisco José Cabezuelo Segura

Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales

## Resumen

Desde que nacemos establecemos una relación de apego con las personas que nos cuidan, y esta relación comienza a marcar nuestros estilos emocionales, cognitivos y conductuales, que se terminarán de estructurar en diferentes tipologías de personalidad. Determinando en buena medida cómo nos vemos a nosotros y nosotras mismas, y cómo nos relacionamos con el resto de personas. Que sea una manera funcional o no, tendrá que ver con el tipo de interacción que hemos ido construyendo con las personas que nos han estado cuidando y posteriormente con otras que han sido significativas durante nuestra vida. Cuando esa interacción nos ha provocado daños, se ha de encontrar qué puede unir las piezas fracturadas para que sean más fuertes ante las diferentes adversidades de la vida. Como seres relacionales necesitamos un enfoque relacional que nos ayude a reconstruir una nueva narrativa, que nos posibilite una mayor adaptación a los retos que tenemos que resolver cada día y poder construir una resiliencia desde un vínculo seguro. Para tal reto, nuestra intervención debe estar fundamentada en un modelo terapéutico de intervención educativa que ofrezca a las personas posibilidades de cambio real y duradero en el tiempo, que rompa los círculos intergeneracionales, y para poder realizar este trabajo, inevitablemente, tenemos que convertirnos en terapeutas del vínculo.

*Palabras clave:* Terapeutas del vínculo, resiliencia, vinculación segura, modelo terapéutico de intervención educativa.

## Abstract

Since we are born, we establish an attachment relationship with the people who care for us, and this relationship begins to mark our emotional, cognitive and behavioral styles, which will end up structuring in different personality typologies. In largely determines how we see ourselves and how we relate to other people. Whether it is a functional way or not will have to do with the type of interaction that we have been building with the people who have been caring for us and subsequently with others that have been significant during our lives. When that interaction has caused us damage, we must find ways of putting together those broken pieces so that they become stronger when it comes to face different adversities in life. As relational beings we need a relational approach that helps us to reconstruct a new narrative that enables us greater adaptation to the challenges we have to solve each day and to build resilience from a secure attachment. For such a challenge, our intervention must be based on a therapeutic intervention therapeutic model that offers people possibilities of real and lasting change over time, that breaks the intergenerational circles, and to be able to perform this work, inevitably, we have to become therapists of the attachment.

*Keywords:* attachment therapists, resilience, safe bonding, therapeutic model of educational intervention.

## Hablando de Vinculación

Sabemos que los niños, niñas y adolescentes que ingresan en un Servicio de protección presentan, en su mayoría trastornos de la vinculación, si no son todos. Y es extensible a casi todos los servicios socioeducativos en los que trabajamos con infancia y adolescencia. Para contextualizar, trabajo en un servicio que está dirigido a la infancia y adolescencia tutelada por la administración.

La teoría del apego de John Bowlby, entre 1969-1980, estableció que el apego temprano es un comportamiento innato en los primates y particularmente en los seres humanos. Una necesidad universal de las personas de crear vínculos afectivos estrechos (Bowlby, 1969). El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres o cuidadores y que le proporciona la seguridad indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. En la base de esta teoría se encuentra la necesidad recíproca de las relaciones tempranas, lo que para Hofer (1995) es ya una precondition en todos los mamíferos, incluyendo los humanos. En los años setenta, Bowlby (1973), explicó que el objetivo del sistema de apego era mantener al cuidador accesible y receptivo, que estuviera disponible. Posteriormente, Bowlby (1980) completó esta afirmación, que las experiencias del cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos, dan lugar a modelos representacionales. Para que se dé un apego seguro se hace necesaria una atención a las necesidades físicas y psíquicas del niño. Cuidadores disponibles y sensibles, que saben interpretar la demanda y ofrecer un contacto emocionalmente estable.

En un estudio Bowlby observó que niños que habían sufrido una severa deprivación desarrollaban los mismos síntomas que había observado en ladrones juveniles que habían carecido de afecto por parte de sus cuidadores (Bowlby, 1951). Cuando no se establece una relación temprana de seguridad con las figuras parentales se dan diferentes tipos de apegos inseguros, que veremos más tarde. Siguiendo con este argumento, diferentes autores, que veremos a continuación, plantean en mayor o menor medida la influencia del apego temprano en la persistencia en la edad adulta de las modalidades seguras o inseguras, gracias a las representaciones

mentales internalizadas. Estos modelos mentales se van construyendo hasta la adolescencia, para quedar consolidados en la edad adulta.

La teoría del apego, como teoría de las relaciones, estudia la competencia relacional y la cognición social en la vida adulta (Tomasello, 2010), que surgen a partir de los patrones de apego de la infancia (Holmes, 2009; Marrone, 2014; Tello et al. 2015; Torres et al. 2014). Además, nos aporta la base intersubjetiva e interpersonal y de transmisión transgeneracional para la función reflexiva y la teoría de la mente (Andreasen, 2003; Bentall, 2011; Fonagy, 2004; Tello et al 2015). Esto es muy importante en nuestro trabajo, donde vemos cómo se repiten los mismos patrones en casos que hemos intervenido de una generación a otra.

La gravedad de la afectación dependerá del tipo de apego inseguro, la intensidad, frecuencia y de la elaboración, que se haya podido realizar de esa relación, sobre todo crítica en los primeros años de vida. En algunos casos por violencia en sus diferentes tipologías, otros por negligencia o por inexistencia de contacto con las figuras que les han de proteger y querer.

Solamente en el apego seguro, con figuras parentales o cuidadores que muestran suficiente sensibilidad, toleran la ansiedad, posibilitan la accesibilidad, y no son excesivamente intrusivos, se da la situación óptima para que el niño o la niña explore su entorno y por lo tanto se desarrolle. En las modalidades inseguras su energía está dirigida a la necesidad de una base segura. A lo largo de la infancia y adolescencia se irán configurando modelos representacionales que derivarán en estructuras internas, modelos operativos internos de cómo se ven las personas a sí mismas y a las demás personas.

Parece razonable, que si tenemos que fijar un punto de partida para restaurar los efectos del vínculo inseguro recibido, por parte de sus propias familias o figuras que les han de cuidar, es precisamente ofrecer una vinculación diferente que pueda cambiar el tipo de relación con las demás personas y su propio autoconcepto.

Lo primero que necesitamos en esta relación es ofrecer seguridad y afecto. Una base segura de donde poder partir y requiere de tiempo y planificación, a parte de condiciones relacionales

necesarias de las personas que van a trabajar con estos chicos y chicas. Pero la vinculación posibilita mucho más, nos permite trabajar la regulación emocional y ofrecer nuevas posibilidades para hallar relatos alternativos que sustituyan a los que están dañados por las vivencias sufridas.

Cada vez se habla más de los trastornos del vínculo a la hora de explicar y dar un significado a los comportamientos y estados cognitivos de los chicos y chicas, que por diferentes tipos de maltrato llegan a nuestros servicios. Existe cada vez más bibliografía que habla de la relación entre vínculo inseguro y vulnerabilidad a diferentes psicopatologías, alteraciones o déficit en la función reflexiva. Siguiendo con este modelo explicativo parece lógico pensar que será mediante una vinculación terapéutica donde podremos activar los factores de cambio, reactivando los apegos en la relación; transformando la función reflexiva en la relación vincular, ampliando y ofreciendo alternativas en la competencia narrativa de nuestros chicos y chicas.

La vinculación insegura afecta a la calidad de las relaciones, presentando dificultades en la petición de ayuda. Son patrones adaptativos y defensivos que configuran una manera de autoperibirse y percibir a las demás personas. Estas dificultades limitan el desarrollo integral, facilitando posibles disfunciones de diferente gravedad. De ahí la importancia de fomentar un trabajo desde el vínculo, para desarrollar una seguridad que desplace y restaure estos patrones inadecuados provocados por el maltrato, ofreciendo estructura, seguridad, coherencia, capacitación etc. Todas aquellas cosas en las que se ha producido una fractura, y que tenemos que unir desde la relación y la comunicación, y con las estrategias adecuadas que encajen con la lógica de la dificultad presentada.

Las primeras investigaciones detalladas de las diferencias individuales en apego fueron descritas por Ainsworth et al. (1978). Basándose en una serie de observaciones realizadas a través de un procedimiento estandarizado de laboratorio llamado la Situación Extraña, de interacciones materno-filiales, desarrollaron la primera clasificación de apego en niños y describieron tres patrones generales: seguro, inseguro evitativo e inseguro ansioso-ambivalente. A través de la

situación extraña, bebés con apego seguro presentan conductas de exploración activa, se disgustan ante la separación del cuidador, pero cuando este vuelve tienen una respuesta positiva frente a él y suelen consolarse con facilidad; bebés con apego evitativo presentan conductas de distanciamiento, no lloran al separarse del progenitor y evitan el contacto cercano; por último, bebés con apego ambivalente reaccionan fuertemente a la separación, presentan conductas ansiosas y de protesta como llorar y aferrarse, suelen mostrar rabia, no se calman con facilidad y no retoman la exploración. Posteriormente, Main y Solomon (1986), agregaron una cuarta categoría, la desorganizada. Algunos bebés muestran conductas desorientadas en presencia del progenitor, oscilan desorganizadamente entre la búsqueda y la evitación. Los comportamientos en general son confusos y desorganizados.

Para entender estas reacciones que presentan estos niños y niñas en relación al apego, nos encontramos con cuidadores que en el caso del apego seguro proporcionan disponibilidad, atención a las señales que éstos muestran, y preparados para responder; ofrecen contacto cuando lloran, responden de forma sincrónica al estado emocional, siendo capaces de visualizar las necesidades de quienes cuidan, y no como necesidades propias o ataques a su integridad; sus propias narraciones de las historias de apego son coherentes, describiendo fácilmente experiencias de apego tanto positivas como negativas, con buena integración de ambas. En cuanto a los que presentan apego inseguro ansioso-ambivalente, las figuras parentales unas veces están disponibles y otras no de forma frecuente, potencian las separaciones y las amenazas de abandono usándolas como medio de control; falta sincronía emocional con el bebé, y pueden haber periodos de ausencia física de la madre, pero sobre todo se produce una ausencia de disponibilidad psicológica, que convierte los cuidados en incoherentes, inconsistentes e impredecibles. En cambio en el apego inseguro evitativo las figuras parentales se relacionan con una mezcla de angustia, repulsión, y hostilidad, expresando actitudes controladoras, intrusivas, y sobreestimulantes; las madres reaccionan sintiéndose amenazadas por los lloros o necesidades insatisfechas de los bebés, sin control de la situación para actuar en consecuencia. Niegan

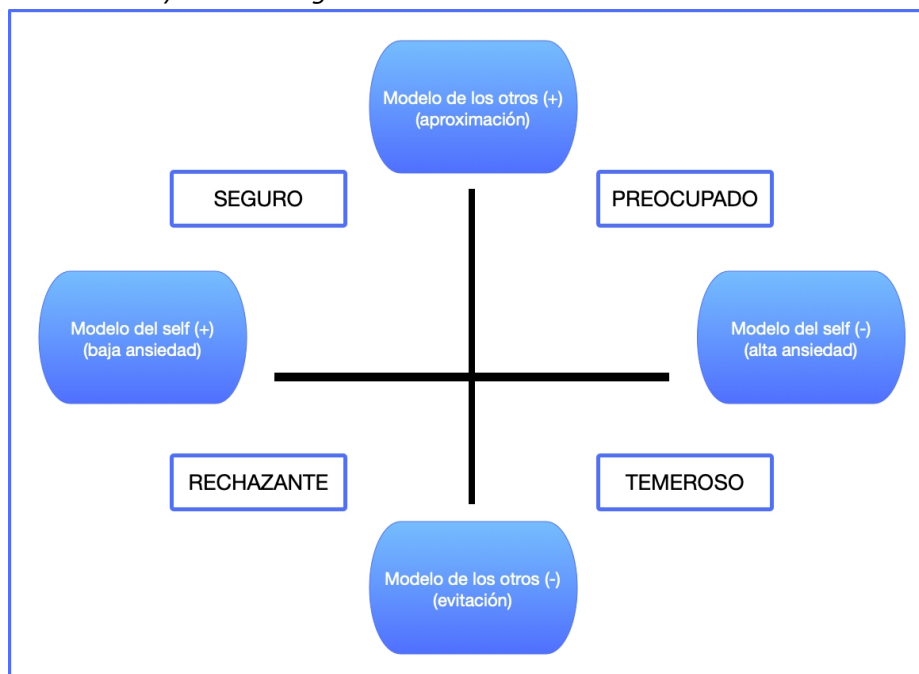
las necesidades del bebé, tomando distancia del estado emocional de éste, forzándole a modificar su estado emocional o distorsionando los sentimientos en otros más tolerables, dando su propia lectura. Por último, en relación al apego desorganizado, las prácticas parentales son altamente incompetentes y patológicas, como consecuencia de haber sufrido experiencias muy traumáticas y/o pérdidas múltiples no elaboradas en la propia infancia. Padres y madres con incompetencias parentales severas y crónicas, con frecuencia muy difíciles de poder recuperar, como patologías psiquiátricas crónicas, alcoholismo y toxicomanías. El estilo parental puede ser violento, desconcertante, e impredecible de forma frecuente. Se provoca aquí una paradoja vital, si el niño o la niña se acerca buscando apego, provoca ansiedad en el progenitor, si se aleja, éste se siente provocado, y canalizará su ansiedad mediante comportamientos hostiles y de rechazo.

Estas tipologías de apego descritas, han servido de base para desarrollar diferentes clasificaciones de apego adulto. Así encontramos el modelo de

clasificación de Bartholomew (Bartholomew y Horowitz, 1991). El autor elabora una clasificación dimensional y prototípica del apego a partir de la percepción que una persona tiene de sí misma y de las demás personas, tal como puede observarse en la Figura 1. La combinación de una visión positiva o negativa del self y de las otras personas, da como resultado cuatro estilos de apego: el apego seguro y los apegos inseguros temeroso, preocupado, y evitativo, que se asocian a una mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, dificultades de relación y de adaptación, y en general, a un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos. La visión negativa de la propia persona en los apegos preocupados y temerosos, incrementa la presencia de creencias disfuncionales y la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología. Esto se hace más relevante en el caso de niños, niñas y adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar (Rodríguez y Morell, 2012). En cambio las personas con una visión positiva del self presentan mejor salud mental y más calidad en sus relaciones (McLewin y Muller, 2006; Muller et. al., 2001).

**Figura 1**

*Modelo de dos dimensiones y cuatro categorías*



*Nota.* Adaptado de "Evaluación del apego en el adulto: Una revisión", por C. Martínez y .M. P. Santelices, 2005, *Psyche (Santiago)*, 14(1), en base a Bartholomew y Horowitz, 1991. (CC BY 4.0)

En este contexto de apego expuesto, hay chicos y chicas que presentan más dificultades para poder confiar en las personas que estamos a su cuidado, pero aquí está la pericia y el autoconocimiento de las personas que las atendemos, el trabajo en equipo, el conocimiento de cómo abordar estos casos y la evaluación de las intervenciones efectuadas. Una de las cosas de las que cuesta hablar es de la iatrogenia en la intervención, de cómo podemos influir de forma negativa con nuestras acciones o actitudes, y aquí es importante el trabajo que realicemos a nivel individual y de equipo, y por qué no, acompañado de una supervisión. Todas las personas partimos de nuestras propias experiencias vinculares, y las ponemos en juego cada vez que interactuamos, tanto con los chicos y chicas de los cuales somos referentes, como con nuestros propios compañeros y compañeras de trabajo.

En definitiva, nuestro trabajo debería proporcionar un recorrido hacia un *estado resiliente, que permitiera u ofreciera posibilidades* a las personas de las que somos responsables, de cara a dar opciones a que puedan afrontar el estrés, el trauma y la pérdida, capacitándoles para desenvolverse en la vida de una forma más funcional, plena y gratificante. Factores que se erigirán como protección para la posible aparición de diferentes psicopatologías.

Tenemos que ir hacia una *dimensión terapéutica de la relación*, dentro de un *nuevo modelo transversal biopsicosocial, integrador, evolucionista y de desarrollo*, que dé orientaciones claras a cómo responder a las personas con las que intervenimos y poder entender la dinámica relacional que se establece con las personas que atendemos. Algunos autores y autoras ven en la teoría del apego, una teoría del desarrollo humano (Torres et al., 2014; Yáñez y Liotti, 2008), capaz de aglutinar conceptos psicodinámicos, cognitivos y conductuales, que aporta soluciones a la salud desde la resiliencia, e implicada en la explicación de la patología desde la vulnerabilidad adquirida en nuestro proceso de apego (Crittenden, 2002; Marrone, 2001, 2014).

## Un Poco de Arte Japonés

Esta dimensión terapéutica a la que me refería anteriormente, es la que me ha hecho relacionar el

arte del *Kintsugi* con el abordaje necesario para restaurar la vinculación insegura, transformándola en una vinculación funcional y mucho más, un cambio que ofrece nuevas posibilidades. El Kintsugi por definición es un arte que consiste en reparar las fracturas de los objetos de cerámica que se han agrietado o sufrido algún desperfecto.

Kintsugi es un arte japonés que surgió en el siglo XV (Gopnik, 2009). Cuenta la historia que se inició cuando el Shōgun Ashikaga Yoshimasa mandó reparar su tazón de té favorito a China. El resultado no le gustó en absoluto porque al colocarle grapas metálicas el líquido se filtraba por las grietas del recipiente. No sólo había perdido la belleza de su tazón sino que quedaba inservible. Por ello mandó, esta vez a artesanos japoneses, idear una técnica de restauración que recuperara su utilidad y además siguiera siendo bello. Estos artesanos idearon una técnica mezclando un barniz de resina con polvo de oro para unir las partes de cerámica que se habían fracturado. Consiguieron convertir las piezas rotas en ejemplares únicos, más bonitos aún de lo que fueron antes de romperse. Una vez arreglado, las roturas embellecen al propio objeto y le dan más valor.

Haciendo un símil, podemos trasladar esta técnica artística a un arte terapéutico que transforma las heridas relacionales en algo más resistente y bello, con una historia vivencial que le da más valor.

Las personas pueden quebrarse emocionalmente por diversos motivos, igual que la cerámica, que puede agrietarse o romperse si el impacto es fuerte. Para repararlo tenemos que utilizar terapéuticamente los elementos combinados que encajen con la rotura que se ha de unir. El resultado final es la resiliencia, pero para llegar allí se ha de reparar y acompañar en un proceso que dote de posibilidades nuevas a las personas que atendemos.

En mi trabajo, el barniz y oro utilizado en el Kintsugi, lo he sustituido por la teoría del apego, el modelo centrado en la persona, el construccionismo, la terapia sistémica, por la mentalización y la terapia breve estratégica. Una mezcla de teoría e intervención terapéutica que brevemente resumo: La *teoría del apego* (Bowlby, 1989) y sus herederos dan un marco para entender el funcionamiento vincular y la situación evolutiva

de nuestros chicos y chicas, y qué nos demandan a nivel relacional. El *modelo centrado en la persona* (Rogers, 1981) donde la aceptación y reconocimiento, la autenticidad y la incondicionalidad hacia las otras personas se erigen como un pilar relacional, y el foco se pone en las capacidades propias de las personas para cambiar. El *construccionismo* (Piaget, 1985), ofrece una visión en la que no hay una única realidad, percibimos la realidad de forma diferente y por tanto interpretamos el conocimiento también de forma distinta, por lo tanto podemos construir una más funcional. La *terapia sistémica* me recuerda que en toda situación estamos todos implicados, que formamos parte de la solución, pero también del problema si nuestra intervención puede verse afectada por nuestras propias dificultades. Watzlawick (1993) nos recuerda que la comunicación no se explica como un proceso interno que surge del sujeto, sino como el fruto de un intercambio de información que se origina en una relación, y nos regala el axioma que no comunicar es imposible. La *mentalización* en una doble vertiente: en la de cuándo intervenir y cómo ante estados no mentalizados, y en el trabajo sobre cómo se ven a sí mismos los individuos y a las otras personas que es la base para llegar a un estado de mentalización, que no es otra cosa que la capacidad de vernos a nosotros o nosotras desde fuera y a las demás personas desde dentro (Fonagy, 2015). Y por último la *terapia breve estratégica* que me ofrece intervenciones específicas para abordar dificultades que surgen en el día a día. Que se basa en como funcionan las dificultades, descubrir las soluciones intentadas disfuncionales, encontrar excepciones que funcionan y, nos permite gestionar la realidad del modo más funcional posible. Tenemos a Nardone y Portelli, (2006), que han elaborado protocolos para identificar soluciones intentadas en problemas específicos.

### Vinculación Terapéutica Estratégica

Mi propuesta es básicamente defender un *enfoque terapéutico de la intervención educativa*, pero es extensible a otras disciplinas, donde genéricamente podríamos hablar de *terapeutas sociales*.

En cualquier servicio que trabaja con personas hay intervención, de un tipo o de otro, estamos

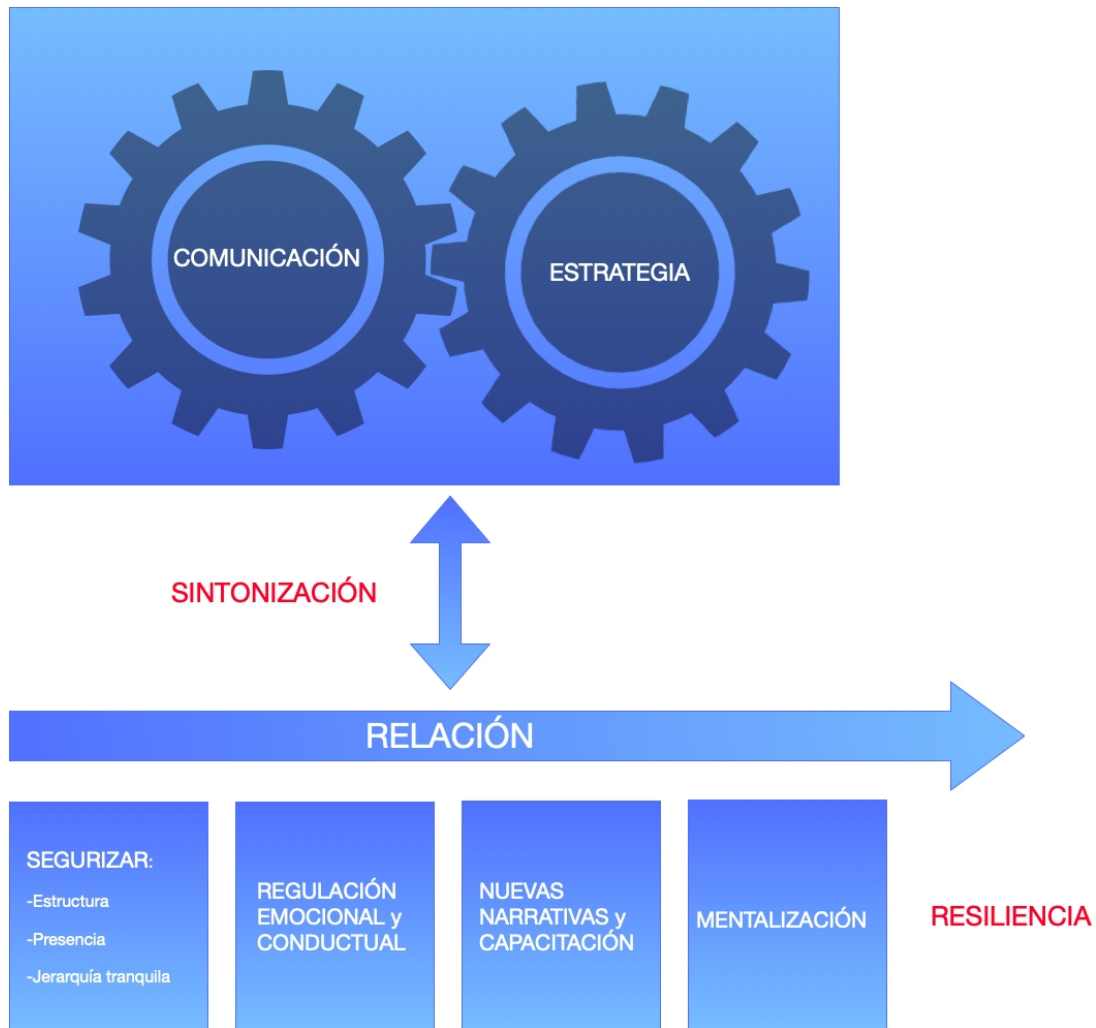
constantemente e inevitablemente interviniendo. Pero muchas veces, es una intervención sin una intencionalidad más allá de solucionar lo que aflora en la superficie y sin cuestionarnos si estamos ofreciendo realmente un punto de palanca para movilizar alguna cosa que abra alguna posibilidad, o estamos, tal vez, empeorando la situación al poner cosas propias que no hemos trabajado de forma personal. Si ponemos en valor nuestro trabajo, que creo que es necesario en el ámbito social y educativo, al final nuestro objetivo podría focalizarse en convertirnos en agentes que provoquen en su acción posibles cambios, pero no cualquier cambio, así que tenemos que enfocar hacia donde nos dirigimos y como queremos conseguir ese cambio, para que sea eficaz y eficiente, y a ser posible alejarnos de posibles intervenciones iatrogénicas. Si es un cambio que genera un beneficio emocional y/o cognitivo que pueda perdurar en el tiempo, porqué no hablar de intervención terapéutica en nuestro ámbito. Tal vez sería un elemento fundamental, que permitiera valorar mejor las actuaciones que ofrecemos y que den valor a nuestro trabajo. Sin olvidar evaluar desde la evidencia para poder ofrecer mejores intervenciones, teniendo como eje fundamental la calidad que ofrecemos en nuestros servicios, dentro de una mejora constante que guie nuestro trabajo.

Tal como puede observarse en la figura 2, siguiendo la filosofía del Kintsugi, utilizo tres elementos combinados para restaurar las posibles heridas vinculares, ofreciendo “posibilidades” a aquellas personas que nos tienen como sus referentes: *la relación, la comunicación y la estrategia*.

Se trata más allá de poder dar una respuesta poniéndonos en su lugar, que creo que en la mayoría de ocasiones es imposible, de *sintonizar* (el canal de radio ha de ser el adecuado para poder escuchar la música de forma clara y en su más alta definición) para poder dar una respuesta precisa a la necesidad, más allá de la aparente conducta o emoción, que se nos presenta, usando esta tríada para conseguir una *intervención terapéutica*. A continuación ofrezco una pequeña píldora sobre lo comentado.

**Figura 2**

*Proceso vincular terapéutico*



**Relación**

Desde la relación contemplamos diferentes elementos necesarios para *segurizar*: necesitamos ofrecer una *estructura* (en nuestros chicos y chicas poder anticipar que viene después les ayuda a tranquilizarse, algo básico y que no siempre tenemos en cuenta) acompañada de afecto y límites en diferentes grados según a quien tenemos delante, y el momento. Y esta labor requiere de una *presencia*, que se muestra en un “estar de forma activa” y es incondicional, y con una *jerarquía tranquila* pero firme cuando lo ha de ser y que ha de permanecer en todas las fases, igual que la transmisión de valores con el ejemplo. Esta primera fase permitirá poder hacer una intervención dirigida a la *regularización emocional y conductual*, sin este previo trabajo de establecer un vínculo seguro se hace complicado realizar esta segunda fase de

regularización. La tercera fase estaría relacionada con *nuevas narrativas* que permitan percibir las cosas desde otras ópticas, si disponemos de una amplia y variada narrativa, más rica y sana es la personalidad, y la *capacitación*, son personas en su mayoría con dificultades para confiar en ellos y ellas mismas, hemos de ser maestros en la identificación de logros, fortalezas y oportunidades, tanto para descubrirlos como para crearlos, para que llenen sus mochilas de confianza en sus capacidades. El objetivo sería llegar a una cuarta fase donde todo lo trabajado posibilite un estado de *mentalización* que permita cambiar su manera de verse a ellos y ellas mismas y a las demás personas, y alcancen un estado madurativo adecuado y *resiliente*.

La resiliencia está compuesta por dos componentes: la resistencia frente a las situaciones críticas y amenazantes para poder proteger la

propia integridad bajo presión y la capacidad de estructurar y desarrollar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (Vanistendael y Lecomte, 2002). Además nos habla de la capacidad de una persona o sistema social de afrontar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable. O como lo expresa Cyrulnik (2002), la resiliencia “se trata de un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual el sujeto se cuele en un contexto afectivo, social y cultural. La resiliencia es el arte de navegar en los torrentes”. En resumen, es la capacidad de una persona o grupo social para desarrollarse y tener un futuro a pesar de los acontecimientos que nos desestabilizan de forma más o menos graves. Todas las teorías sobre el apego nos pueden ayudar a conseguir esta tarea, (Barudy y Dantagnan, 2009), por ejemplo, nos hablan de los ejes de la intervención terapéutica para asegurar el buen trato: la evaluación y rehabilitación de las incompetencias parentales responsables de los malos tratos, el cuidado y el autocuidado de todas y todos los profesionales que trabajan en los programas de protección infantil, y la evaluación y tratamiento del daño de los niños y niñas víctimas de los malos tratos.

Volviendo a lo comentado sobre la relación, para que funcione en toda su potencialidad ha de ir acompañado, como cuando una orquesta ejecuta una melodía y se combinan los diferentes instrumentos de forma precisa, respetando los diferentes tempos, de las otras dos columnas que van a permitir la construcción de la intervención: la comunicación y la intervención estratégica, que nos ayudaran a guiar este proceso hacia un verdadero cambio.

## Comunicación

La comunicación que utilizamos, es básica para poder desarrollar una intervención si queremos que el resultado sea efectivo y nos permita desarrollar un vínculo significativo. Antes de nada tenemos que aceptar las emociones que los chicos y chicas nos transmiten y hacérselo saber. Otra de las cosas que nos ayudarán es preguntar antes que afirmar, porque verán que les respetamos. Las “chapas” de dos horas no sirven de mucho, normalmente a los 5 o 10 minutos se desconectan y en muchas ocasiones buscan este tipo de comunicación negativa para cansarnos y tener más motivos de

confrontación. Con relación a esto tenemos que elegir también cuándo, cómo comunicarnos y qué comunicar, tanto verbal como físicamente, ante una situación de confrontación o explosión emocional y/o conductual, ya que podemos hacer que la cosa empeore o por el contrario rebajar la situación. No sería el momento para recriminar o castigar por ejemplo o intentar racionalizar, lo único que podemos conseguir es aumentar el descontrol. También la intensidad en nuestra respuesta puede ser vivida como un ataque en estas situaciones. Otra cosa que también ayuda es parafrasear lo que nos están explicando mostrando una escucha activa y a modo aclaratorio en momentos importantes para asegurarnos qué es lo que significa o un punto de inflexión que le devuelva la relevancia de lo que están explicando. Reestructurar es otro elemento muy interesante, ya que permite ofrecer un nuevo enfoque de algo que nos están expresando desde otro ángulo perceptivo y ofrecer una alternativa. Y por último, y no menos importante, las bromas sobre todo con los y las adolescentes suelen funcionar muy bien. El humor es necesario y a veces lo olvidamos.

La teoría de la mentalización nos puede ayudar en esta tarea comunicativa.

## Estrategia

La estrategia ha de ser un instrumento que nos permita desbloquear y ayudarnos a superar fases conjuntamente con las personas a las que atendemos. Para hacer una intervención precisa, necesitamos un esquema de actuación que nos oriente. Primero tenemos que fijar el objetivo que queremos conseguir, a ser posible claro y pequeño para que sea factible su abordaje. En segundo lugar, debemos valorar las soluciones intentadas que hemos llevado a cabo para intentar resolver una dificultad y valorar si ha funcionado, porque si no, podemos estar creando nosotros o nosotras mismas el problema. Si es así pararíamos las actuaciones que no nos ayudan a progresar, y podemos examinar en equipo o de forma individual si ha habido alguna excepción que haya podido funcionar. Si la hubiera, la aprovecharíamos y amplificaríamos y se convertiría en sí misma en prescripción. Si no la encontramos buscaremos una nueva intervención que una vez consensuada todo el equipo tenemos que aplicarla. No entraré aquí en profundidad, hay múltiples libros sobre terapia

breve estratégica u orientada a soluciones que pueden ser de gran utilidad, ya que buscan intervenciones que conecten con la lógica del problema y pueden ser realmente eficaces. A veces pensamos que explicando algo racionalmente conseguiremos un cambio, y alguna vez puede pasar, pero en muchas ocasiones para conseguirlo hemos de hacer sentir de forma diferente. Si cambiamos la percepción, la reacción emotiva y comportamental nos llevará a conseguir la comprensión, y por lo tanto, el cambio.

En todo este modelo de intervención, es básico tener en cuenta los tiempos en los que se mueven las personas con las que intervenimos, porque si no les pediremos cosas que todavía no serán capaces, por su estado madurativo, de poder realizar. De ahí las fases que comentaba en la parte relacional. Sin estructura no podemos pasar al siguiente nivel, y así sucesivamente aunque se puedan solapar en algunos momentos. Otro punto que hemos de tener presente, es que este proceso no es continuo, inicialmente podemos encontrar un período de adaptación, posteriormente pasar a transferencia y repetición de conflicto y, por último, regresión y/o construcción de la relación.

Toda esta metodología necesita de un trabajo en equipo, y sería interesante contar con una supervisión. Revisar, evaluar las intervenciones y ofrecer un espacio para la elaboración emocional del equipo de las situaciones que acontecen se hace indispensable para dotar de calidad todo el proceso. Sin olvidar el trabajo en red de todos los servicios implicados para trabajar hacia el mismo objetivo.

## Hacia una Nueva Psicopatología y ¿Algo Más?

En contraposición a las categorizaciones del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) o de la psiquiatría biologicista y de la medicalización extrema, que han extendido su influencia y poder a nivel de la salud mental a toda la sociedad occidental, se abre otro nuevo enfoque, el relacional, que da respuesta mucho más real y ajustado a las necesidades que la realidad social demanda.

Hay tres tendencias relacionadas con la psicopatología y la psicopatología aplicada que

están poniendo en duda al actual sistema. La nueva Neuropsiquiatría basada en los desarrollos neurofisiológicos: emociones, circuitos cerebrales, genética molecular etc., y las dos que me interesan más, la Psicopatología basada en la relación y la Psicopatología del sufrimiento cotidiano, basada directamente en el problema que la población padece y consulta, y donde se busca una solución concreta.

Estoy hablando de psicopatología porque creo firmemente que se ha de mirar hacia otras disciplinas que nos puedan aportar conocimiento y aprovechar nuevas tendencias que enriquezcan nuestro trabajo. Evidentemente para sumar a la propia y ampliar las potencialidades de cada disciplina, y sobre todo, pensando que al final nuestro objetivo es el mismo. Existiendo un vacío muchas veces para ofrecer un trabajo reparativo a niños, niñas y adolescentes desde el sistema de salud mental, acaso un acompañamiento socio-educativo y tal vez con una supervisión técnica, que ofrezca segurización, dirigido al aprendizaje de nuevas formas de comportamiento mediante el desarrollo de la gestión emocional, de una mayor confianza en sus capacidades, y en las otras personas, y de un mejor gestión de la agresividad. Teniendo en cuenta el desarrollo de un nuevo relato y de un trabajo sobre las capacidades que permita internalizar nuevos modelos operativos de funcionamiento mental. Acompañado del trabajo de destrezas sociales para desarrollar relaciones constructivas; inclusión comunitaria, y un acompañamiento de su situación familiar y escolar, desde un conocimiento técnico evolutivo, conductual y de aprendizaje, ¿no está favoreciendo el desarrollo de la resiliencia?, y por tanto una *mejora terapéutica*. La palabra terapéutica siempre ha sido monopolizada por médicos, psicólogos, etc., ¿qué tal si la incluimos en nuestra práctica?

Siguiendo el hilo de lo expuesto para poner en valor nuestro trabajo, tal vez, pasa por poner nombres a lo que se hace y una formación que dote de instrumentos eficaces y eficientes a nuestras intervenciones, donde el cambio esté presente como eje prioritario, no solamente teoría genérica que no se puede evaluar, que no ofrece una visión relacional, ni evolutiva y no contempla la dimensión terapéutica, sino una teoría que fundamente una práctica sólida que responda a las necesidades

reales de las personas, con respeto, aceptación y generadora de cambios. Soy de los que piensan que siempre se puede hacer alguna cosa. En la parte que me toca, dentro del mundo de la infancia y la adolescencia nuestra intervención no solamente es una acción directa a la situación actual, siendo esta fundamental para nuestro objetivo, sino también preventiva, ya que actuando desde esta perspectiva con las personas que intervenimos, como explicaba anteriormente, podemos influir en evitar el desarrollo de trastornos posteriores, dotándoles de músculo emocional que les permita una mejor adaptación al entorno. El estilo de apego inseguro (Staines, 2012), se transmite de forma intergeneracional a través de los modelos

operativos internos, la imagen de uno mismo o misma y hacia las demás personas que tienen los padres influye en la percepción de sus hijos e hijas, en su manera de tratarlos y la calidad de sus respuestas a las demandas de atención y cuidado (Keskin y Çam, 2010; Marrone, 2001). Y también el maltrato puede transmitirse (o interrumpirse su transmisión) de padres a hijos, siendo el vínculo de apego un factor determinante en dicha transmisión (Milan et al., 2004).

Podemos ser el instrumento preciso para generar conjuntamente posibilidades diferentes que cambien la relación con nosotros y nosotras mismas, con las otras personas y con el mundo, y esto es *inevitablemente terapéutico*.

## Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Andreasen, N. C. (2003). *Un cerebro feliz. La conquista de la enfermedad mental en la era del genoma*. Ars Medica.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Bentall, R. (2011). *Madness explained. Psychosis and human nature*. Penguin Books.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Crittenden, P. M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Promolibro.
- Cyrlunik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Espaxs.
- Fonagy, P. (2015). Uso de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 179–196.
- Gopnik, B. (03 de marzo de 2009). Golden Seams: The Japanese Art of Mending Ceramics at Freer. *Washington Post*.  
<https://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/03/02/AR2009030202723.html>
- Hofer, M. A. (1995). Hidden regulators: Implications for a new understanding of attachment, separation and loss. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives* (pp. 203–230). The Analytic Press, Inc.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclée De Brower.
- Keskin, G. y Çam, O. (2010). Adolescent's strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 433–441.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure–disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex.

- Marrone, M. (2001). Entre la clínica y la investigación. En M. Marrone (Ed.), *La teoría del apego: un enfoque actual*, (pp. 49–72), Psimática.
- Marrone, M. (2014). *Apego y motivación*. Psimática.
- Martínez, C. y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psyche (Santiago)*, 14(1), 181–191.
- McLewin, L. A. y Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 30, 171–191.
- Milan, S., Lewis, J., Ethier, K., Kershaw, T., e Ickovics, J. R. (2004). The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother–infant relationship: Mediating and moderating effects during the transition to early parenthood, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 249–261.
- Muller, R. T., Lemieux, K. E. y Sicoli, L. A. (2001). Attachment and Psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16, 151–168.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Herder.
- Piaget, J. (1985). *Tratado de lógica y conocimiento científico: Naturaleza y métodos de la epistemología*. Paidós.
- Rodríguez, M. F. y Morell, J. M. (2012). Introducción: acogimiento y adopción: retos e implicaciones para el futuro. *Clínica y Salud*, 23(3), 199–204.
- Rogers, C. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Paidós.
- Staines, J. (2012). Fostered children's behavioural and emotional difficulties: Findings from one independent foster care agency. *Clínica y Salud*, 23, 205–219.
- Tello, C., Guilera, A. y Boluña J. (2015). *Vinculación afectiva, conductas agresivas y malos tratos en la infancia*. Ed. San Juan de Dios.
- Tomasello, M. (2010). *¿Por qué cooperamos?*. Katz Editores.
- Torres, B., Causadias, J. M. y Posada, G. (Eds.). (2014). *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. Psimática.
- Vanistendael, S. y Lecomte, J. (2002). *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia*. Gedisa.
- Watzlawick, P. (1993). *La teoría de la comunicación humana*. Herder.
- Yárnoz, S., (Ed.). (2008). *La teoría del apego en la clínica, I. Evaluación y clínica*. Psimática.

# Pensando la Desvinculación

Nuria Martín, Ander Alonso y Enrique Escribano

Instituto de Reintegración Social de Euskadi (IRSE-EBI)

## Resumen

El presente artículo trata de ofrecer una reflexión respecto a los procesos de desvinculación que se dan en las personas menores de edad que residen en el sistema de acogimiento residencial y a la necesidad de repensarlos de manera más explícita como agentes intervinientes. En este contexto se establece la desvinculación desde una visión conjunta y progresiva durante todo el recorrido que presenta la persona menor de edad en el sistema de protección, diferenciándolo de un aspecto aislado y concreto del proceso que de forma general se asocia al final de los procesos. Para ello se hace hincapié en el entendimiento o comprensión de la desvinculación, abordando el momento en el que se considera necesario pensar en ella e intentando establecer cómo debemos pensar su proceso y planificación. A su vez, destaca el papel que desempeña la figura del profesional y aquellos aspectos que consideramos que deberían ser evaluados, así como las herramientas que podemos aplicar para ello.

*Palabras clave:* desvinculación, evaluación, familia, figura profesional, proceso.

## Abstract

This paper aims to provide in-depth analysis on the varying detachment processes experienced by minors faring in the residential care system as well as on the need to rethink them more explicitly as active agents. The article seeks to present the detachment process as a global and progressive phenomenon that affects minors as they go through the entire protection system rather than as an isolated and specific part of the process generally regarded as the final stage. Special emphasis is, therefore, given to the understanding and appreciation of the detachment process, looking to provide guidance on when it is deemed necessary and on how to plan and conduct it. It also highlights the importance of the role played by the professional figure, along with various aspects that we consider worthy of further assessment and the tools that can be used in said process.

*Keywords:* assessment, detachment, family, process, professional figure,

A lo largo de los últimos años venimos planteándonos la necesidad de reflexionar la desvinculación y de abrir la mirada con respecto a cómo se está llevando a cabo, puesto que, caso tras caso, la despedida y el poner fin a la relación de ayuda mantenida con las personas menores de edad con las que trabajamos, viene siendo una de las tareas más difíciles de abordar por los y las profesionales que integran los equipos educativos de los recursos a los que pertenecemos. En nuestro caso hablamos sobre las pertenecientes al sistema de acogimiento residencial y de una franja de edad entre 13 y 18 años.

Ante esta necesidad decidimos parar y pensar juntos sobre el tema, con el objetivo de reformular la mirada y la posición que como profesionales adquirimos en su planteamiento, diseño, seguimiento, y posterior evaluación, con la creencia firme de que *pensar mejor* sobre algo, propicia *actuarlo mejor*.

Y de este *pensar la desvinculación* surgen las ideas que a continuación aparecen, con las que se tratan de plantear cuestiones que, lejos de enclaustrarnos más en la dificultad, nos parecen aportaciones capaces de aportarnos otra visión y situarnos en otra posición como profesionales.

## ¿Qué Entendemos por Desvinculación?

De manera general, cuando pensamos en la desvinculación en nuestro contexto, parte de nuestras atribuciones se aglutinan en el momento de la salida de la persona menor de edad del recurso y en el final de la relación de ayuda mantenida con los y las profesionales de dicho ámbito. En estos casos, el planteamiento del trabajo de desvinculación no carece de dificultad, siendo planteado con un alto grado de abstracción con relación a lo que debe ser o cómo se debe dar, y habiendo sido generalmente poco explicitado.

Esta dificultad detona en que, no pocas veces, faltan a la salida o finalización en el recurso mecanismos de resolución en la persona menor de edad que le ayuden a sostenerse en una situación que suele representar para ella una pérdida del contexto de ayuda y que genera la reaparición de emociones y dinámicas que, latentes en el tiempo, vuelven a resurgir en ese momento de cierre. Frente a esta dificultad, nos planteamos la necesidad de poder propiciar experiencias previas en las que la

persona menor de edad consiga ir adquiriendo una identidad unida a la capacidad de control de la experiencia de separación. Creyendo que, de esta manera, pudiera resolver la angustia que previsiblemente en el futuro pudiera sentir ante la perspectiva de relaciones que tienen que finalizar.

Pero antes de entrar en más detalle, vemos necesario explicar cómo planteamos el término de desvinculación y desde dónde queremos enfocarlo. Así, la desvinculación la entendemos como un proceso que conlleva el separarse sin romper (Estalayo 2017), siendo el proceso natural del ciclo vital en una relación de ayuda, entendiendo por tanto esta *ruptura* como experiencia de éxito y no como un fracaso, para el que es necesario generar autonomía emocional e independencia afectiva en la persona menor de edad.

La separación es un proceso bastante complicado y requiere, para lograr un éxito total, que se hayan alcanzado de manera satisfactoria las metas de la afiliación y de la individuación. Sólo después de haber tenido relaciones estrechas y de confianza,... (Boszomenyi-Nagy, como se citó en Cancrini y La Rosa, 1991/1996, p. 66).

Desde esta forma de entender la desvinculación, comenzamos a replantearnos nuestra manera de enfocar las separaciones, puesto que, inconscientemente en nuestro contexto de trabajo, estábamos haciendo hincapié en desarrollar estrategias relacionales para poder vincular, pero dejábamos fluir lo relacionado con la separación futura, visualizándolo como un momento final y no como un proceso. De hecho, podríamos aventurarnos en decir que, de esta manera, indirectamente se generaba una sobre-responsabilización sobre la persona menor de edad y su proceso de desvinculación respecto a los y las profesionales y hacia el propio sistema, por estar poco acompañada en su resolución.

Por ello, y para poder plantear un trabajo sobre la desvinculación como proceso consciente y explicitado, creemos que hay que pensarla de una manera sistemática a lo largo de toda la intervención de la siguiente forma:

- Desde el primer momento (antes del desamparo), para que la separación del sistema familiar pueda trabajarse ajustadamente.

- Desde el primer momento en que se inicia la relación en el recurso, para que el establecimiento del vínculo adquiriera el sentido que requiere en el proceso de desvinculación.
- Cada vez que se revise y se piense en el caso, o aparezca una nueva demanda, de forma que las relaciones con los o las profesionales puedan reformularse en función de los objetivos a trabajar.

## Por qué Pensar la Desvinculación y Cómo Creemos que se Puede Trabajar

### Paradojas en el Planteamiento del Trabajo de la Desvinculación en Nuestro Contexto

En el contexto en el que trabajamos la causa del inicio de la relación educativo-terapéutica es el desamparo (separación del sistema familiar), más o menos involuntario en función del caso en concreto. Ésta sería la puerta de entrada a nuestros recursos y primera desvinculación a abordar.

Esta afirmación es de gran importancia, puesto que ya desde el inicio de la relación de ayuda, podría detectarse patología en esa primera desvinculación (Cancrini y La Rosa, 1991/1996), y por tanto en la puerta de entrada. La explicación sería que, ante procesos de desvinculación, entre la persona menor de edad y su núcleo familiar, pueden darse diversos patrones relacionales que dificultan considerablemente la separación, y concretamente en nuestro contexto, nos podemos encontrar ante procesos de desvinculación forzosas en las cuales ni la persona menor de edad ni su familia tienen conciencia previa de necesidad de desvinculación, lo que en muchas ocasiones genera una incompreensión de la situación e involuntariedad para afrontar esa separación, lo que podría dar lugar al tipo de patologías a las que nos referimos. Y por ello, es necesario tener presente este punto de partida, para poder trabajar la desvinculación de inicio, convirtiéndose de esta manera, en un elemento clave de intervención para el desarrollo psíquico del individuo y del propio sistema familiar al ingreso de la persona menor de edad en nuestros recursos.

Así, entendemos que la desvinculación no es sólo la puerta de salida del proceso, sino también la de entrada, y al analizar la desvinculación desde esta perspectiva de proceso completo (desde el

inicio y hasta el fin) nos encontramos con dos paradojas en su abordaje, las cuales valoramos que necesitaban ser repensadas:

- ➔ Planteamos la reunificación familiar a través de la separación de la familia (unión a través de la separación).
- ➔ La preparación para la emancipación e individualidad de la persona menor de edad la trabajamos a través del vínculo con el equipo educativo (separación a través de la unión).

### Paradoja 1

¿Cómo es posible trabajar la reunificación desde la separación? En numerosas ocasiones, la finalidad de esta separación es propiciar el retorno al mismo sistema con el que se está poniendo distancia. Cuando esto ocurre, se da lo que Abeijón (2013) ha denominado “patología en la demanda”, y en estos casos se necesitaría generar un encuadre claro donde poder hacer explícito lo que está implícito y congruente lo que no lo es. Todo indica que, existiendo una separación efectiva, ésta tendría que ser el primer objetivo de trabajo, puesto que en la realidad de la persona menor de edad es lo que está ocurriendo y es lo que forma parte de su experiencia vital en el momento del ingreso.

Las personas menores de edad que se residen en nuestros recursos, han estado expuestas a múltiples relaciones en las que las desvinculaciones han sido traumáticas y sus estilos de apego distan de ser seguros, por lo que el objetivo de aprender a cerrar de una manera sana, menos patológica, que no genere más daño, y que contribuya a su buen desarrollo, pasa a ser una prioridad y una demanda inicial en cuanto a lo que separación de su contexto se refiere.

Se puede añadir que estas salidas involuntarias del espacio familiar pueden darse de formas no elaboradas, convirtiéndose en desvinculaciones forzadas, ya sea por las necesidades de urgencia de la salida, ya sea por motivos de carácter organizativo de las instituciones, etc., pudiendo generar en muchos casos regresiones a vivencias de separación anteriormente vividas y no gestionadas de forma adecuada. Todo ello agrava el sentimiento de involuntariedad y genera mayor desconcierto, o falta de entendimiento, tanto por las personas menores de edad, como por sus familias, del

proceso de desvinculación y los motivos que han llevado a ello.

En estos casos, habría que cuidar el no propiciar que esta primera desvinculación se realizara del modo en el que vienen viviéndose y actuándose las separaciones anteriores, con cuidado de no dar permiso a procesos de fusión emocional y dependencia afectiva que pudieran reproducir aspectos relacionales de su propia familia de origen.

Podríamos decir, por tanto, y dando respuesta a la primera de las paradojas, que la forma de iniciar un trabajo de reunificación con el sistema del que se separa la persona menor de edad es ayudando a reformular la relación con la distancia suficiente para que se pueda dar un desarrollo individual adecuado.

### **Paradoja 2**

Muchas de las personas menores de edad con las que trabajamos tienen miedo a vincular, pero no por lo que supone el vínculo en sí mismo, sino por lo que supondría a posteriori la pérdida de esa relación y las dificultades para sostener las emociones que la acompañan. En nuestro trabajo, hacemos gran hincapié en los procesos de adaptación, en afianzar una relación de confianza epistémica y desde ahí abordamos la involuntariedad en lo que respecta a adhesión a la relación de ayuda. Sin embargo, en este caso habría que pararse a pensar en la involuntariedad desde otra perspectiva, la involuntariedad a separarse, a cerrar y a perder al otro. Desde este enfoque, la forma de vivir la desvinculación por la persona menor de edad marca significativamente su estilo de apego y, por tanto, su forma de vincular.

Por ello, el establecimiento del vínculo adquiriría otro matiz, estaríamos planteando poder vincular con el o la profesional, para poder permitir a posteriori una experiencia de desvinculación y de reformulación de la relación de manera segura, en un entorno controlado como es el nuestro.

En este punto planteamos la idea de poder trabajar la desvinculación en nuestro contexto con lo que vamos a empezar a llamar *micro-desvinculaciones*, refiriéndonos a través de este concepto al cambio de educador/a tutor/a tras la consecución de ciertos objetivos concretos, de tal manera que la superación de logros preestablecidos

podiera ir asociada al cambio de figura de referencia en la acción tutorial.

De este modo, provocaríamos situaciones de desvinculación experiencial en un entorno seguro y controlado, desde el que se podrían acompañar a estas personas menores de edad en las que la vinculación está condicionada por lo que le supone la desvinculación a posteriori. Es decir, y resolviendo la segunda de las paradojas, planteamos la posibilidad de poder trabajar las pérdidas presentes (generadas de manera controlada en el contexto residencial), de tal modo que la persona menor de edad pueda proyectarse exitosamente en el futuro gestionando otras pérdidas, preparándose de este modo para la emancipación e individuación a través del vínculo con el equipo educativo.

Para poder concretar más en qué consistirían estas micro-desvinculaciones en la práctica, nos basaremos en la idea de que lo patológico no es la separación, sino la pérdida de los vínculos afectivos creados, surgiendo así el siguiente de nuestros planteamientos: ¿en nuestro contexto se puede hacer algo distinto que no suponga la pérdida de los vínculos afectivos? Para ello se requeriría redefinir el cierre, no tanto desde la desaparición (lo que además revivencia el abandono), sino desde la reformulación de la relación mantenida hasta el momento, lo que llamamos “separarse sin romper” (Estalayo, 2017, p. 258). Es decir, estaríamos planteando las micro-desvinculaciones desde la reformulación de la relación y no desde la pérdida de este referente, algo que en nuestro contexto es posible por no desaparecer de la vida cotidiana la figura educativa, aunque ya no fuera referente para la persona menor de edad en el seguimiento de su proyecto educativo individualizado.

La forma sería asociar esta separación al logro en el itinerario de desarrollo de la persona menor de edad, a su evolución, posibilitando experiencias de éxito que se resolvieran con situaciones de desvinculación (reformulación de la relación) que ayudaran a transitar hacia otras nuevas relaciones. Esto es algo que el sistema educativo hace muy bien y que hemos observado que funciona debido al sentido que aporta al tránsito. El niño o niña, desde que comienza sus primeros años escolares, cuenta con que se le hace presente el itinerario educativo completo, cómo transitará por él, qué logros

representarán el avance de un curso a otro, y cómo se reformularán las relaciones con estudiantes y profesionales docentes (incluso con el espacio) cada vez que esto ocurra. Unido a esto, este tránsito se ritualiza desde una visión de éxito, como ocurre con las graduaciones al cambio de etapa. De esta manera se genera una vivencia que permite una experiencia positiva de la separación por atribución a logros.

Apoyándonos en este ejemplo que nos aporta el sistema educativo podemos explicar nuestra perspectiva, la cual consistiría en unir la idea de separación a la idea de evolución. Para ello habría que explicitar desde el inicio qué logros y metas serían necesarias y ritualizarlas, y también explicitar cómo se daría el acompañamiento de una figura educativa de referencia distinta cada vez. Este proceso debería conocerse desde el principio, pues en caso contrario, cuando se terminara, lo que primaría de alguna manera estaría relacionado con la forma de vivir la separación que clínicamente se había desarrollado antes.

### Otros Aspectos Asociados al Trabajo de la Desvinculación en Nuestro Contexto

Nos surgen algunas otras razones importantes cuando pensamos en enfocar la intervención desde esta perspectiva.

Creemos que su trabajo facilitaría la posibilidad de multiplicación de vínculos para la persona menor de edad. Es decir, tras la vivencia de estas micro-desvinculaciones de manera adecuada, pensamos que los procesos empezarían a descentralizarse de figuras educativas concretas, y que esta descentralización llevaría consigo el posibilitar a la persona menor de edad una experiencia de sí misma capaz de vincular (primero en nuestro contexto, siendo extensible a otros progresivamente), estimando esto como una forma de capacitar a las personas menores de edad en la posibilidad de desarrollar una red más amplia.

También planteamos el poder aprovechar todas las posibilidades de trabajo que nos aportan otros contextos mientras la persona menor de edad reside en nuestro recurso. Por ejemplo, si nos referimos al contexto comunitario, a la hora de vivir una negativa de seguir realizando una actividad deportiva con la que la persona menor de edad se había comprometido, hemos podido apreciar, que

puede que no se haya orientado a realizar una despedida y un cierre ajustado (acompañando la desvinculación que sí o sí se iba a dar). Probablemente nos hayamos podido mover desde la perspectiva de fracaso y hayamos invalidado de manera indirecta pautas básicas para poder abordar la desvinculación, en vez de aprovechar la situación para intentar entender qué ha podido pasar y poder desarrollar un trabajo que permita elaborar de otra manera el cierre. La tendencia ha podido ser la de llevar a cabo una línea, bien en exceso resolutiva, bien evitativa, o incluso sobre-reparatoria. Esto mismo puede pasarnos ante situaciones como el traslado de centro escolar, las rupturas con amistades o parejas, el cambio de recursos del municipio por traslado, etc. Por consiguiente, si determinamos desde un principio criterio y sentido a lo que queremos hacer sobre el fenómeno de la desvinculación, podremos llegar a nutrir también a estas situaciones de valor educativo.

Otro de los aspectos a tener en cuenta es la posición de la figura profesional. De una manera general, hemos observado cómo también su vivencia puede estar unida a la idea de que la desvinculación está hermanada con la desaparición de la relación de ayuda y, por tanto, al final de su rol en esa relación de ayuda, pudiéndose dar sentimientos y sensaciones encontradas también en esta figura profesional. Por ello, es por lo que sería importante ir introduciendo en el pensar esta relación este concepto de ausencia y que el y la profesional creyeran en la necesidad de trabajar con su presencia la realidad de su ausencia futura. Creemos que el sentido del establecimiento del vínculo para la figura adulta que interviene, tendría que ser el de poder dar permiso con ello a una relación que se acaba.

Por otro lado, a la hora de compartir reflexiones entre diferentes profesionales, percibimos que dependiendo del contexto de protección en el que nos encontremos trazamos diferentes líneas de trabajo en cuanto a la desvinculación.

Las figuras profesionales que trabajan en recursos residenciales específicos para personas menores de edad con problemas de conducta generalmente plantean el proceso de desvinculación desde una perspectiva más temporal. Cuando estos problemas de conducta disminuyen la persona menor de edad transita a otro recurso (programa

básico), por lo que las expectativas y los objetivos concretos están más marcados por esta desvinculación. De hecho, ésta forma parte de la cotidianidad, ya que tanto el equipo educativo como las personas menores de edad viven la relación de ayuda como parte de un tránsito que habla de la evolución personal, teniendo el concepto de desvinculación en mente de manera regular. De ahí que podamos apreciar un enfoque más ajustado de inicio en estos recursos, en lo que respecta a este tipo de desvinculación asociada a logro de la que venimos hablando.

En cambio, en un recurso residencial básico la desvinculación pasa a formar parte de una perspectiva más ambigua, ya que se trata de una unidad de convivencia más estable y en la que se puede permanecer muchos años, sobre todo cuando la razón del egreso está unida a la mayoría de edad por valorarse negativamente la capacitación del sistema familiar. En estos casos, la desvinculación, al no estar asociada a un objetivo que dé lugar a un tránsito, no se percibe tan intuitivamente desde esta perspectiva de logro de la que hablamos, y necesita ser explicitada con mayor rotundidad.

Para finalizar, y como última argumentación en la búsqueda del por qué parar y pensar, cabe explicar que creemos que la manera en cómo se realice la desvinculación tiene un impacto directo, no sólo en la persona menor de edad que egresa del recurso, sino en las que continúan residiendo en él, por cómo resuena internamente en cada una de ellas la experiencia del otro como narrativa posible de su propia desvinculación. Así, cuidar a quien se va, también sería cuidar a quien se queda.

## La Desvinculación en Términos de Evaluación del Proceso

Consideramos que la evaluación es una herramienta necesaria para la verificación y visión de lo aprendido a través de una mirada concreta que permita la reformulación hacia mejoras. Y en este caso, la evaluación es necesaria tenerla presente durante todo el ciclo de la persona menor de edad, ya que venimos apreciando que la desvinculación, en numerosas ocasiones, no la hacemos visible y evaluable hasta el final de su estancia en el recurso.

Y llegados a este punto, ¿qué debemos evaluar y cómo debemos hacerlo? Creemos que podemos diferenciar tres aspectos que nos ayuden a dar orden a esta evaluación, y que venimos a nombrar de la siguiente manera:

- Cuando la desvinculación se da antes que la vinculación – *evaluación inicial*.
- Ciclo vital de la persona menor de edad – *evaluación procesual* (desde el inicio, del presente, hasta el final, a lo largo de toda la intervención).
- La figura profesional como elemento de desvinculación – *evaluación de los agentes intervinientes* (equipo educativo).

### Cuando la Desvinculación se Da Antes que la Vinculación

Partiendo de que la puerta de entrada a nuestro contexto de trabajo se da con una salida del contexto familiar de la persona menor de edad, creemos que antes de diseñar cualquier tipo de intervención relacionada con este proceso de desvinculación debemos detenernos para evaluar y observar cómo se ha dado y/o se está dando la desvinculación del entorno familiar del que se procede.

Para ello planteamos hacerlo desde una perspectiva relacional, analizando y evaluando los siguientes aspectos que tienen que ver con la separación, la persona menor de edad y el sistema familiar del que proviene:

- Los motivos que se han dado para considerar el desamparo.
- Tipo de salida (administrativa, judicial, provocada por agentes externos, demanda por algún miembro de la familia, de urgencia, etc.).
- Estilos relacionales.
- Estilo de apego seguro, preocupado, resistente, temeroso (Bowlby, 1998; Estalayo et al. 2009).
- Conductas de apego coercitivas o evitativas (Estalayo, 2017).
- Posible tipo de patología de desvinculación inicial (Cantrini y La Rosa, 1991/1996).
- Emociones (reguladas, desreguladas e invalidadas).

- Roles recíprocos prevaecientes en la relación (Ryle y Kerr, 2006).
- Capacidad de mentalización, estilos pre-mentalizadores y posicionamiento en los cuatro polos de la mentalización ( Bateman y Fonagy, 2016).

Consideramos que estos aspectos nos facilitarían una radiografía de salida, con el objetivo de diseñar una intervención centrada en ayudar a la persona menor de edad, tratando de entender y comprender cuáles son los patrones principales que se activan ante una situación de separación. De hecho, estos ítems, nos valdrían también como línea base para evaluar el progreso al cabo del tiempo, por comparación entre esta primera desvinculación y las sucesivas generadas en el contexto residencial.

### Ciclo Vital de la Persona Menor de Edad

¿Cómo enfocar la evaluación de los procesos de desvinculación? Planteamos, como punto de partida, diseñar junto con la persona menor de edad un proceso en el que se establezca de forma muy clara un plan de acción conjunta, donde a medida que se vaya logrando el avance, se puedan establecer nuevas demandas que permitan avanzar. Teniendo como premisa el ir evaluando aspectos que sean adversos y que sean un obstáculo con respecto al objetivo establecido, y/o positivos y que sean facilitadores del mismo.

Consideramos que este proceso tiene que llevar consigo una calendarización del mismo, explicitada de inicio, de tal manera que se pueda dar una revisión y evaluación continua, posibilitándose así, que regularmente puedan establecerse nuevos objetivos y demandas por parte de la persona menor de edad.

Para ello planteamos un trabajo de *planificación activa* (Anna Freud National Centre for Children and families [AFNCCF], s.f.). Esta forma de trabajar consistiría en generar un plan conjunto donde los propósitos a llevar a cabo pudieran quedar explicitados, con objetivos claros que permitieran conocer qué se quiere en cada momento, y en la que la postura de la figura profesional tendría que ser abierta en lo que respecta a sus intenciones, con el objetivo de poder sintonizar con el estado mental de la persona menor de edad.

La planificación activa, a efectos prácticos, se puede dar desde una perspectiva más visual y sencilla, a través de técnicas como la del “huevo” y/ o la del “triángulo” (AFNCCF, s.f.). Éstas consisten en elaborar sobre papel unos dibujos que, a la persona menor de edad, le permitan concretar un posicionamiento sobre sus objetivos y sobre la perspectiva que tiene sobre el posicionamiento de los agentes externos que le acompañan en su proceso, de forma que pueda ser entendible y evaluable por ella misma, en términos de cómo van las cosas y hacia dónde se va (ahora, después y por qué).

Durante el plan de acción diseñado, otro elemento fundamental de evaluación sería la consecución de la reformulación de la relación de manera exitosa en el planteamiento de las micro-desvinculaciones, ya que esto nos ayudaría, por un lado, a poder evaluar cómo se han dado en el proceso y en su progresión y, a su vez, nos servirían de experiencias testadas que ayudarían a repensar la desvinculación final relacionada con el egreso del recurso de la persona menor de edad. Y también podríamos evaluar aquellos procesos de desvinculación que se estén dando de manera espontánea en otros contextos de la persona menor de edad (cambio de colegio, ruptura con amigos, etc.).

Para poder detenernos de una manera más sistemática ante estas experiencias, y plantear una evaluación con mayor funcionalidad, como punto de partida, nos puede resultar útil tener presentes algunos indicadores que nos pueden aportar información sobre la evolución de la persona menor de edad al respecto:

- La existencia de un plan estratégico de desvinculación claro y calendarizado que sea conocido por todos.
- Características de la primera desvinculación.
- Logro de las demandas que se han ido reformulando.
- Si se han dado y cómo se han dado las micro-desvinculaciones durante el proceso.
- Características de las experiencias de desvinculación que se hayan dado.

- Posición de la persona adolescente en la evaluación de los aprendizajes logrados, su utilidad y los aspectos pendientes.
- Significación de la ritualización de logros para la persona menor de edad.
- Si se ha redefinido de forma clara la relación con la persona adolescente.
- Si se ha establecido junto con la persona adolescente un seguimiento tras su egreso del recurso.

Otro medio para evaluar el proceso de desvinculación que planteamos, sería el inspirado por los diálogos “anticipatorios” (Seikkula y Arnkil, 2016). Utilizaríamos el proceso de evocar a futuro como una herramienta que nos ayudaría a pensar juntos sobre la elaboración de un futuro deseado y las acciones necesarias para llegar a él. Esto podría ayudar a la persona menor de edad a poder concretar en el presente desde el futuro, y que dichas concreciones le posibilitaran la evaluación de su proceso. En definitiva, sería apoyarnos en ese modelo como herramienta que permitiera, también con carácter evaluativo, el plantear dónde estamos, hacia dónde queremos ir y qué hay que hacer y quién.

Y en lo que respecta al final del proceso, sería necesaria una evaluación cuando se diera una salida del recurso para que pudiéramos valorar si se ha dado de forma positiva en la proyección de la persona adolescente y si los objetivos establecidos se han logrado, pudiendo hacer una comparación entre la primera y esta última desvinculación.

### La Figura Profesional como Elemento de Desvinculación

¿Debemos evaluarnos a nosotros mismos como sistema de vinculación? Desde nuestra perspectiva consideramos que deberíamos realizar autoevaluaciones donde poder observarnos y poder identificar cómo nuestras características personales entran en juego en la relación con las personas menores de edad, por lo que comentábamos de la posibilidad de que podamos manejar sentimientos encontrados, o por la posibilidad de que pueda darse en nosotros como profesionales un sentimiento de pérdida frente a la desvinculación que genere resistencias desde nosotros.

Por ello, mirándonos como profesionales y desde lo que nos evoca este proceso, nos

planteamos lo siguiente; ¿Somos conscientes de las emociones que nos abordan ante la desvinculación de una de las personas menores de edad con las que trabajamos? ¿Nos hemos pensado en función de las expectativas que tenemos de éxito o fracaso en lo que respecta al egreso? ¿Nos sentimos con seguridad ante la finalización de la relación de ayuda establecida? Éstas son algunas cuestiones sobre las que la figura profesional debe pensarse y redefinirse para poder generar una situación de éxito alrededor de la desvinculación de la persona menor de edad con la que trabaja. En otro caso, podría estar reproduciendo alguna de las formas de desvinculación a las que Cancrini y La Rosa (1991/1996) se refieren cuando hablan de psicopatología de la desvinculación, pudiendo generarse dependencias afectivas que no permitan que se dé una desvinculación basada en la evolución de la persona menor de edad. Tal y como apunta Boszormenyi-Nagy, 1965 “diversas fuerzas familiares complejas pueden obstaculizar los movimientos de un miembro hacia la separación, incluso en una familia normal” (como se cita en Cancrini y La Rosa 1991/1996, p, 66), por lo tanto, en lo que tiene que ver con nosotros como profesionales, podemos estar en muchas ocasiones ejerciendo dichas fuerzas y obstaculizando la desvinculación.

Siendo un proceso natural y frecuente, en el que las dos partes están afectadas (profesional y persona menor de edad), ¿quien desvincula se siente peor que el desvinculado? La posición de la figura profesional repercute directamente en el proceso de desvinculación, pudiendo facilitar, o dificultarlo. De aquí que la mirada del total de profesionales que intervienen con el adolescente en nuestro ámbito, debe estar orientada de manera ajustada, de tal modo que permita una desvinculación sana que no genere más daño.

Y en lo que a efectos prácticos se refiere, en lo que respecta a los y las profesionales, al igual que en las personas menores de edad, las micro-desvinculaciones ayudan a poder ir trabajando, evaluando y estableciendo un guion claro y conciso del proceso de desvinculación general. Y éstas, también para la figura profesional, sería de vital ayuda de cara a poder trabajar los propios procesos de desvinculación y evaluarse como la otra parte que se pone en juego en la relación.

No obstante, cabe mencionar, que a la hora de realizar una reflexión sobre cómo evaluarnos como profesionales, en base a cómo vivimos las despedidas y de qué manera somos sujetos facilitadores o no de este proceso, se requiere de una gran habilidad objetiva, que por el tema mismo a evaluar es difícil adquirir y de mantener. Por ello, en este proceso evaluativo de la figura profesional, nos parece importante destacar que el papel de equipo educativo es clave, pudiendo plantear desde un pensamiento conjunto cómo ayudar al profesional que pueda tener dificultades.

### **Cuestiones Pendientes que nos Quedarían**

A lo largo de todo este artículo, nos hemos centrado principalmente, en tratar de describir, desde nuestra forma de entender la desvinculación, aspectos tales como, la necesidad de pensar de forma explícita este proceso en el sistema de acogimiento residencial al cual pertenecemos, cuándo consideramos que hay que pensar la desvinculación, cómo la entendemos, y cómo creemos que se debe evaluar. A pesar de ello creemos que éste es un punto de partida que sólo esboza el inicio de un camino sobre el que hay que continuar. De hecho, a estas alturas, ya nos planteamos aspectos que quedan pendientes y que no hemos desarrollado, porque necesitan ser pensados de forma más profunda, de tal manera que se puedan concretar y sintetizar para que podamos nutrirnos de veras de dicha reflexión en nuestra práctica profesional.

Algunos de los aspectos relacionados con la desvinculación, pendientes para *repensar* y tener en mente son:

#### **La Necesidad de Abordar el Trabajo con la Familia en los Procesos de Desvinculación**

En este artículo no hemos ahondado en el papel que tiene el contexto familiar, ya que nos hemos centrado más en el proceso individual de la persona menor de edad. Aun así, es obvio que la familia está presente en todo el proceso, ya que componen el contexto de salida, en muchos casos el contexto de recepción y también de redefinición de la relación tras su paso por nuestros recursos. Es por ello que no sólo tenemos que tenerlos presente, sino que están como elemento activo del proceso.

#### **El Fenómeno de la Derivación**

Tener presente el proceso de derivación y cómo trabajar con el nuevo contexto de ayuda es uno de los aspectos que creemos que hay que tener en cuenta. Cómo posicionarnos como un elemento de transición, siendo facilitadores desde una perspectiva profesional y no ejerciendo restricciones, o siendo un freno para ello, y cómo plantear este posicionamiento desde este concepto de desvinculación que estamos planteando.

#### **El Trabajo con el Equipo con Respecto al Cambio de la Figura Tutorial**

Consideramos necesario poder hacer mayor énfasis en evaluar las características de las personas profesionales, las necesidades personales y la unión de fracaso profesional que pueda atribuirse a la separación como figura tutorial. Quedaría por reformular el sentido de la acción tutorial. La posibilidad de aplicar el cambio de la figura de tutor, no anteponiendo el vínculo afectivo a la demanda y/o proceso de desvinculación. Y desde esta perspectiva también sería necesario poder redefinir la persona educadora en el proceso de la persona menor de edad.

#### **La Manualización de los Sistemas de Evaluación**

Éste sería otro de los aspectos que consideramos pendientes y que merecen un trabajo posterior a este artículo, ya que desde nuestra perspectiva vemos la necesidad de poder establecer métodos de evaluación más claros y funcionales que aporten información de utilidad para el análisis de los procesos de desvinculación de las personas menores de edad. Manualizar el trabajo que se hace para poder aplicar en futuras situaciones concretas, para tener una guía y, sobre todo, para que no se pierda lo que se ha hecho.

#### **Los Planes de Emergencia como Elementos de Redefinición de la Relación**

Necesitamos pensar en la elaboración de planes de trabajo con el objetivo de hacer frente a situaciones que puedan generar dificultad a nivel relacional en otros contextos que sean ajenos a la relación que establecemos nosotros como profesionales con la persona menor de edad. Pudiendo trabajar con la persona menor de edad

cómo afrontar la situación mediante la evaluación de sus capacidades personales. Ejemplo de ello y que se suele dar en nuestros contextos sería la re-vinculación a su contexto familiar.

### La Funcionalidad de la Primera Desvinculación

Cuando se da una nueva entrada en el recurso, la causa de la primera desvinculación también tendría mucho que aportarnos en esta reflexión. Durante los años de trabajo, hemos percibido que el grado de voluntariedad o involuntariedad por parte tanto de la familia como de la persona adolescente varía la complejidad de la situación con la que nos encontramos desde el inicio. En los casos en los que el ingreso es voluntario por parte de la persona menor de edad, nos hace pensar que las

características de éstas pueden estar más ligadas a un funcionamiento en la relación desde una posición instrumental. Cuando hablamos de una primera separación voluntaria, la desvinculación del sistema familiar para la persona menor de edad puede tener una funcionalidad de inicio que no tendría en los casos de ingresos involuntarios. El hecho de que la causa haya sido un abandono o si existiera permanencia de las figuras de apego, también podría ser un aspecto que determinase el tipo de desvinculación al que tenemos que hacer frente. Otro ejemplo concreto podría ser el movimiento MENA, en los que la desvinculación del sistema familiar representa en sí mismo el inicio de un nuevo proyecto vital.

## Referencias

- Abeijon, J. A. (2013). Patología de la demanda. *Mosaico. Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, (54), 62-75.
- Anna Freud National Centre for Children and families. (s.f.). *Planificación Activa*. AMBIT Spain. <https://manuals.annafreud.org/ambit-spain/index.html>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Desclee.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Paidós
- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora: Manual de psiquiatría y psicopatología* (Trad. I. Aramberri). Paidós Ibérica. (Trabajo original publicado en 1991).
- Estalayo, A., Rodríguez, O. y Romero, J.C. (2009). Estilo de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, (48), 113-129.
- Estalayo, A. (2017). *Modelo de Vinculación Emocional Validante: una propuesta de intervención para contextos de justicia juvenil y acogimiento residencial específico* [Tesis de Doctorado]. Universidad de Deusto.
- Ryle, A. y Kerr, I. (2006). *Psicoterapia Cognitiva y Analítica*: Desclee.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder Editorial.

# Intervención Psicoterapéutica en Fases con Adolescentes con Conductas Adictivas y sus Familias

Carla M.<sup>a</sup> Cabrejas<sup>1</sup> y Paula San Juan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación Cuin – [carlacabrejas@gmail.com](mailto:carlacabrejas@gmail.com)

<sup>2</sup>Clínica Cabal – [paulasanjuangutierrez@gmail.com](mailto:paulasanjuangutierrez@gmail.com)

## Resumen

Se presenta un modelo de psicoterapia integrador en fases para trabajar con adolescentes y jóvenes con conductas adictivas y sus familias. Dicho modelo, está sustentado sobre terapias basadas en la evidencia que tienen su raíz en la Entrevista Motivacional, el Modelo Transteórico de cambio, la Terapia Familiar Sistémica, la Psicoterapia Integrada Cognitiva Analítica y la Terapia de la Mentalización, además de hacer especial hincapié en el desarrollo de una buena alianza terapéutica, integrando algunos de los conceptos y beneficios que aporta la práctica Mindfulness en todo ello. Este modelo de Psicoterapia se divide en 4 fases: *bienvenida, profundización, cambio y desenlace*. Para cada una de ellas se detallan las características esenciales establecidas en función de su cometido, el trabajo terapéutico que se lleva a cabo con los miembros de la familia y el adolescente, las técnicas que se pueden aplicar y los obstáculos que pueden surgir en cada momento. También se especifican los aspectos relativos al papel del terapeuta en todo el proceso de la intervención. La intervención psicoterapéutica en fases con adolescentes, pone el foco en la relación circular, favoreciendo que aunque originariamente acudieran al Programa de forma no voluntaria, vayan aceptándolo de forma progresiva, que se genere un vínculo seguro entre los diferentes miembros y se desarrolle una actitud proactiva hacia el cambio, mejorando su situación actual.

*Palabras clave:* adolescencia, familias, conductas adictivas, psicoterapia integradora, fases

## Abstract

A phase integrative psychotherapy model is hereby presented to work with teenagers and young people with addictive behaviours as well as with their families. This model is based on evidence-based therapies with the roots of the Motivational Interviewing, the Transtheoretical Model of changes, the Systemic Family Therapy, the Cognitive Analytical Integrated Psychotherapy and the Mentalization based therapy, in addition to placing special emphasis on developing a good therapeutic alliance, integrating some of the concepts and benefits that Mindfulness practice brings to all of this. The phases of Psychotherapy are divided into: welcome, deepening, change and outcome. Each phase is detailed describing the most important features of each task, the therapeutic work that is carried out with family members and the teenager, the techniques that can be applied and the obstacles that may arise eventually. Furthermore, some aspects of the therapist's

role in the entire intervention process are specified. The psychotherapeutic intervention in phases with teenagers focuses on the circular relationship, favouring that those teenagers who previously came to the Program unintentionally, they progressively accept it, generate a secure attachment bond between the different members and develop a proactive attitude towards the change, thus improving their current situation.

*Keywords:* adolescence, families, addictive behaviours, integrative psychotherapy, phases

## Programa Preventivo de Conductas Adictivas

El modelo de psicoterapia que se va a desarrollar a continuación se aplica en un programa preventivo de conductas adictivas para adolescentes de 12 a 20 años y sus familiares. Los adolescentes acuden a consulta para tratar conductas adictivas y/o comportamientos que ponen en riesgo su vida.

La inclusión de la familia en el proceso de intervención se considera fundamental, por entender que parte de la problemática y/o de los factores de protección se encuentran en la dinámica familiar y que la implicación del sistema familiar favorece el mantenimiento a largo plazo de los objetivos conseguidos con el joven.

La clasificación que realiza J. A. Abeijón (2017) de L. Cancrini sobre las personas que tienen algún tipo de comportamiento adictivo, distingue tres grandes grupos: los *experimentadores*, que “exploran” la conducta adictiva durante un tiempo concreto, en ambientes lúdicos o relacionales, sin que aparezca dependencia; los que *muestran dependencia*, debido a que la sustancia o actividad adictiva conecta con necesidades íntimas del adolescente, desarrollándose patologías, y los *toxicómanos*, que hacen de dicha sustancia o comportamiento su forma de vida e identidad. La gran mayoría de los adolescentes que acuden al programa pertenecen a los dos primeros grupos, y acuden de forma no voluntaria.

El tratamiento se desarrolla en distintas fases, pero es la familia y sus circunstancias las que lo guían, pudiendo pasar de una fase a otra, o utilizando técnicas de cada fase según proceda. Se considera importante tener una “flexibilidad razonable” pues no siempre es posible mantener el método puro con una estructura predeterminada fija (Slade, 2008).

## Base Teórica de la Psicoterapia con Adolescentes con Conductas Adictivas y sus Familiares

Antes de comenzar a detallar las distintas fases propias del tratamiento con adolescentes con conductas adictivas, nos vamos a detener a mencionar las bases psicoterapéuticas sobre las que se sustenta este modelo, cuya característica fundamental es el **enfoque integrador** que aporta.

1. Uno de los principales elementos que se tienen en cuenta a la hora de iniciar un proceso de terapia, es la importancia de la **alianza terapéutica**. Es bien conocido el trabajo que defiende el movimiento humanista, con respecto a la alianza terapéutica y las características fundamentales que según Rogers (1957) debía de tener el terapeuta: empatía, congruencia y aceptación incondicional hacia el cliente. Todas las investigaciones posteriores acabaron considerando a la alianza terapéutica como elemento esencial de cualquier psicoterapia independientemente de su enfoque.

En el caso concreto de las alianzas terapéuticas a establecer con adolescentes, las investigaciones destacan como elementos clave para que el vínculo relacional sea exitoso los siguientes: que el terapeuta sea empático, que trate al adolescente como persona madura y capaz (Martin, Romas et al. 2006), que explore lo que es interesante para el adolescente así como su propio motivo de consulta, que le tome en serio, que le ayude a encontrar el significado a su problemática y que use un lenguaje acorde a su edad (Binder, Holgersen y Nielsen, 2009).

Y así como en cualquier terapia con independencia de la edad las primeras sesiones son claves para establecer una buena relación terapeuta-paciente, en el caso de los adolescentes, el contacto inicial en psicoterapia

es crítico y la relación posterior dependerá en gran medida de lo que haya pasado en la primera consulta (San Juan, P. y Cabrejas C., 2016). Por otra parte, hay estudios que demuestran que la aceptación del tratamiento aumenta cuando el terapeuta coopera con el paciente permitiéndole establecer sus propios objetivos de tratamiento y trabajan conjuntamente para alcanzarlos (Hester y Miller, 1989).

Otra de las claves de este modelo es la intervención con la familia que rodea al adolescente, gracias a la que se genera un vínculo terapéutico con el sistema y con cada uno de los miembros del mismo, estableciendo y manteniendo alianzas múltiples.

2. Se destaca la aplicabilidad del **Mindfulness** a este modelo, no solo por los beneficios que aporta la práctica de mindfulness al terapeuta para desarrollar y potenciar sus habilidades terapéuticas, sino también por la utilidad que tiene enseñar metodología mindfulness a los adolescentes y familiares, en tanto que les permita fomentar su regulación emocional, aumentar la conciencia de sus estados emocionales e impulsos adictivos y trabajar la aceptación y afrontamiento del malestar. Se observa también su aplicación en el ámbito de la prevención de las recaídas, como en el conocido programa MBPR (Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005). Y resulta útil y efectivo al contribuir al desarrollo de la aceptación de las situaciones desagradables y la toma de mayor conciencia de los eventos, en vez de evitarlos a través de los consumos de sustancias (San Juan, Saavedra y Cabrejas, 2017).

El Programa no propone un entrenamiento estructurado de las habilidades mindfulness para los adolescentes, pero los terapeutas que practican mindfulness se benefician con su práctica del cultivo de factores clave para una buena psicoterapia y el desarrollo de habilidades o actitudes terapéuticas que inciden directamente en el reforzamiento y éxito de la alianza terapéutica (San Juan, Cabrejas et al, 2016). La aplicación del mindfulness en la terapia favorece una relación más consciente con el adolescente. La aportación por parte del terapeuta del aprendizaje de habilidades

mindfulness basadas en los principios de autocompasión, aceptación, no juicio, paciencia, confianza, y habilidades de autorregulación emocional es una valiosa herramienta para el adolescente para regular y controlar sus reacciones ante los estímulos perjudiciales para ellos. La práctica de mindfulness y las estrategias de regulación emocional, favorecen el logro de la atención y la toma de conciencia, reduciéndose la impulsividad, alcanzando un mayor control de pensamiento y la conducta y aumentando su capacidad para no recaer en el consumo.

3. Otro de los factores relevantes a tener en cuenta en las primeras sesiones de terapia, además del buen vínculo terapéutico que se establezca entre el consultante y el terapeuta, es el enfoque que aporta la **Entrevista Motivacional** (Miller y Rollnick, 1991); para promover la motivación hacia el cambio de las personas que se encuentran en procesos adictivos. La Entrevista Motivacional es un enfoque de terapia breve, congruente con los trabajos de Prochaska y Diclemente sobre el Modelo transteórico de cambio y con la Terapia centrada en el cliente de Rogers.

La Entrevista Motivacional pretende hacer frente a las resistencias habituales que surgen en los contextos de terapia no voluntaria con adolescentes. Es frecuente que en un inicio el adolescente no desee colaborar, que su actitud sea pasiva ante el terapeuta, que desconfíe del programa y no tenga expectativas positivas sobre su implicación en las sesiones. Una de las resistencias más comunes es el rechazo a cambiar su hábito de consumo. A menudo, los adolescentes se sienten orgullosos y/o satisfechos con su consumo de sustancias y valoran la gran ventaja que les aporta la sustancia para "olvidarse de los problemas" o "relajarse". Tener presente el enfoque de Miller y Rollnick, ayuda a que todas estas resistencias, se afronten desde la escucha activa y empática; la psicoeducación y el diálogo para trabajar la ambivalencia, ofreciendo al joven nuevas ideas y maneras de ver su situación, con el objetivo de que acaben desencadenando un cambio de hábito.

Con este enfoque, se rechazan las estrategias por parte del terapeuta de manipulación, persuasión y amenaza con la intención de generar un cambio, que sólo conseguirían que el adolescente no colaborase y abandonara el Programa lo antes posible. El terapeuta debe estar atento a la aparición de resistencia o negación por parte del joven, para comprobar si está asumiendo más motivación de cambio que la que dispone el adolescente realmente y modificar sus estrategias de motivación.

4. En relación con la Entrevista Motivacional, como hemos mencionado, se destaca el trabajo realizado por Prochaska y Diclemente y su **Modelo Transteórico de cambio** (1982). Según este modelo, se entiende que la persona con una conducta adictiva o conducta no saludable, atraviesa por diferentes fases de cambio (*precontemplación, contemplación, disposición al cambio, acción, mantenimiento y recaída*), hasta que su motivación, decisión y actuación para cambiar dicha conducta son más estables, firmes y se mantienen en el tiempo. Se contempla este modelo circular, tanto para la evolución de cambio en la conducta adictiva, en caso de haberlo, como para el avance o retroceso en la propia implicación del adolescente y la familia en la terapia y en la aproximación a los objetivos terapéuticos acordados tanto individuales como familiares. Reflexionar y trabajar sobre las “caídas” o retrocesos en el proceso de cambio es fundamental, para que los miembros de la familia aprendan de su propio proceso de cambio, e identifiquen los factores de riesgo que les acompañan, sus resistencias y obstáculos y para fortalecer sus recursos y potencialidades.

Trabajar bajo el enfoque de este modelo, es útil para que el terapeuta y paciente puedan conocer y valorar el estadio actual en el que se encuentra cada miembro de la familia y trabajar con las estrategias acordes a dicha fase. Trabajar otras estrategias de otros estadios diferentes a aquél en el que se encuentran, podría provocar el desánimo, la resistencia al cambio, la no evolución o el abandono de la terapia por parte de los jóvenes, de la familia, o de ambos.

5. Las intervenciones terapéuticas del Programa tienen de base la **Terapia Sistémica Familiar desde el enfoque estructural- estratégico**. La adolescencia se relaciona con una crisis en el ciclo vital familiar y la conducta adictiva puede generar que se queden anclados en ella. El tratamiento pone el énfasis en las relaciones y en la interacción entre la familia y el terapeuta. El resultado del tratamiento depende tanto del adolescente, como de la familia y del terapeuta. Se esclarecen los patrones habituales y las interrelaciones que estaban funcionando como parte del problema y se pone el foco en las pautas sanas y excepciones que ya existen entre ellos pero no se han reconocido.

Implicar a la familia en el proceso de intervención del Programa, es vivido por el adolescente como positivo en tanto que el problema no se enfoca solo en el hijo/a, sino que se sitúa dentro de la globalidad del sistema familiar, y por tanto, todos sus integrantes son responsables con su actuación de favorecer el cambio hacia dinámicas relacionales más sanas.

6. La **Psicoterapia Integrada Cognitivo Analítica (PCA)** ofrece una teoría general de psicoterapia que se puede aplicar en contextos muy diferentes. Como recuerda Mirapeix (2014), la PCA cada vez cuenta con más soporte empírico en el tratamiento de los trastornos de personalidad, tanto en adultos como en adolescentes. El trabajo terapéutico está orientado hacia la personalidad del paciente, es decir, se comprende a la persona que acude a la terapia, desde su propia individualidad, con sus procesos de regulación cognitiva emocional, sus dinámicas relacionales, recursos personales, que están determinados por sus propios rasgos de personalidad e historia de vida y aprendizaje. Sólo comprendiendo y atendiendo a todos estos aspectos se podrá acompañar verdaderamente a las personas que acuden al Programa. El self, de cada individuo, es entendido como una multiplicidad de estados mentales, los cuales derivan de las distintas maneras de sentir, actuar y pensar que tiene la persona en cada momento consigo mismo y con los demás. Estos estados mentales están influenciados o condicionados en parte, por su propia historia

de vida, relaciones interpersonales y rasgos de personalidad. Es importante, detenerse a identificar bien con el adolescente los diferentes estados mentales para que sea consciente de ellos y reconducir aquellos que estén influyéndole para mantener conductas problemáticas o adictivas que no le permiten el desarrollo saludable para su edad.

Debido también a la etapa evolutiva de los adolescentes, las relaciones interpersonales, son fundamentales y están más que nunca en constante desarrollo e influencia. Por tanto, trabajar los estados mentales del self como diadas relacionales, es decir, como roles recíprocos, es fundamental para que el adolescente se comprenda a sí mismo también desde la comprensión de los de su alrededor.

Para todo este trabajo terapéutico de profundización en la individualidad del adolescente, se requiere de una capacidad de función reflexiva o mentalización suficientemente óptima, que ha de trabajarse previamente o en paralelo con el adolescente, y que se especifica con más detalle en el apartado siguiente.

7. **La terapia basada en la Mentalización (MBT)** de Bateman y Fonagy, se originó en un principio para tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad en contextos de hospitalización parcial, pero actualmente se trata de un enfoque más amplio que aborda los trastornos de personalidad en una variedad más amplia de situaciones clínicas, incluso para personas con abuso de sustancias (Bateman y Fonagy, 2010) y para el trabajo con familias y adolescentes, en colegios, y para manejar grupos sociales (Asen y Fonagy, 2012).

El constructo de mentalización o función reflexiva se define como la capacidad para comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales. Esta capacidad es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (Mirapeix, 2014). Es una función cognitiva esencial para la convivencia y las interacciones en un mundo social. Los individuos con una buena capacidad de mentalización logran comprender los

pensamientos de los otros y procesar adecuadamente los acontecimientos que les sirve para procesar sus experiencias. Se adquiere y desarrolla dentro de las relaciones de apego tempranas y es el resultado de un proceso evolutivo que, en determinadas ocasiones puede torcerse (Bateman y Fonagy, 2004), y se puede ver afectada y deteriorada debido a la presencia de algunos factores de riesgo como los relacionados con el ambiente familiar y sistema de apego.

En definitiva, una adecuada capacidad para mentalizar es fundamental para la regulación de nuestras emociones (Bateman y Fonagy, 2006), si por el contrario la persona tiene una débil capacidad de mentalización, será más vulnerable a los cambios y a las presiones que se produzcan en su entorno, siendo más vulnerable por ende al consumo de sustancias con el consiguiente riesgo que esto supone. El modelo reflexivo o de mentalización estimula más a pensar en las conductas que en cambiarlas, aunque habitualmente los cambios en el comportamiento siguen a cambios en el pensamiento y en las representaciones.

### Fases de la Psicoterapia con Adolescentes con Conductas Adictivas y sus Familiares

A continuación, se presenta el modo de trabajo psicoterapéutico desglosado en cuatro fases: *bienvenida, profundización, cambio y desenlace*. Asimismo, existen labores de coordinación transversal con los agentes que acompañan al joven y/o a la familia durante todo el proceso. Se contacta con frecuencia con los profesionales que trabajan y atienden a los adolescentes y a sus familias, con el objetivo de coordinar las actuaciones necesarias y lograr objetivos comunes.

Realizar una atención individualizada de cada familia, actuar de manera conjunta con los diferentes profesionales que rodean la familia y trabajar de forma complementaria hacia los mismos objetivos, aumenta las posibilidades de éxito familiar.

Las fases que desarrollamos a continuación siguen la estructura de las fases de psicoterapia individual de Beitman (1987).

## Fase 1: Bienvenida

Durante esta fase se desarrolla la acogida de la familia que acude al Programa. Se realiza la *evaluación psicológica* del caso y una aproximación en la que se examina el motivo de consulta, la situación familiar, social, emocional, escolar, legal y de consumo. A la par que se va creando una alianza terapéutica y se colabora con los distintos sistemas que engloban al adolescente, familia y técnicos de intervención (Servicios Sociales, Atención primaria, Salud Mental, Centro Escolar...).

En la Bienvenida, se dedica un gran esfuerzo a generar una *alianza terapéutica sana* tanto con el adolescente como con cada miembro de la familia que le acompañe. Se pone énfasis en las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica según el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): enganche en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta, seguridad en el sistema terapéutico y sentido de compartir el propósito de la propia terapia.

Establecer una relación terapéutica segura con los adolescentes conlleva tiempo y esfuerzo, y esta fase de Bienvenida se torna imprescindible para el tratamiento terapéutico, si bien, la relación terapéutica se analiza y evalúa a lo largo de todas las fases de la psicoterapia. A través de esta relación se produce el cambio en el joven y en la familia, de ahí la importancia de tenerla siempre presente, de poder hablar sobre ella y de trabajarla según la fase y momento en que nos encontremos. Facilitar que el adolescente y la familia se permitan ser en terapia tal como son, con sus miedos e inseguridades, y comprobar que son aceptados sin juicio y comprendidos por el terapeuta, facilita que los miembros de la familia sientan el Programa como su lugar seguro, lo que constituye una buena base para el resto del tratamiento.

Las familias que inician un tratamiento, lo hacen con una amplia variedad de expectativas, miedos, esperanzas y preocupaciones. Por ejemplo, pueden esperar ser criticados, aconsejados, escuchados, culpabilizados... así que recoger a cada miembro, poner en palabras estas expectativas y miedos, estructurar previamente la primera sesión y la terapia en general (tiempo de la sesión, frecuencia, intensidad variable según el transcurso de la misma...) tiende a tranquilizarlos y favorece una

mejor predisposición.

Adolescente y terapeuta co-construyen una conversación acorde a los tiempos, capacidad de mentalización y deseos del joven. Las hipótesis se comparten y plantean con la familia y sirven para guiar el proceso hacia una narrativa alternativa que ofrezca una explicación válida para todos los miembros familiares. No son aseveraciones irrefutables, sino comunicaciones dirigidas a la mente, que facilitan a las familias el pensar en sí mismas como personas y como grupo con mente, capaces de utilizar palabras y pensamientos de manera diferente para generar un cambio en la dinámica familiar.

Los principales objetivos de esta fase son establecer una alianza terapéutica con el joven y con su familia, que facilite que el Programa sea un lugar seguro para cada uno de los miembros familiares, y especialmente para el adolescente. Y fomentar una *búsqueda de objetivos comunes* que promuevan el incremento de la motivación para reforzar el compromiso en la terapia.

### Técnicas

Aunque parezcan técnicas básicas, son imprescindibles y fundamentales. La empatía, la calidez de la acogida, la congruencia del terapeuta con lo que es, transmite y expresa con su lenguaje verbal y no verbal, su capacidad de ser auténtico en terapia, de promover a utilizar lo mejor de cada uno para poder ofrecérselo al otro de forma natural y espontánea en la terapia, y la aceptación incondicional de la familia son básicos para poder comenzar a trabajar.

Es importante cuidar el espacio y el lugar en el que se sitúa el terapeuta físicamente, por lo que es bueno preguntar a la persona dónde quiere, que se coloque el terapeuta para sentirse cómodo. Siempre que sea posible, es adecuado ir variando el espacio según lo que intentemos transmitir, según lo que nos pida la persona y según el momento de la terapia.

En esta fase se utiliza alguna técnica de la Entrevista Motivacional como evitar la discusión con el adolescente que tiene una conducta adictiva, ya que defender un argumento puede provocar actitudes defensivas. La resistencia en el adolescente indica que se deben cambiar las estrategias que se han utilizado. Para eso puede ser

adecuado verbalizar estas impresiones, pedir disculpas si ha habido dificultades de comprensión o explicitar que no se está en su contra.

La gran mayoría de los jóvenes que acuden, no vienen por voluntad propia o al menos no vienen queriendo dejar el consumo y/o la conducta adictiva. Es importante negociar objetivos comunes por los que les pueda interesar acudir a las sesiones. Comenzar por lo que el adolescente considera importante, es fundamental para sentirse aceptado, escuchado y valorado.

En la sesión de Bienvenida es muy importante analizar las fortalezas del joven y de la familia. En muchas ocasiones el adolescente viene con la etiqueta familiar de "oveja negra", y poder salir de la primera sesión con otra visión sobre sí mismo, sobre la familia, así como valorar el esfuerzo, la preocupación, el dolor y la frustración de cada miembro del sistema, y también las fortalezas y momentos positivos, el deseo de volver a estar bien entre todos, generan expectativas positivas hacia la familia y hacia la terapia en general. La familia, junto con el terapeuta, son los responsables del cambio y la consideración de se pueden realizar fomenta un cierto grado de alivio y esperanza.

Se analiza el estadio de motivación en que se encuentra el joven, y el nivel de mentalización, el estilo de apego y los rasgos de personalidad que tiene cada miembro de la familia, al objeto de estructurar las técnicas a utilizar en la sesión, que la familia sea capaz de integrarlas.

Primero se estudian las técnicas, luego se practican y por último se integran y olvidan. La meta es trascender lo técnico. Sólo alguien que ha dominado la técnica y ha conseguido olvidarla puede llegar a ser un terapeuta competente (Minuchin, 2012).

### **Contenido**

El principal contenido que se trata en esta fase es el motivo por el cual acuden a terapia, evaluación de la historia evolutiva, de la conducta adictiva, del tipo de apego familiar y del conflicto intrapersonal e interpersonal que el comportamiento adictivo u otros problemas les ocasionan.

Asimismo, en la bienvenida se explora la influencia de tratamientos terapéuticos previos, sobre todo si en los mismos no se sintieron comprendidos o aceptados.

### **Resistencias**

Es habitual que algún miembro de la familia acuda con actitudes de desconfianza y defensivas. Los miedos y ambivalencias hacia el proceso terapéutico y/o hacia hablar sobre algún problema oculto salen a la luz en esta etapa de bienvenida y a lo largo del proceso.

La evasión de los conflictos suele manifestarse a través de las conductas adictivas que utilizan los adolescentes: fumar cannabis, jugar a diferentes juegos on line, no estar en casa de manera habitual, conductas hipersexualizadas, etc. y tienden a generar multiproblemas en diferentes contextos (familiar, escolar, social, legal)

Los adolescentes muestran una baja tolerancia a la frustración, impulsividad, búsqueda de sensaciones y dificultades para aceptar las normas. Es fundamental tener en cuenta todos estos aspectos y trabajar en ellos.

Para disminuir las resistencias familiares hay que trabajar en función del grado de mentalización que tenga la familia y del tipo de apego.

### **Aspecto Relacional**

En esta primera fase, se trabaja para establecer la confianza. Se busca que la familia perciba al terapeuta como una persona en la que se puede confiar, que no intenta intencionadamente herirla o explotarla, y que posee el conocimiento, la capacidad y la experiencia necesarias para ayudarles a resolver las dificultades que les han llevado a consulta. A medida que avanza la terapia, seguirán aflorando los problemas planteados por la confianza, así que no se debe suponer que una vez establecida, se mantiene inalterada para siempre.

### **Fase 2: Profundización**

En la segunda etapa se desarrollan dos aspectos paralelos: por un lado se continúa con la evaluación, la cual se realiza a lo largo de todo el tratamiento, pero es especialmente en esta fase cuando se hace más hincapié para tener una idea global y profundizar en las características del caso. Y por otro, se interviene en la disminución de las situaciones y conductas de riesgo.

a) En la *evaluación* se tienen en cuenta la historia biográfica del joven (historia familiar, escolar, social, legal y de salud), los rasgos de personalidad, estados del self, el tipo de apego de

cada miembro familiar y los roles recíprocos presentes. Se analiza el funcionamiento y las dinámicas familiares existentes (o las producidas en el lugar donde el joven convive), la capacidad de mentalización de cada miembro y la posibilidad de que exista alguna patología concurrente.

En la fase de profundización se explora específicamente la *conducta adictiva*, con especial atención a la conciencia del problema, la motivación y disposición al cambio, los factores de riesgo y los factores de protección presentes (tanto a nivel individual, social como familiar). Dicha exploración puede servirnos para decidir el abordaje idóneo o para orientar hacia el recurso más adecuado en el caso de existir una patología concomitante entendida como severa y no manejable desde el Programa. En ese momento, se orienta y guía a la familia con el triple objetivo de tranquilizar, ofrecer alternativas y motivar para el futuro tratamiento.

Es fundamental entender la naturaleza y severidad de los problemas, el desarrollo de los factores causales y los de mantenimiento y considerar la repercusión de los mismos, identificar y resaltar las fortalezas familiares y ajustar las metas del tratamiento.

b) Una vez que el adolescente siente el Programa como un lugar seguro, donde poder confiar y reconstruir sus problemas, el siguiente paso es realizar un *Plan de Crisis*, para atender y gestionar las conductas problemáticas más graves e inmediatas, en el caso de que existan, como pueden ser: consumos problemáticos, conductas delictivas, violencia filiofamiliar, autolesiones, etc.

Este plan de crisis es individualizado para cada joven y cuenta con el apoyo de los sistemas que le rodean: familia y profesionales. De forma que cada miembro implicado tenga sus propias pautas para favorecer la meta común de que el joven esté a salvo y/o seguro. Durante la co-construcción de este plan de crisis, se trabaja en el primer bloque de la mentalización: se focaliza la atención en la regulación, especialmente de los adolescentes, pero en general de todos los miembros del sistema y en las estrategias de autocuidado que tiene cada uno. Se presta atención a las diferentes reacciones corporales y a sus conductas, de forma que la familia vaya aprendiendo a observarse de forma más aguda y desarrolle nuevos recursos de regulación emocional y autocuidado.

Los objetivos de esta fase consisten en explorar el caso en profundidad, a la vez que se trabaja con la familia para disminuir las conductas de riesgo. Mediante la intervención se fomenta que los familiares se hagan conscientes de que existen problemas, acepten que éstos les causan malestar y se motiven para generar nuevas dinámicas. De esta manera se favorece un avance en la escala de estadio del cambio de Prochaska y Diclemente.

### **Técnicas**

Se practica la escucha activa y los genogramas familiares para identificar los temas de preocupación recurrentes, las pautas de interacción redundantes, el afloramiento de conflictos repetidos y el tono afectivo predominante en la familia (Bagarozzi, D. A. y Anderson, S. A., 1996).

Mediante los mapas de estados mentales se trabaja la multiplicidad del self y con ello la integración de la identidad. Esta herramienta ayuda a activar y explicar los distintos estados mentales con coherencia, estabilidad, continuidad a lo largo del tiempo; promoviendo una capacidad de describirse a sí mismo y una visión de los demás, multifacética y compleja; implicando una comprensión de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los otros en un contexto social y temporal determinado. Los mapas mentales en la fase de profundización ofrecen un importante conocimiento sobre la situación-problema.

Se tiene en cuenta la capacidad de mentalización de cada miembro de la familia, para favorecer su desarrollo y que sean capaces de ver más allá de la "conducta problema" de su hijo/a. Se les acompaña en el proceso de ser más conscientes de sus afectos, conductas y en especial en los momentos de conflictos, que es cuando puede haber un déficit mayor en la capacidad de mentalización, de autorregulación y de ayudar a mentalizar a su hijo/a. De esta forma se favorecen las interacciones padres-hijo/a en las que el/la joven se sienta seguro y comprendido (Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., Muller, N., 2019). En estos casos, resulta de gran utilidad introducir las enseñanzas propias del mindfulness, con la intención de favorecer su autorregulación, pues pueden llevar a cabo la atención plena en cualquier momento a través de ejercicios simples y es el paso necesario y previo a cualquier actuación más meditada o controlada. De esta manera,

eliminan patrones impulsivos y automáticos, propios de estrategias disfuncionales aprendidas en el pasado.

En esta fase se utiliza también alguna técnica de la entrevista motivacional. Para motivar al cambio, son útiles las preguntas abiertas, las afirmaciones terapéuticas o reflejos de lo que la persona narra, los reconocimientos de sus fortalezas y de los esfuerzos que hace el joven. Los resúmenes, favorecen la síntesis para que se sienta escuchado y validado. Se trabajan las resistencias y discrepancias para aumentar su autoconocimiento y para que pueda darse cuenta de la discrepancia entre sus metas futuras y sus comportamientos actuales.

Se proporciona psicoeducación sobre el efecto de las sustancias y las consecuencias de las mismas y se refutan los mitos adyacentes a las sustancias o conductas adictivas, si el adolescente está en un estadio de cambio óptimo para aceptar dichos argumentos.

Se comparten microreformulaciones positivas para cambiar el foco del problema, y en vez de focalizarlo exclusivamente en el adolescente, se amplía el foco a todos los integrantes del sistema familiar de modo que la responsabilidad de la resolución del problema dependerá de la implicación de todos.

Por último, pero no menos importante, se realiza un plan de crisis familiar para prevenir las conductas de riesgo más graves donde se detalle los pasos y acciones a realizar.

### **Contenido**

El principal contenido de esta fase es la profundización en la historia del adolescente, reconocer las excepciones a la situación problema, la búsqueda y reconocimiento de fortalezas familiares, y que el adolescente vaya adquiriendo mayor autoconocimiento sobre sí mismo y sobre sus conductas y mayor reflexividad

### **Resistencias**

Al profundizar en la historia familiar, en muchas ocasiones se produce un alto nivel de emoción expresada que suscita una disminución de la capacidad de mentalización. Parar, tomar conciencia, contener la emoción y dar una respuesta

que favorezca la autorregulación y el autocontrol favorece la mentalización.

La ambivalencia de la familia sigue presente a medida que avanza la terapia, percatarse de la misma y ponerla en palabras, facilita que disminuya esta resistencia.

### **Aspecto Relacional**

En la fase de profundización salen a la luz las capacidades para contener, validar y acompañar las emociones y momentos difíciles familiares.

Asimismo, otros aspectos relacionales básicos son las interacciones familiares asociadas a las expectativas del hijo o hija según su género y los roles recíprocos enquistados. El terapeuta se posiciona en un rol recíproco diferente a la díada relacional donde se suele situar la familia, y eso facilita que se modifiquen las percepciones y atribuciones de los miembros de la familia y por ello la forma de actuar de la misma.

### **Fase 3: Cambio**

Se considera que el proceso de cambio ya se da desde las primeras fases donde la familia permite que alguien ajeno entre en su sistema. Una vez establecida la confianza, es en la fase de cambio donde el terapeuta hace más hincapié en estimular y desarrollar los siguientes bloques de la mentalización: la regulación emocional y el trabajo específico con la capacidad de mentalización. Se trabaja la capacidad reflexiva en relación a los temas que llevaron al joven a terapia y sobre sus conductas adictivas. Este trabajo favorece que se promuevan comportamientos más adaptativos, y es necesario seguir acompañando a la familia en el proceso de individualización- separación en la que se encuentran.

Se trabaja con la familia para que el adolescente cree una identidad diferenciada respecto a su familia de origen, para liberarse de las proyecciones paternas, para desarrollar sus propios valores y para consolidar su propia identidad distintiva. También es importante alentar a los padres a reflexionar sobre su ambivalencia respecto a la libertad del hijo, negociar nuevos pactos conyugales que traten cuestiones relativas a su propia relación y reforzar las fronteras del subsistema paterno.

Cuando ambos padres comparten ideales y expectativas similares o congruentes con respecto a

su hijo, habrá menos patología. Trabajar con los padres sobre la imagen del hijo ideal, consciente e inconsciente, que cada uno de ellos tiene y sobre la función familiar que asumen algunos hijos, en ocasiones como chivos expiatorios, así como modificar estas dinámicas son parte de la labor de esta fase.

Otra labor de este momento es hacer consciente a los miembros familiares de patrones recíprocos de rol negativos, para comenzar a ampliarlos a otras formas más sanas y menos encorsetadas de relacionarse con el otro.

Cuando el joven está estabilizado en las conductas más disruptivas, la intervención se dirige a contener y validar las emociones enseñando a expresarlas de forma más adaptativa, a tratar de otra forma aquellos conflictos que surgen y resurgen, a pensar juntos, a mentalizar y utilizar otras narrativas más positivas sobre cada miembro familiar utilizando enfoques más creativos y flexibles frente a los desafíos que se encuentran para poder manejarlos mejor. Así mismo, se hace especial hincapié en la neutralización de los factores de riesgo detectados, y en fomentar los factores de protección. De esta forma se comienzan a abandonar conductas anteriores poco adaptativas, y se inician otras nuevas más sanas y saludables.

Se incrementan habilidades que favorezcan el estar presentes aquí y ahora, centrados en el momento, se favorecen estrategias de regulación emocional, se recalcan las situaciones en las que la familia muestra autocontrol y/o excepciones a la situación- problema. Se estimula, a través de preguntas, sobre los diferentes estados mentales de la narrativa de la familia, se ponen en palabras las hipótesis que guían la intervención, para matizarlas, refutarlas o validarlas, y así, se ayuda a incrementar la capacidad de mentalización.

Trabajar las metas de la persona, volver a repensar lo que querían hacer y que no han hecho, reconocer el camino que realmente les satisface, favorecer con ejemplos de su historia qué necesitan y cómo se sienten cuando consiguen pensar, sentir y actuar acorde a sus valores; esto generará que vean la discrepancia entre lo que desean y lo que están haciendo actualmente y podrá favorecer un cambio de estadio en la conducta adictiva. Para reducir la necesidad de evadir los problemas a través de la conducta adictiva, se trabaja con ellos

para que se enfrenten a los problemas de forma activa, para que mejoren su capacidad de actuar y sean congruentes consigo mismos, y para que aprendan a afrontar el aburrimiento, la ira, el miedo, la tristeza y la sensación de vacío de una manera más adaptativa. De este modo, progresivamente irán dándose cuenta de cómo estos cambios mejoran las relaciones familiares y disminuyen los conflictos a su alrededor

Como dice Abeijón (2017), poder interferir en los mecanismos relacionales modifica de forma muy importante el significado y la evolución de la conducta del joven hacia el comportamiento adictivo.

Las recaídas, tanto si se refieren a la recaída en el consumo, como a volver a asumir el mismo rol en conflictos recurrentes, se afrontan como posibilidades para hacer cambios y oportunidades para aprender. Hay que estar atento a cómo interpreta la familia estas situaciones de recaídas o retrocesos, reformularlas de forma positiva y proactiva, y aportar herramientas a las familias para continuar el proceso.

Los principales objetivos de esta fase se centran en facilitar el abandono de hábitos poco saludables, promover una identidad integrada y sana congruente con unos valores prosociales como estrategias alternativas a la conducta adictiva, favorecer relaciones familiares reflexivas que permitan el desarrollo adecuado de cada uno de sus miembros y promover actividades afines a los intereses del adolescente de manera responsable.

### **Técnicas**

Las técnicas específicas que se detallan en esta fase de cambio, no excluyen que se sigan utilizando las anteriores si el caso lo requiere, ya que los materiales y/o las técnicas se emplean en función de los gustos, momento y características del adolescente que está en sesión y de la familia.

Se realizan reformulaciones positivas de la familia, se aceptan los errores de todos y todas como parte del aprendizaje, se analizan los posibles estereotipos que existen en función del género para permitir la identidad de cada miembro. Y en definitiva, se reflexiona con la familia sobre la función que tiene el comportamiento adictivo en la relación familiar.

Se plantean preguntas circulares según la

capacidad de mentalización de cada miembro familiar, se instruye a poner límites claros y coherentes entre los subsistemas, practicando una comunicación y gestión emocional familiar adecuada. Se validan los estados mentales de cada uno, favoreciendo un cambio en el comportamiento de todos y se analizan los valores y mitos familiares, esclareciendo también los secretos familiares. También, es importante promover actividades placenteras familiares para una mayor cohesión familiar.

Además se proporcionan técnicas de mindfulness para focalizar en el aquí y el ahora, se acompaña a aceptar que existe un malestar, y se enseña a no utilizar estrategias de evitación del problema.

Además se proporcionan técnicas de mindfulness para focalizar en el aquí y el ahora, se acompaña a aceptar que existe un malestar, y se enseña a no utilizar estrategias de evitación del problema.

Se utilizan las metáforas, la externalización del síntoma, las esculturas, las sillas vacías y los balances personales. Se analizan las diferencias que existen entre la persona cuando consume y la persona cuando no lo hace, se favorece el verse a sí mismos sin la conducta adictiva y se reflexiona sobre las dificultades y oportunidades observadas. Se trabaja con fotos, música y otros materiales significativos que sirvan para reconstruir la historia familiar, darles consistencia y referencias significativas. Se realizan role-playings, cartas terapéuticas y juegos para tratar aquellas situaciones complicadas para los adolescentes.

Se realiza orientación en áreas escolares, laborales y de ocio y tiempo libre. En muchos casos los jóvenes han abandonado los estudios, han dejado de realizar deporte o las actividades de ocio que en el pasado eran placenteras para ellos. Es importante que vuelvan a sentirse eficaces respecto a estas áreas, y ponerse metas pequeñas y concretas, que les motiven hacia un destino propio.

### **Contenido**

Se analiza la estructura y dinámica familiar, el tipo de vínculo, los roles recíprocos adaptados/desadaptados y la co-responsabilización de cada uno de los miembros de la familia son parte importante de los contenidos de la fase de cambio.

Se tienen en cuenta los esquemas funcionales/disfuncionales, la coherencia en la reformulación, en las percepciones y consecuencias del cambio; y los estereotipos de género a fin de identificarlos y desmitificarlos en conceptos más adaptativos e integrados en la persona.

### **Resistencias**

El miedo al cambio o a la propia conciencia de la identidad, el no permitirse el autocuidado o el desempeño de otro rol más funcional dentro de la familia son propios en esta etapa.

### **Aspecto Relacional**

Cuando el terapeuta responde de manera adecuada a las necesidades familiares y no desde un rol recíproco desajustado, proporciona una respuesta diferente en la familia que provoca un aumento de la confianza y un cambio en la dinámica familiar. Se da una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1946; Beck, 1987). Esta experiencia prepara el camino para una nueva forma de vincularse y de pensar juntos sobre las percepciones, atribuciones, interpretación de los acontecimientos y esquemas cognitivos de los y las adolescentes.

### **Fase 4: Desenlace**

La decisión de finalizar la terapia se lleva a cabo de manera conjunta con todos los miembros familiares. Si se ha conseguido alcanzar un buen nivel de implicación de todas las partes, la familia valorará si se ha logrado con éxito o no la misma. En este momento se analiza el proceso terapéutico que se ha llevado a cabo, la integración de lo abordado en las distintas sesiones, los beneficios conseguidos, el nivel de satisfacción alcanzado y el procedimiento a seguir si ocurre una recaída.

Decidir cuándo finalizar un tratamiento es complicado para el papel del terapeuta. En muchas ocasiones, por la necesidad del propio terapeuta de ofrecer apoyo y ayuda, se suele creer que siempre se puede hacer algo más (Fragkiadaki & Strauss, 2012); pero dar el alta en el momento adecuado, es positivo, necesario y fundamental para el fomento de la autonomía de los adolescentes y sus familias.

A pesar de que el objetivo ideal del tratamiento sería conseguir una abstinencia total de las diferentes conductas adictivas del adolescente, en ocasiones no se consigue la abstinencia total, o una

abstinencia de todas las conductas adictivas que tiene. No podemos olvidar que los adolescentes son personas con capacidad para decidir si es su momento o no para relacionarse de otra forma con la sustancia o con la actividad que les provoca adicción. Se puede lograr un cambio en esta forma de relacionarse con ella, disminuirse la dependencia hacia la misma, o un cambio de sustancia; por ejemplo, hay jóvenes que dejan de fumar cannabis, pero comienzan a tener una dependencia del tabaco. También se encuentran mejorías en otros puntos tratados en las sesiones, como los objetivos relacionales, los objetivos de reincorporarse al ámbito escolar y/o laboral y los objetivos sobre mantener actividades de ocio y de relación con iguales más sanos y saludables. Los casos se analizan de manera global poniendo el foco en la disminución del sufrimiento de los distintos miembros familiares y en la adaptabilidad del adolescente a su vida.

En otros casos, el abandono de la conducta adictiva se produce rápido, pero el tratamiento continúa hasta que el resto de objetivos se cumplan para poder mantener dicho cambio a largo plazo: saber relacionarse de forma constructiva en familia, acudir a actividades escolares y/o laborales, ampliar las actividades de ocio...

Para analizar si la terapia ha tenido éxito o no, se fijan diferentes niveles de cambio teniendo en cuenta los fijados por Cunillera i Forns (2006) y ampliados acordes a las características del programa que se está desarrollando. Se observan los siguientes cambios:

- Percepción que el adolescente tiene de sí mismo: sensación de bienestar interior, integración de las diferentes partes del self, aumento de la capacidad de mentalización, de la capacidad de regulación emocional y de autocontrol, se relaciona mediante roles recíprocos introyectados más sanos y saludables y se relaciona acorde a sus valores.
- Dinámica y estructura familiar: cada miembro familiar desarrolla el rol que le corresponde según la etapa que vive la familia, sin miembros desprestigiados; los límites entre los subsistemas son claros y flexibles, existe una adecuada resolución de conflictos intrafamiliares, se facilita el autoconocimiento y la capacidad de mentalización en las interacciones familiares, y los padres son capaces de verse como agentes de cambio para sí mismos y para su hijo/a estableciendo sus propias fortalezas de forma realista y manteniendo una sensación de control frente a futuros desafíos.
- Salud física y mental del adolescente y su familia: Ha disminuido el sufrimiento y por tanto las somatizaciones y/o la necesidad de los miembros para continuar con un tratamiento farmacológico o psicológico.
- La percepción sobre el adolescente de las personas externas a la familia: se produce una validación del o la joven tanto en su grupo de iguales, como en los profesores, los técnicos de servicios sociales y/o en los diferentes ambientes en los que se relaciona la persona.
- La relación entre el adolescente y la conducta adictiva: Ha cesado y se mantiene la abstinencia de la conducta adictiva. En ocasiones, los adolescentes siguen teniendo presente la conducta adictiva, pero esta deja de ser el centro de su vida, su refugio o salida.
- Actividades escolares y/o laborales: el adolescente ha vuelto a acudir a clase, a tener motivación respecto a los estudios o ha encontrado metas laborales que se corresponden a sus gustos y necesidades.
- Las actividades de ocio: el adolescente ha encontrado otras actividades de ocio que se corresponden con sus valores y necesidades. Los miembros familiares pueden estar incluidos en las mismas.

En la medida en que el proceso terapéutico permita profundizar en la personalidad del individuo, en los conflictos que van más allá del síntoma visible y se ahonde en los distintos niveles de cambio, la posibilidad de que los avances se mantengan en el tiempo será mayor. No en todos los casos se consigue profundizar lo que se desearía, de ahí que esos éxitos no sean definitivos y sí transitorios.

Los principales objetivos para la fase de desenlace consisten en la generalización y mantenimiento de los cambios realizados, el fomento de la autonomía del adolescente, la recapitulación del proceso llevado a cabo, enfatizar sobre los puntos fuertes y los que debe tener en

cuenta para prevenir adecuadamente las recaídas, y reconocer el programa como un lugar seguro al que poder volver si fuese necesario.

### **Técnicas**

En este momento se refuerzan los acuerdos terapéuticos alcanzados, se piensa con la familia en cómo era su situación al inicio, los procesos que han seguido y cómo mantenerlos. Se establece un plan de recaídas que posibilite, tanto al o la adolescente, como a su familia, saber cómo actuar y no retroalimentarse en la misma.

Durante las últimas sesiones, que suelen ser más espaciadas en el tiempo, se trabaja “teniendo la mente en el final”. Esto es muy adecuado para poder abordar los miedos y temores de los diferentes miembros familiares y así poder proporcionar estrategias hacia los mismos.

La orientación hacia el ocio y tiempo libre, si bien se ha ido dando a lo largo de todo el proceso, aquí se torna fundamental valorando las características positivas que se consiguen con la misma.

Se recapitula y reformula el proceso terapéutico. Bien con cartas de despedida, bien con fotos o utilizando recuerdos, se traslada de manera conjunta los objetivos trabajados y habilidades adquiridas.

### **Contenido**

En la fase de despedida se enfatizan los logros de la familia, empoderando al adolescente y a su familia. Se integran las diferentes partes de la identidad individual, de la identidad familiar y del proceso terapéutico.

Por otro lado, se abordan los miedos e ilusiones poco realistas y se trabaja el duelo y la despedida del propio proceso terapéutico.

### **Resistencias**

En ocasiones las familias muestran en este momento un agravamiento de los síntomas, o nuevos síntomas, por lo que se reevalúa el caso y se analizan los motivos del mismo.

Los miedos al cambio y a continuar sin el apoyo del terapeuta son tratados durante las últimas sesiones para poder fomentar que la familia continúe funcionando de forma autónoma.

### **Aspecto Relacional**

La dependencia y contradependencia hacia la terapia es el aspecto relacional clave. Esta fase es una oportunidad para acompañar a la familia a realizar procesos de duelo sanos y para revisar como terapeuta estos mismos procesos.

## **La Actitud del Terapeuta**

El terapeuta adquiere una actitud de no juicio, de estar presente en el proceso, de tener paciencia y de tener y generar confianza en la familia. Tal y como decía Rogers, debe integrar estas actitudes como una expresión genuina de su forma de ser y filosofía de vida.

Para facilitar estas características, los terapeutas mantienen una práctica activa de mindfulness que les permite focalizar en el aquí y en el ahora, aumentar la capacidad de concentración, y mejorar la atención, facilitando los desarrollos implicados en la autoobservación y en la regulación emocional (Mirapeix, C., 2015).

La actitud mentalizadora del terapeuta es fundamental en todas las fases. El terapeuta parte de una orientación básica de ayuda, de autenticidad, libre de juicios, genuina y tolerante, un interés por la mente y no solo por la conducta, una curiosidad de no saber (indagadora) y una capacidad para saber gestionar los malentendidos (Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., Muller, N., 2019). Perder la capacidad de mentalización en determinados momentos, por ejemplo, en momentos ansiosos, bajo presión o en un estado elevado de activación, es normal e inevitable. Darse cuenta de esta actitud no mentalizadora es importante porque facilita dar los pasos necesarios para recuperar la posición mentalizadora.

Hay que mencionar la importancia que tiene tener presente el autocuidado del terapeuta en todo el proceso de intervención. Ejercer la psicoterapia supone un gasto emocional importante al estar trabajando directamente con personas, sostener sus emociones y conectar con su sufrimiento individual y relacional. El terapeuta también tiene una vida personal, fuera del trabajo y atraviesa por otros sufrimientos con iguales o diferentes características. Es por esto, que es necesario que el profesional haga su propio proceso de terapia para procurar que sus propios procesos no se interpongan en el buen quehacer de la terapia.

Además de esto, es fundamental que el terapeuta tenga presente qué necesita para estar en las mejores condiciones para trabajar con las familias. Para esto, es necesario que tenga un buen autoconocimiento sobre sí mismo para saber qué aspectos le pueden llevar al agotamiento físico y mental, a la sobrecarga de trabajo, a la sobreexigencia, etc. Y qué estrategias de regulación emocional le ayudarán a mantenerse en el aquí y en el ahora.

A modo de resumen, en la intervención psicoterapéutica en fases con adolescentes y sus familias se trabajan los siguientes procesos a lo largo del tratamiento: en la fase de *bienvenida*, se torna importante la labor de la espontaneidad, curiosidad y aceptación sin juicio, se busca la

mimetización con la familia y se intenta entrar en el sistema para comprenderlo. En la fase de *profundización*, el proceso importante es la mente del principiante, se experimenta la narrativa de la familia sin dejarse influenciar o contaminar por los casos de otras familias con las que se trabaja, observando con “los ojos de un niño”. En la de *cambio*, se activan roles recíprocos o diadas relacionales con sus respuestas emocionales en la familia y en el terapeuta, y es labor de este último tenerlo en cuenta para poder intervenir acorde a los objetivos de la terapia. En la fase de *desenlace* se ponen en juego los duelos y afrontamiento de los diferentes miembros del sistema: familia y terapeuta.

## Referencias

- Abeijón, J.A. (2017). Repensando la prevención. En M. González Audikana. (Ed.), *Repensando la prevención. Avances en drogodependencias* (pp.29– 39). Instituto Deusto Drogodependencias.
- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. Royald Press.
- Asen, E., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347–370.
- Bagarozzi, D. A. y Anderson, S. A. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares. Formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Editorial Paidós.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalizationbased treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. *Handbook of mentalizationbased treatment*, 185–200.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. En J. K. Zeig (comp.), *The evolution of psychotherapy*. Guilford Press.
- Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. Guilford Press.
- Binder, P. E., Holgersen, H., y Nielsen, G. H. S. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250–256.
- Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de conductas adictivas basada en Mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Cabrejas-Sánchez, C., San Juan-Gutiérrez, P., et al. (2016). El papel de la función reflexiva como factor de protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Avances de Psicología Clínica*, pp. 417–425. <http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBROCAPITULOS2016.pdf>
- Corbella, S., Botella, L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. (2003). *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221.
- Cunillera i Forns, C. (2006). *Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente*. Paidós Ibérica.
- Fragkiadaki, E., y Strauss, S. M. (2012). Termination of psychotherapy: the journey of 10 psychoanalytic and

- psychodynamic therapists. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 85, 335–350. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02.035.x>
- Hester, R. y Miller, W. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Pergamon Press.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., y Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado*. Desclée de Brouwer.
- Martin, J., Romas, M., Medford, M., Leffert, N., y Hatcher, S. L. (2006). Adult helping qualities preferred by adolescents. *Adolescence*, 41(161), 127.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. Guilford Press.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (2012). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Mirapeix, C. (2014). PCA e incremento de la función reflexiva. <http://mirapeix.es/wp-content/uploads/2017/06/PCA-funcion-reflexiva-2014-VF.pdf>
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Revista Norte de Salud mental y Psiquiatría comunitaria*, 13(53).
- Pollak, S. M., Pedulla, T., y Siegel, R. D. (2015). *Sentarse juntos. Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el Mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- San Juan, P., Cabrejas, C., et al. (2016) Influencia de las habilidades mindfulness del terapeuta en la mejora de la alianza terapéutica con adolescentes. *Avances de Psicología Clínica*, 407–416. <http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBROCAPITULOS2016.pdf>
- San Juan, P., Saavedra, I., Cabrejas, C. (2017). Propuesta de un programa de mindfulness para la prevención de recaídas en consumidores de cannabis. *Investigación sobre el cannabis ¿qué dicen los estudios científicos?*, 289–301. Plan Nacional sobre drogas.
- Slade, A. (2008). Working with parents in child psychotherapy. Engaging the reflective function. En F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research – findings, and clinical implications* (pp. 204–234). Analytic Press.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., y Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19(3), 211–228.