

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

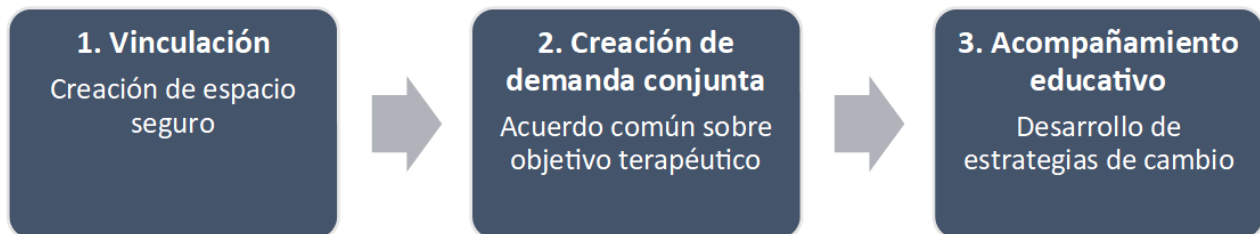
contemplación y la de acción, en la que existe un malestar, o problema, como identificado por parte del sujeto y una voluntad de iniciar acciones para modificar dicha situación, ya sea como idea, o ya habiendo concretado qué acciones llevar a cabo para tal fin. En caso de no darse estas circunstancias, 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.