

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

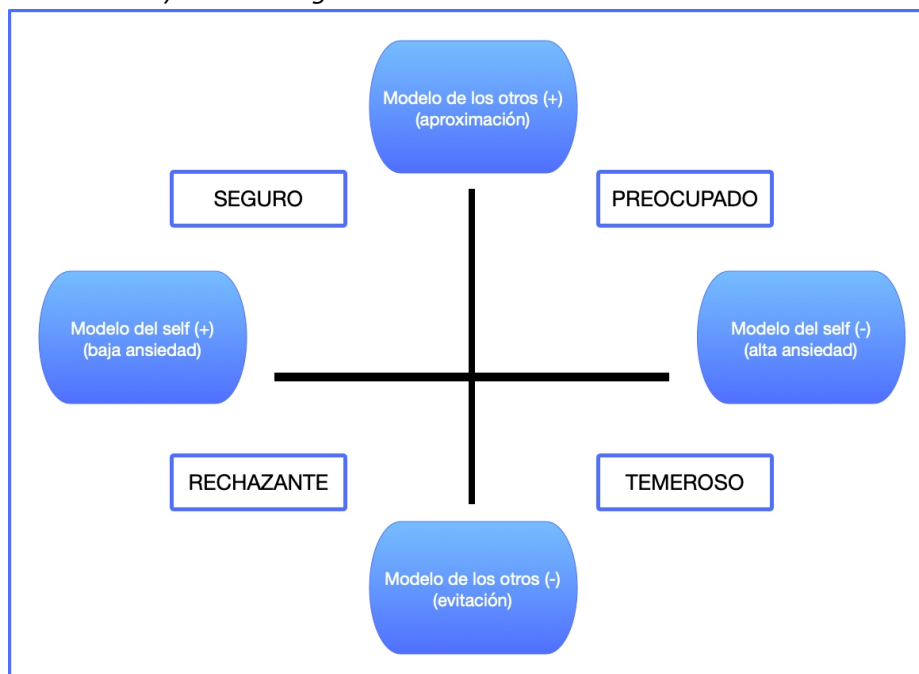
las necesidades del bebé, tomando distancia del estado emocional de éste, forzándole a modificar su estado emocional o distorsionando los sentimientos en otros más tolerables, dando su propia lectura. Por último, en relación al apego desorganizado, las prácticas parentales son altamente incompetentes 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

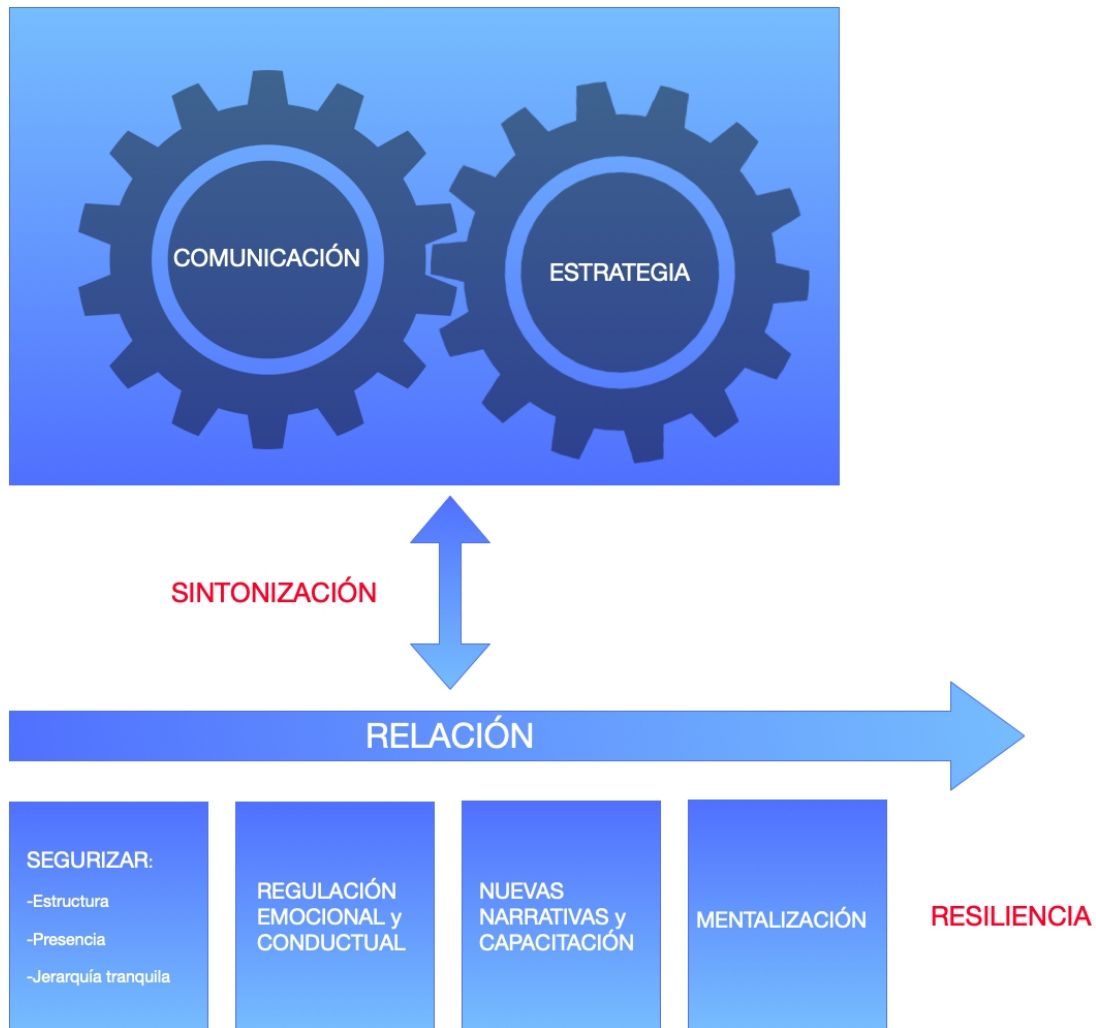
constantemente e inevitablemente interviniendo. Pero muchas veces, es una intervención sin una intencionalidad más allá de solucionar lo que aflora en la superficie y sin cuestionarnos si estamos ofreciendo realmente un punto de palanca para movilizar alguna cosa que abra alguna posibilidad, o estamos, 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.
- Cyrułnik, 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.
- Yáñez, S., (Ed.). (2008). *La teoría del apego en la clínica, I. Evaluación y clínica*. Psimática.