

ABORDAJES DESDE LA ASISTENCIA PRIMARIA INFANTO-JUVENIL BASADOS EN LOS CONCEPTOS DE APEGO Y CRI

Laura Hernández

*On podríem anar que els anys passessin
més lentament? Feixugament sotmesos
a la caducitat del temps, no hi ha
cap viatge que pugui alliberar-nos
per sempre més de dubtes i temences,
i és bo saber-ho sempre abans d'emprendre'l.
Més enllà de neguits i entusiasmes,
potser el guany dels viatges és l'espai
que hi descobrim de nosaltres mateixos,
i que tal volta hauria restat fosc
sense la llum d'aquelles noves rutes¹*

Miquel Martí i Pol (1987)

Situación actual de la Salud Mental primaria Infanto-juvenil

El presente trabajo surge de la necesidad profesional de reflexionar acerca de la posibilidad de ofrecer experiencias movilizadoras de cambio psíquico con las herramientas disponibles actualmente en un dispositivo de salud mental primaria como es el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de Santa Coloma de Gramenet.

¹ ¿Dónde podríamos ir que los años pasasen/ más lentamente? Pesadamente sometidos/ a la caducidad del tiempo, no hay/ ningún viaje que pueda librarnos/ para siempre de dudas y temores, / y bueno es saberlo siempre antes de emprenderlo. / Más allá de inquietudes y entusiasmos/ quizá el beneficio de los viajes es el espacio/ que descubrimos de nosotros mismos/ y que tal vez habría permanecido oscuro/ sin la luz de aquellas nuevas rutas.

Dada la complejidad de la situación socio-económica actual asistimos a un aumento notable de los factores de vulnerabilidad en las familias, o quien ejerce las funciones de crianza, y vemos disminuidas las posibilidades de ofrecer unos recursos cada vez más recortados. Esta realidad nos obliga a intensificar la reflexión acerca de los posibles abordajes clínicos desde el ámbito ambulatorio, el cual, ya saturado estructuralmente, se ve sacudido en este momento por el impacto de la crisis y las medidas que los gobiernos han tomado para hacerle frente. Nos encontramos, pues, ante el reto de seguir ofreciendo calidad y sentido en las intervenciones clínicas ajustándonos a las posibilidades profesionales y personales que tenemos.

Los ERES, los recortes de personal, o de horas laborables en el caso de las instituciones que han optado por reducir horarios en función de los sueldos disminuidos, hacen que algunos profesionales que trabajamos en la salud pública contemos con menor cantidad de tiempo para atender a nuestros pacientes. El ritmo de trabajo es acelerado –en ocasiones frenético– y está claro que hemos de enfrentarnos a la pérdida de la posibilidad de continuar favoreciendo algunas intervenciones asistenciales, como por ejemplo las preventivas. A esta situación hemos de sumar una lista de espera que va engordando ante la imposibilidad de asumir el grueso de la demanda, que aumenta progresivamente en número de pacientes y en días de espera, algo que genera frustración e impotencia en usuarios y profesionales.

La optimización de recursos pasa irremediabilmente por un cambio en los criterios de prioridad en la atención a la demanda preferente y urgente, de manera que nos vemos obligados a anteponer, con algunas excepciones y un cierto margen para la flexibilidad, la gravedad clínica y el riesgo de desorganización del paciente. En este sentido, uno de los cambios introducidos en nuestro servicio es la organización del primer contacto con el paciente que solicita primera visita con carácter urgente o preferente. La fórmula utilizada en este caso consiste en programar, en un plazo máximo de 48 horas, primeras entrevistas en las que poder realizar un adecuado screening de los motivos de consulta. Intentamos garantizar así la calidad de la priorización en función de la gravedad, la urgencia y la oportunidad, al mismo tiempo que se establece un inicio en la vinculación con el centro y una intervención en la línea de contener la ansiedad del paciente y de la familia. Esta

primera intervención asegura la detección de la urgencia y, al mismo tiempo, puede resultar de gran ayuda en caso de que la consulta no se valore urgente y el paciente pase a la lista de espera ordinaria, puesto que las familias, más orientadas, suelen tolerar mejor la espera hasta ser recibidos para iniciar una exploración más profunda.

Como vemos, en un servicio de atención primaria, pretender trabajar de la misma manera que tiempo atrás, cuando la realidad socioeconómica era otra, equivale a encontrarse ahogado por la presión asistencial, con el consecuente sentimiento de impotencia. Si, por el contrario, introducimos cambios que permitan reducir dicha presión sobre el profesional, hemos de velar para que no se desvirtúe nuestro trabajo. En este último caso, además, corremos el riesgo de establecer una alianza inconsciente con las políticas de recortes y hacer “como si” ofreciéramos un recurso terapéutico o caer en actuaciones expulsivas hacia los pacientes realizando nosotros mismos una huida a la salud, lo cual tal vez podría derivarse de la actuación del profesional frente al miedo, la impotencia y la desesperación que se puede sentir ante el panorama actual. El terreno, pues, para la proliferación de las ansiedades confusionales y persecutorias y de la contra identificación proyectiva está abonado.

Ante esta realidad, la inercia que nos podría arrastrar hacia la desesperanza es muy potente. Con facilidad podemos caer en un discurso cerrado que nos atrape y nos deje sin margen de maniobra para hacer nuestro trabajo ya que vemos sumamente mermadas las condiciones para aplicar nuestros métodos y técnicas de intervención asistencial, de manera que la desorientación del profesional podría ir en aumento.

La pregunta a hacernos está servida: “¿Que significa pues, ofrecer una atención de calidad a nuestros pacientes en el contexto actual de pérdida de recursos y extensión de la pobreza?” (De Diego, 2010).

En primer lugar se hace necesaria una elaboración del dolor psíquico del profesional; de los sentimientos de desorientación, pérdida, indignación, impotencia, presión, etc. Necesitamos detenernos a pensar y elaborar la desesperanza que podría resultar de la pérdida de recursos. Para este propósito es de obligada referencia la alusión al *encuadre interno* del profesional y al encuadre interno del equipo, que se convertirán en las principales fuentes de contención de los diversos profesionales (administrativos,

psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...) que han de trabajar en estas condiciones. El encuadre interno, como siempre en la relación asistencial pero más que nunca cuando se producen alteraciones externas desestabilizadoras, se convertirá en la brújula que nos guíe en nuestra actividad asistencial (Hernández, 2009).

No menos importante para un saludable enfrentamiento de la situación actual es el estado emocional del grupo de profesionales y de cada uno de sus miembros. Siguiendo a Bion (1961), no es sino en el seno del grupo y más concretamente en el estado emocional de cada uno de sus miembros, donde se crea el clima favorable a la aparición de los diferentes supuestos básicos en los que el aprendizaje es sustituido por la acción: ataque y fuga, dependencia y apareamiento (que no entraré a describir en este trabajo). En esta situación de pérdida de posibilidades profesionales a diversos niveles no es difícil que proliferen inercias favorables a la proyección de ansiedades que fácilmente pueden llevar a las tensiones entre diferentes miembros de los equipos; a la disociación *ellos* (pacientes) – *nosotros* (profesionales); a actitudes expulsivas citadas anteriormente y, en definitiva, a diversos mecanismos de control que conducen, inevitablemente, a la fragmentación del pensamiento. Si se consigue crear un “grupo de trabajo” auténtico y cohesionado, las reuniones de equipo, las supervisiones clínicas y el pensamiento que se deriva de ellas serán de gran ayuda a la hora de prevenir o reconducir estas dinámicas. Todos estamos realizando un proceso en el que se lucha por aceptar las dificultades sin quedar atrapados por ellas y en el que se intenta que predomine la cooperación, la elaboración simbólica, el esfuerzo y la capacidad de tolerar el malestar.

En segundo lugar hemos de entrar en el terreno asistencial y se hace necesaria también una revisión de los abordajes, sobre todo en cuanto al encuadre y modalidades de intervención, pero también en lo referente a la técnica y la especificidad de las mismas. Parte de esta labor se realiza en compañía del equipo de profesionales que integran el servicio. Necesariamente, nos preguntamos muy a menudo durante las sesiones y supervisiones clínicas, que ayudan en las labores de contención y orientación descritas anteriormente, qué podemos movilizar en el paciente o en la familia y cómo lo movilizamos. Intentamos desmarcarnos de sostener situaciones cronificadas si no es para

convertirnos en un punto de referencia constante ante una evolución comprometida, con la esperanza de poder intervenir más activamente en el futuro.

Todos estaríamos de acuerdo en que aquello que resulta terapéutico al paciente es la vivencia de una experiencia de relación contenedora en un ambiente facilitador de desarrollo según el modelo de desarrollo madurativo propuesto por Winnicott (1992). La cuestión, constante y repetida en nuestras reflexiones personales y en las conversaciones entre compañeros, es si desde la atención primaria estamos en condiciones de ofrecer esta experiencia de relación terapéutica en la que tenga cabida la elaboración del trauma o el aliento del desarrollo en el caso de que haya habido un déficit en éste. En la mayoría de ocasiones nos encontramos ante niños y adolescentes que han acabado organizando estructuras internas deficitarias o fallidas y que van a necesitar una continuidad en el vínculo que no podemos asegurar, ya que no estamos en condiciones de ofrecer un marco de contención e intervención diario, pero sí podemos trabajar con el entorno del paciente con el objetivo de lograr las condiciones más benévolas para el desarrollo en el ambiente cotidiano del mismo.

Así pues, si lo que buscamos es un cambio cuya calidad vaya más allá de lo reactivo o lo acomodativo al entorno, un cambio de patrón y de sentido (Ávila, 2005), necesariamente hemos de procurar trabajar no solo con el paciente para ayudarlo a identificar y mentalizar el malestar en el marco de la relación terapéutica, sino también con el entorno en que el paciente vive y en el que se ha generado el estilo de relación y el sufrimiento mental que ha motivado la consulta.

Más adelante retomaré el tema de los abordajes clínicos en salud mental primaria y los cambios generados en el encuadre a raíz de los recortes sanitarios, pero antes de entrar a describir las intervenciones con más detalle y con ejemplos clínicos realizaré un breve recorrido por los fundamentos que las sostienen con la idea de contextualizarlas en su marco teórico.

Relaciones afectivas y construcción del aparato mental

Paralelamente a la situación de crisis socioeconómica actual nos encontramos también en un momento en que diferentes disciplinas convergen y tratan de aproximarse a una nueva comprensión de la vida emocional. Si bien es cierto que existe una corriente biologista extrema que niega el pensamiento creativo y la vida emocional, que confunde mente y cerebro, y reduce la primera a un entramado de conexiones neuronales, también lo es que las aportaciones de la neurociencia han ayudado a objetivar aquello que desde el psicoanálisis ya sabemos desde hace tiempo: la importancia del afecto en las primeras relaciones para una óptima configuración neuroanatómica y bioquímica del aparato mental y las nefastas consecuencias de una deficiente autorregulación emocional cuando ha habido déficit en las relaciones establecidas en los primeros momentos de la vida (Gerhardt, 2008).

El psicoanálisis contemporáneo ha puesto especial interés en destacar el papel esencial de las interacciones primarias al considerar que la mente se crea a partir de configuraciones relacionales (Mitchell, 1993). De acuerdo con la idea que el aparato mental no surge como una entidad autónoma y separada del mundo externo, sino a través de la búsqueda activa de la relación dentro de un campo de interacciones, otros autores actuales también se han preocupado por los procesos de integración subjetiva de la experiencia relacional vivida. Encontraríamos un ejemplo en las aportaciones de Stern (1985) que se interesa por la constitución de esquemas representacionales del “estar con”.

Sin embargo, repasando la literatura psicoanalítica anterior a estos autores, también encontramos un nutrido grupo de psicoanalistas que fueron contribuyendo a lo largo de los años a crear una teoría relacional de la mente, tal y como nos recuerda Coderch (2010): Bowlby con la teoría del *attachment*; M. Balint con el concepto de *falta básica*; R. Fairbairn que se desmarcó de la comprensión pulsional de la agresividad primaria destacando el aspecto relacional de la voracidad, que a su modo de ver surge de la necesidad de interacción con el objeto; S. Ferenczi, con sus trabajos sobre el trauma o su defensa de una relación con el paciente fundamentada en la empatía como aspecto

primordial del trabajo analítico: “sin simpatía no hay curación” (1932); Bion (1963), con su conocido concepto de *reverie*, o Winnicott, que puso especial interés en destacar la importancia del vínculo tal y como se desprende de sus brillantes aportaciones resumidas en frases de impacto: “El bebé no existe” (1964), que transmite la importancia de la matriz relacional en la que se desarrolla el psiquismo o “Un bebé necesita mirar a una madre que le mire” (1971), para ilustrar su concepto de holding y la experiencia de relación fundamental sin la cual no será posible la formación del “self” auténtico .

Todos ellos, por citar solo a unos cuantos, empezaron a pensar en una teoría y una técnica menos centrada en la interpretación de los conflictos en clave de la teoría de la libido y nos acercaron a la importancia de las primeras interacciones en la construcción de la mente.

Lo cierto es que la mayoría de nosotros no observamos al paciente bajo un paradigma cartesiano, entendiéndolo como una unidad aislada de su entorno; no utilizamos un prisma mecanicista ni acostumbramos a adoptar comprensiones del estilo causa-efecto. En realidad, nos relacionamos con él desde un enfoque más sistémico (Gerhardt, 2008): indagamos sobre sus relaciones con las personas de su entorno y con el mundo en que vive y nos disponemos a establecer con él una relación que será única y diferente a la que podríamos establecer con cualquier otra persona. La idea que sostiene esta propuesta de exploración/intervención es que nuestra mente se crea en la complejidad de la interacción con el entorno. Nos interesa, sobre todo, cómo se han constituido las primeras relaciones y nos preguntamos qué aspectos de la relación con los padres o cuidadores han intervenido en la evolución negativa que ha ido configurando el sufrimiento mental.

Apego y Conocimiento Relacional Implícito (CRI)

Desde la teoría del apego, M. Ainsworth (1989) identificó tres cualidades básicas de los progenitores capaces de ofrecer un apego seguro a sus hijos: sintonía con el bebé, sensibilidad y responsividad, es decir, la posibilidad de hacerse cargo empáticamente de

las necesidades del bebé. La construcción de la base segura también viene dada por la posibilidad de los cuidadores de contener y metabolizar las emociones negativas derivadas de la experiencia de separación: la infelicidad y la protesta ante la pérdida, por encima de las muestras de sobrecarga emocional, de la ignorancia o de la represalia de los progenitores de niños inseguros (Lyons-Ruth, 2010). Así se van creando las bases de la diferenciación y la mentalización, que contribuyen a la autorregulación posterior y a la construcción de un Conocimiento Relacional Implícito (CRI) que capacita a la persona para relacionarse desde una base segura y para desplegar las capacidades propias del desarrollo saludable: la exploración, la interacción saludable, la protesta y la queja adecuada, la autorreflexión, la demanda de ayuda, etc. (Holmes, 2009).

Lyons-Ruth, (2010), investigadora del Boston Change Process Study Group, ha realizado un exhaustivo estudio longitudinal sobre las interacciones tempranas destacando las siguientes actitudes parentales que actúan como predictores de patología mental: actitudes intrusivas, confusión de roles (necesidad del adulto de ser cuidado por el bebé), actitudes afectivas contradictorias, desorientación y actitudes de repliegue tales como interactuar en silencio. Todas ellas están, por supuesto, en relación con el estado emocional de los progenitores, se alejan del maltrato activo y son difícilmente detectables por los servicios de pediatría, enfermería o atención precoz desde los que se atiende a las familias. Sin embargo, las recientes aportaciones de los estudios sobre apego y CRI indican que son precisamente los “detalles” en la forma de relacionarse, las “sutilezas de la relación” según Lyons-Ruth (2010), lo que muestran los conflictos relacionales tempranos.

Parece ser, pues, que al año de vida ya se ha organizado un saber relacional implícito alrededor de “cómo estar con los demás” en función de las experiencias de relación reiteradas que se han tenido con los progenitores (Riera, 2010). El bebé ya “sabe” si en caso de necesidad le “conviene” pedir ayuda a sus cuidadores o, por el contrario, es mejor que se las apañe solo. Lo “sabe” por experiencia, que no en un plano consciente, explícito y razonado, puesto que estas funciones aún exceden sus posibilidades madurativas (Velasco, 2011). Implícitamente, sin embargo, conoce cuales son las estrategias de relación y las necesidades afectivas que entrarán menos en conflicto con las particularidades de los padres y es en función de ello que se va organizando un estilo de

vinculación más o menos seguro. Es así como las respuestas reiteradas a la demanda quedan impresas en la memoria implícita. Si estas respuestas se ajustan a las necesidades del bebé, éste contará con la oportunidad de regular sus emociones según el patrón de relación que se le ofrece y será más capaz de autorregularse emocionalmente y de relacionarse con confianza y esperanza en base a estas experiencias en el futuro. Si por el contrario se producen reiterados desencuentros en la relación temprana, lo que queda impreso a nivel de memoria implícita corresponderá a un patrón de apego inseguro con unas reacciones emocionales y un estilo vincular adaptativo a las ansiedades subyacentes, como podrían ser los estilos de relación evitativos, ambivalentes o desorganizados, a los que me referiré en breve en las viñetas clínicas.

La conceptualización Conocimiento Relacional Implícito (CRI), fue acuñada por el grupo de Boston para referirse a este estilo particular de relación que cada uno de nosotros posee para vincularse con los demás (Velasco, 2011). Según el grupo de Boston, las pautas de interacción reiteradas del bebé con sus cuidadores en el seno de la matriz relacional temprana provocan que se vaya configurando una manera de relacionarse con los demás tal y como acabamos de ver. También constituye una determinada manera de “estar” en el mundo, una actitud ante el entorno.

El encuadre y las intervenciones clínicas. Abordajes actuales desde la Salud mental Primaria

Desde la situación actual de la salud mental primaria infantojuvenil, en la que la saturación de las agendas profesionales no permite reservar uno o dos espacios semanales para un paciente durante un tiempo más o menos largo y donde se nos presentan situaciones sociales de alto riesgo que requieren, ante todo, de un trabajo multidisciplinar, ayudar a modificar el CRI del paciente es una tarea sumamente compleja. Además, conocemos la consistencia de determinadas estructuras resistentes de personalidad y seguro que sería ingenuo e incluso omnipotente por nuestra parte pretender cambios estructurales consistentes con una frecuencia de intervención que sería mensual, en el mejor de los

casos, si seguimos aplicando el modelo “pre-crisis”. Pero si tenemos en cuenta que “el CRI es lo que queda en nosotros después de cada interacción” (Velasco, 2011), cabe albergar la esperanza de que el encuentro que se produce entre clínico y paciente sea susceptible de promover resultados en la dirección de generar cambio psíquico.

El cambio psíquico que pretendemos movilizar es el que se genera a partir de la ampliación del CRI: la creación de nuevos automatismos e inercias a partir de nuevas experiencias emocionales, nuevas maneras de “estar con” que se integren en el abanico relacional implícito. Para ello resulta clave la disposición interna del clínico hacia el paciente ya desde el primer encuentro, ya que lo que el paciente capta implícitamente es que hay alguien allí con él que a pesar de las dificultades, complejidades y limitaciones, propias y ajenas, internas y externas, está intentando entender y acompañar. Es esta actitud mental, derivada sobre todo del encuadre interno del terapeuta, la que se convierte en elemento básico de contención y esperanza (Hernández, 2009). Es imprescindible, pues, co-crear junto con el paciente un clima relacional de confianza apropiado para que se produzcan momentos de conexión emocional entre el paciente que puedan dar lugar a la ampliación del catálogo relacional implícito del paciente.

Con este propósito en mente, pero sin perder de vista que nos hallamos en la salud mental primaria, se hace necesario en primer lugar resituarnos en nuestra posición y preguntarnos de nuevo qué podemos ofrecer de forma realista que mejore la calidad de la vida y las relaciones de los pacientes y sus familias con los recursos de los que disponemos.

Vista la importancia y la necesidad del profesional de estar dotado con un adecuado encuadre interno como requisito fundamental para la asistencia en salud mental desde cualquier ámbito, intentaremos reflexionar acerca del encuadre externo: hasta el momento actual los pacientes eran atendidos tan pronto como el clínico podía hacerles un hueco en su agenda, que era, por lo general, cada tres semanas más o menos. Algunos, formaban o no parte de programas específicos, pasaban a ser atendidos con una cierta asiduidad, quincenalmente por lo general, en períodos de seis meses o un año revisable, tras el cual se volvía a espaciar la asistencia. Y, haciendo el esfuerzo de forzar espacios en las agendas, algunos clínicos ofrecían disponibilidad para realizar alguna psicoterapia si pensaban que se reunían las condiciones para la indicación.

En este momento, con un incremento de la demanda, sobre todo la que destaca por el trasfondo social, y una reducción de horas de profesional, parece un modelo poco sostenible. El “próximo hueco en la agenda” es a un mes y medio vista y se requiere de un esfuerzo de reorganización del encuadre así como de reflexión acerca de las intervenciones específicas en cada caso y planificación de las mismas.

En ocasiones el primer plan terapéutico consistirá en orientar, clarificar, contener e intentar ayudar a que aumente la función reflexiva del paciente y la familia de manera que se creen las condiciones para un trabajo más profundo del que ya no nos haremos cargo nosotros exclusivamente. Dicha orientación puede pasar por una derivación a un servicio más específico y mejor dotado para una atención continuada que el nuestro: Hospital de Día de Adolescentes, unidades de secundaria, USEEs (unidades de soporte a la escolarización especial, que cuentan con apoyo clínico...). Un aspecto fundamental de nuestra labor desde la primaria es intentar sentar las bases para que un posible abordaje posterior llegue a buen puerto.

En otras ocasiones hemos programado trabajo en entrevistas psicoterapéuticas acotadas en el tiempo. En esta modalidad se programan, tras la exploración, una serie de entrevistas quincenales (por lo general de 4 a 6) con el objetivo focalizado de trabajar con el paciente o sus padres aspectos de CRI que, convertidos en automatismos, disparan reacciones emocionales desajustadas. En estas ocasiones se intenta ayudar a mentalizar, a “pensar aquello que se siente” y que se ha configurado en un hábito relacional inconsciente. Se trata de intervenciones encaminadas a aumentar las posibilidades del paciente de conseguir una mayor libertad interna al identificar qué le cuesta, dónde se encalla, y por lo tanto responsabilizarse del esfuerzo sostenido que inevitablemente tendrá que realizar más allá de nuestro encuentro. En ocasiones tras las entrevistas se da el alta con la orientación de una nueva intervención más adelante si es necesario o bien se cita al paciente en unos meses para valorar progresos. Fonagy (2008) ha descrito la mentalización o *función reflexiva* como la “habilidad para pensar clara y coherentemente sobre la biografía de uno mismo”, y si bien tiene un relación directa con la interiorización de la capacidad reflexiva de la madre también puede surgir de otras interacciones, en las que se haya dado una conexión emocional, como puede ser la relación paciente-terapeuta.

Intentamos construir junto con el paciente puentes de significado que conduzcan a una mayor integración psíquica al restablecerse el hilo narrativo de la propia historia. Nos ha resultado particularmente útil en situaciones propias de los duelos migratorios no elaborados que han representado rupturas del significado de las relaciones paterno-filiales, así como en pacientes con estilos de apego evitativo, cuya tendencia implícita pasa por suprimir la emoción ante el riesgo de desestabilización emocional que les supondrá sentirla.

En la mayoría de ocasiones hay varios profesionales trabajando con la familia. Esto representa un esfuerzo compartido por varios miembros del equipo que resulta beneficioso para todos. Más allá de los aspectos técnicos específicos de la atención que puede ofrecer cada profesional (psicólogo, psiquiatra, TS...) el paciente capta que hay un grupo de personas que están interesadas en atenderle y ayudarle, y los profesionales obtenemos la experiencia de contención al sentirnos acompañados ante las dificultades propias de cada caso.

En ocasiones, el trabajo con el paciente se espacia más porque se valora que lo prioritario es trabajar directamente con el entorno en que vive el chico, ya sea la familia, los centros escolares o los CRAES (DGAIA), si el menor está tutelado por la administración. Este trabajo no siempre es posible ya que hay veces en que la toxicidad del ambiente está muy por encima de sus capacidades reparatorias, sin embargo, si observamos que las personas que rodean al menor muestran posibilidad de ayudarnos en el proceso terapéutico, pueden constituir un potente y constante agente de cambio que, orientado adecuadamente, será más capaz de promover desarrollo en el paciente que nosotros desde nuestra posición. En muchas ocasiones, sobre todo en aquellas en las que las situaciones vitales de los menores han sido de negligencia y maltrato, el trabajo asistencial se centra fundamentalmente en ayudar a crear un ambiente más confiable y facilitador, lo suficientemente consistente para generar salud, minimizar los efectos del sufrimiento padecido y ayudar a desarrollar aquello que ha quedado inhibido a falta de un continente seguro.

En cualquiera de estos abordajes, la disposición del clínico se encamina a conseguir la ampliación del CRI del paciente, pero si lo general es ampliar el CRI, así a grandes

rasgos, ¿qué es lo específico de la intervención? Desde luego, las intervenciones serán específicas en función de la situación del paciente, sus recursos personales y los de la familia junto con otras variables individuales. Una de las variables es el apego. Sin pretender reducir la complejidad del psiquismo ni de las situaciones clínicas que se nos presentan a cuatro estilos de apego que nos aporten la estrategia a seguir, conocer qué patrón de apego se ha constituido en un CRI que guía las relaciones nos orientará en ocasiones en la intervención con algunos pacientes.

A modo de ejemplo se expondrán tres abordajes clínicos diferentes a partir de los 3 estilos de apego inseguro descritos:

1) Apego desorganizado. La falta Básica

Anna tiene once años y carga con una historia vital de maltrato por parte de los padres. Vive en un centro de DGAIA (CRAE) y en el momento de la consulta presenta manifestaciones clínicas tales como estereotipias y balanceo, que pronto remiten para dar paso a diversas somatizaciones y el despliegue de un sufrimiento psíquico tan intenso que sugiere que sostiene el peso emocional de la “falta básica”: la fragilidad interna, la inconsistencia en los vínculos y un contacto vacío. Podríamos pensar que existe una correlación entre la falta básica y el apego desorganizado, tal y como observamos en Anna, en la cual la clínica predominante es afectiva y la confusión emocional, la desorientación y la negación, propias del patrón desorganizado. En momentos en que se ha sentido en un conflicto de lealtades, entre la familia y las decisiones del EAlA, ha sufrido una descompensación que la ha dejado hundida y que ha precisado ingreso hospitalario. En personas con un patrón de apego desorganizado son frecuentes estas descompensaciones en los momentos en los que el mundo externo se convierte en una fuente de estrés y confusión insoportable, y se puede entender como la búsqueda de la base segura a partir del repliegue interno al sentir que el entorno se derrumba. Vemos pues, que cuando se ha establecido un patrón de apego desorganizado, la confianza en el mundo externo es sumamente frágil al no haber recibido seguridad y sostén en las relaciones. Será fundamental tener en cuenta este factor a la hora de focalizar la intervención.

Anna, que ha recibido una mirada hostil y despectiva por parte de un padre violento y no ha podido ser rescatada por una madre frágil y maltratada, se nos presenta de entrada realizando esfuerzos titánicos para mantener el autocontrol, para comunicarse y para vincularse. Ha idealizado a su familia y, a pesar de todo lo vivido, no deja de solicitar contactos con el padre. Parece que Anna necesita desesperadamente mantener la imagen idealizada de un padre desprovisto de sus aspectos agresivos, en un intento de preservar el vínculo y no sentir que se queda sin objeto benévolo alguno con el cual relacionarse. Esta tendencia, descrita ya por Fairbairn en los años 40 del siglo pasado, representa una comprensión del funcionamiento mental más relacional que libidinal, y explica por qué los niños y niñas carenciados y maltratados establecen un estilo de vinculación desorganizada aproximándose a las figuras referentes, ya que necesitan al objeto, y alejándose de ellas simultáneamente al haber incorporado un CRI en función de experiencias de relación amenazantes y reiteradas de las cuales necesitan protegerse.

La carencia, el trauma y la dificultad para elaborar el duelo por la familia necesitada y deseada, deja a Anna en una situación de impasse. Establece un vínculo terapéutico fragmentado, tal y como imaginamos que deben haber sido sus experiencias relacionales anteriores: aisladas y sin sentido ni continuidad. En ocasiones presenta sus aspectos más necesitados y regresivos, se comunica con una vocecita infantil y pide que la acunen; otras veces realiza huidas hacia la fantasía más idealizada imaginando que vive con una familia “perfecta” y al momento organiza un juego en el que se identifica con un preso... Ofrece fotografías fijas de sus estados emocionales, a menudo polarizados, sin que puedan ser ligadas para formar una película con sentido. Ya que no podemos coser quirúrgicamente los pedazos, nos disponemos a examinar con ella minuciosamente cada fragmento que nos presenta con la idea de intentar dotarlo de sentido y amortiguar los impactos emocionales, ya que cada cambio, cada novedad, la descompensa y no puede aprender ni registrar experiencias que puedan ir configurando una base sobre la cual crecer y construir una identidad, una relación.

A Anna le encanta realizar construcciones y pretende levantar con las piezas sofisticadas estructuras que aparecen, en realidad, vacías por dentro, incapaces de sostenerse a pesar de sus intentos desesperados de que se aguanten. En estos momentos se

la intenta ayudar a que la construcción no caiga, reforzando los laterales, aumentando la superficie de la base, con la idea de que pueda ir integrando una nueva experiencia de relación: estar acompañada frente a la adversidad e intentar construir algo nuevo y tal vez menos ambicioso, pero más sólido, junto a alguien capaz de hacerse cargo de la impotencia y la desesperación que transmite.

Los intentos de reforzar y apuntalar también se ponen de manifiesto en sus dibujos, en los cuales figuras alargadas y unidimensionales quedan infladas, con un círculo alrededor del cuerpo en el caso de las figuras o con anexos adosados en el caso de las construcciones dibujadas, en un intento de revestirse de consistencia. Intenta presentar y presentarse a sí misma una identidad hinchada, sin embargo, sus dibujos expresan gráficamente la fragilidad interna. Nos muestra la dificultad para crear un Yo consistente pero también su esfuerzo.

Puesto que Anna se aferra a la capa externa que la va sosteniendo, la intervención irá encaminada en este sentido. No se intenta que tome consciencia de sus sentimientos. En este caso, creemos que ir con ella a la capa interna, profunda, no nos ayuda. Topamos con la desesperación y la descompensación posterior. Cuando se le explicitan los sentimientos de impotencia ante el esfuerzo de construir continuamente una casa que acaba cayendo necesita pasar a otra actividad. No lo puede soportar.

Para que se pueda ir construyendo un espacio mental propicio a la integración de experiencias y a la comprensión de los funcionamientos y estados mentales propios y ajenos (Lanza Castelli, 2011), o dicho de otra forma, para que se dé la *mentalización* en términos de Fonagy (Fonagy et al., 1998) o la “función alfa” en términos de Bion (1962), tendremos que posibilitar en primer lugar un espacio externo capaz de generar y acoger estos procesos.

No iremos, pues, de dentro hacia fuera sino de fuera hacia dentro: intentaremos ayudar a Anna desde lo externo intentando que la capa protectora se engorde hacia dentro. Si aumenta el grosor de su “piel” emocional, posiblemente Anna encontrará una protección más satisfactoria para hacer frente a la falta básica, aumentarán sus posibilidades adaptativas y disminuirá el sufrimiento mental.

Por tanto, lo que podemos hacer desde la salud mental primaria, a parte de la contención farmacológica, imprescindible en este caso, es intentar posibilitar experiencias de relación propicias a la creación de procesos mentales que no se han podido desarrollar en un ambiente hostil. En el momento actual, sin embargo, partiendo de un modelo de intervención psicoterapéutico con un marco de trabajo clásico en el que la asistencia quede limitada a lo que pasa dentro del despacho del clínico, nuestro propósito parecería inviable ya que va mucho más allá de lo que podemos ofrecer con los recursos asistenciales disponibles. Así pues, además del seguimiento psicológico en el *CSMIJ*, hemos de buscar, más que nunca, otros espacios favorables a la ampliación del CRI. Resulta indispensable intensificar el trabajo multidisciplinar y trabajar conjuntamente con los educadores del CRAE, así como los ambientes importantes para el paciente que puedan mostrarse receptivos y con los que sea posible establecer colaboración: encontraremos aliados en profesores, en educadores de “esplai”, en entrenadores de las actividades deportivas extraescolares... Cada medio tiene, por supuesto, unas posibilidades diferentes de integrar y hacer funcionales los aspectos acordados en las coordinaciones, en función de recursos personales y grupales específicos. También nos corresponderá a nosotros, como profesionales de la salud mental, calibrar qué podrá ser integrado en cada caso y administrar el ritmo de trabajo, los tempos de las intervenciones que realizamos y la cantidad de información, sugerencias, ideas o incluso conceptos que ofrecemos.

Para facilitar la labor de coordinación con el CRAE en el que Anna vive y dentro del programa de DGAIA que se acordó en su día con el “Servei Català de la Salut”, un psicólogo del *CSMIJ* se desplaza al CRAE mensualmente para reunirse con todo el equipo de educadores. En estas reuniones focalizamos los objetivos de trabajo en 4 puntos indisolubles:

- 1) Intentar que aumente la comprensión del funcionamiento mental de Anna por parte de los adultos que conviven con ella,
- 2) con el propósito de ayudar a que desde el centro se pueda ir creando el marco de relación confiable y benéfica necesario para su desarrollo

- 3) y que nos ayuden en la función terapéutica de aclarar las confusiones entorno a la historia familiar y los mensajes ambiguos que recibe que dificultan la elaboración de duelos, de forma que quede reforzada la *confianza* de Anna en su entorno,
- 4) cuidando a los cuidadores con la idea de ayudarles a contener las intensas manifestaciones melancólicas, que tanto desespero e impotencia producen en Anna y en quienes la rodean.

En resumen, ayudar a crear un ambiente lo más facilitador posible de contención y desarrollo sin perder de vista ni la falta ni la esperanza.

2) *Apego ambivalente. Encallado en el trauma*

A diferencia de Anna, en la vida de Jason no ha habido ninguna figura activamente maltratadora u hostil. Es el tercero de cuatro hermanos y parece que las experiencias de relación temprana fueron adecuadas y la vinculación inicial se construyó sólidamente, pero los padres y la hermana pequeña inmigraron desde el país de origen cuando él tenía 7 años y, antes de hacerle venir a él también, quedó a cargo de la familia materna durante un año junto con sus hermanos mayores.

Jason, que consulta a los 15 años por dificultades conductuales, mentiras, fugas y consumo continuado de cannabis, parece un chico con recursos y cierta capacidad introspectiva, pero tanto sus verbalizaciones como sus actuaciones revelan un gran resentimiento.

Desde el primer momento los padres de Jason se muestran colaboradores, preocupados y con necesidad de entender qué le ocurre a su hijo. Esta preocupación está muy por encima de la incomodidad evidente que les ha acarreado el comportamiento del chico. Explorando con ellos la historia familiar, nos cuentan que poco después de llegar a nuestro país uno de los hermanos enfermó gravemente, lo cual generó una gran angustia además de complicar mucho la organización familiar. Los padres, sensibles, percibieron entonces un empeoramiento del estado emocional de Jason.

Es evidente que todos han sufrido mucho y que todos necesitan ayuda. Bajo la rabia de Jason observamos la comprensible dificultad para digerir tantas experiencias desestructurantes seguidas, con las correspondientes ansiedades de fondo: la pérdida de

los padres junto a los sentimientos de abandono, los celos hacia la hermana pequeña, que sí pudo acompañar a los padres en su viaje, y la reactivación del malestar intensificado con una angustia de muerte considerable con la enfermedad del hermano.

Al contrario de lo que en ocasiones se piensa, Bowlby (1988) consideraba que el desarrollo de la organización del apego es flexible y que experiencias emocionales extremas debidas a la separación o la pérdida pueden cambiar su cualidad comportando cambios en la autoestima. Esto se debe a que las representaciones del self que reflejan la confianza de la persona en sí misma como alguien aceptable y merecedor de atención y cuidado se construyen a partir del apego seguro (Stern, 1997). Podríamos decir que la autoestima sería la suma de las estimas sentidas.

El modelo de autorrepresentación se construye pues, a partir de la interacción con unos cuidadores que pueden “mirar” al bebé cuando éste lo necesita, siguiendo a Winnicott. Esta experiencia emocional, descrita también como *conexión intersubjetiva*: “Siento que sientes que siento” (Lyons-Ruth, 2010) pasa de forma implícita, lejos de la consciencia reflexiva y es motor de desarrollo emocional, ya que aporta la vivencia de *vitalización*, al mismo tiempo que organiza la memoria, el pensamiento y otras funciones cognitivas.

Jason, que muestra un estilo de apego resistente/ambivalente, explica su historia como si le estuviera ocurriendo en ese mismo instante. No consigue alejarse suficientemente de la emoción, no puede tomar distancia para pensar. Se siente muy disgustado y la narrativa con la que construye su historia deja entrever mucho sufrimiento. Intenta amortiguar el dolor y el vacío, encontrar un sitio seguro y libre de malestar pero lo busca “colocándose”, huyendo, estallando...

Desde la teoría del apego se proporcionan una serie de conceptos que se constituyen en áreas de exploración ofreciendo la posibilidad de focalizar las intervenciones en las áreas afectadas. Estos “dominios” son (Holmes, 2009):

- *La base segura* (en uno mismo y en los demás).
- *La exploración* (alegría, placer, felicidad).
- *La pérdida* (y cómo se afrontó).
- *La asertividad y la rabia apropiada* (o su inhibición).

- *Los detonadores* (o modelos internos de trabajo, que se corresponden con los patrones adquiridos a través del CRI y que ayudan a concretar los motivos que activan el síntoma).
- *La función reflexiva*.

Con Jason se han de trabajar todas las áreas, pero sabemos que este trabajo en profundidad requiere de una predisposición del paciente y una disponibilidad del clínico en cuanto al marco de trabajo y la frecuencia de intervención ofertada que no se dan en este momento.

¿Cómo intervenimos pues, desde la salud mental primaria con Jason y su familia? Un primer paso en la intervención con Jason consiste en intentar crear juntamente con él un espacio de confianza donde sienta que genuinamente importa pero, aunque imprescindible, este primer objetivo no es suficiente cuando se ha configurado un estilo de apego resistente/ambivalente. Jason está en una situación de riesgo emocional y está organizando una estructura que apunta al trastorno de personalidad. Sus actuaciones son llamadas desesperadas a ser tenido en cuenta, a ser *mirado*. Siente que los hermanos han acaparado la atención de los padres de distintas formas y que no hay nada para él. No puede soportarlo más y se identifica con unas figuras parentales abandonicas, a las que expulsa habiendo decidido que no necesita más de nadie.

La línea de intervención en este caso iría encaminada a activar la *mentalización explícita* (Lanza Castelli, 2011) delatando los procesos mentales automáticos que contribuyen a la disfuncionalidad de la regulación emocional. Creemos que si Jason puede adoptar una postura más reflexiva y traducir en palabras la experiencia implícita en base a la cual interpreta las relaciones, mejorará su estado emocional y su tendencia a establecer relaciones insatisfactorias. Este abordaje parte de la memoria implícita que ha fijado el patrón de apego resistente e incluye el análisis, juntamente con el paciente, de sus reacciones emocionales y comportamentales, así como de las creencias que se han configurado como crónicas (en el caso de Jason: “No soy importante para mis padres, no me quieren”) e impiden o entorpecen la adquisición de nuevas reacciones más adaptadas a la resolución de las dificultades.

Dado el absentismo escolar, las fugas y el consumo de cannabis, se valoró que Jason precisaba de una intervención más intensiva y frecuente de la que se podía ofrecer desde un CSMIJ, de forma que intentamos crear las condiciones para que el trabajo posterior con él y con su familia fuera posible. Tras la exploración inicial, programamos 5 entrevistas en 4 semanas. La idea era poder acercar a Jason suficientemente a su malestar para que él mismo viera el riesgo en el que estaba poniendo y aceptara la indicación de Hospital de Día.

En las dos primeras entrevistas Jason se dedicó a expulsar rabia contra los padres y explicar cómo éstos le amargaban la vida intentando ponerle límites. Se le recogió el intenso malestar que sentía y se introdujo la pregunta a hacernos en próximas entrevistas: “¿Por qué tanta rabia?”. Jason apareció en la tercera entrevista con una respuesta: “¿Ahora quieren estar? Ni hablar, si en el fondo pasan de mí”. Se le formuló cómo lo veíamos: “Cuando no os ponéis de acuerdo sacas la conclusión de que no tienen en cuenta tus necesidades... pero no sé si es que te molesta que no te dejen salir hasta tarde, por ejemplo, o es que para tí es una prueba más de que no te quieren... realmente lo sientes como un maltrato. Lo debes pasar fatal”.

Esta intervención permitió que Jason dijera: “Tal vez sí que mi reacción es desproporcionada...”. A partir de ahí el trabajo realizado en las dos sesiones posteriores consistió en ayudar a diferenciar enfados y relacionar cada uno de ellos con su causa “real”, lo que nos permitió mirar hacia atrás y empezar a trabajar la función reflexiva en base a pensar su biografía, explicitar el dolor acumulado y los recuerdos penosos que le perseguían.

En este primer abordaje, no entramos a tratar las conductas de riesgo más allá de señalarle cómo la rabia le acababa alcanzando también a él y el riesgo que ello suponía para su salud y la construcción de un proyecto vital. Jason pudo finalmente verbalizar que se sentía atrapado y que no sabía cómo dar marcha atrás en el camino de actuaciones que había emprendido.

El trabajo con Jason en este sentido, posibilitó el aumento de la comprensión del funcionamiento mental propio y ajeno (de los padres). Se pretendía frenar la impulsividad que se activaba automática e involuntariamente ante cada nueva “separación”,

entendiendo que para él cada desacuerdo representaba una ruptura que desencadenaba de nuevo el malestar antiguo. Este proceso interno había comprometido sus capacidades de pensar y resolver sus problemas de forma positiva.

Cuando se consiguen avances en el proceso de mentalización, es importante ayudar a tomar conciencia del esfuerzo sostenido necesario para mantenerlos ya que, repetidamente, habrá que hacer frente de forma activa a aquellas inercias impresas a nivel de memoria implícita, aprendiendo a reconocer cada vez más precozmente las respuestas, emocionales o comportamentales que motivaron la demanda .

3) *Apego Evitativo. Tratando de no sentir*

Mati tiene 5 años y es derivada al CSMIJ por su pediatra ante un problema de alimentación. Siempre ha comido poco pero hace unos meses prácticamente ha dejado de comer. Ha perdido peso y aunque por el momento se descarta un ingreso inminente, la conducta en relación con la comida es muy preocupante y alarma rápidamente a los profesionales que intervienen.

Acude a la primera visita con los padres y la hermana, poco mayor que ella. El padre parece saludablemente preocupado e interesado en aclarar qué le ocurre a su hija. La madre, en cambio, se muestra tranquila en relación al síntoma y le resta importancia: “ya comerá...”. En la primera visita se sienta con la chaqueta puesta y el bolso colgado del hombro y se muestra tensa, como preparada para levantarse e irse en cualquier momento.

No relacionan la pérdida de apetito con ningún suceso reciente. Explican que come un poquito en el comedor escolar y con eso “va tirando” pero que la pediatra ha derivado a salud mental porque su peso va descendiendo lenta pero progresivamente a pesar de haber descartado organicidad.

Al explorar los datos evolutivos observamos que éstos carecen, aparentemente, de interés clínico. Los padres responden con un vago “todo ha ido bien”. Fue un bebé tranquilo, apenas lloraba. Siempre lo ha puesto muy fácil, no da trabajo y juega sola. Los cambios no le han costado, dormía sin problemas, del tirón, toda la noche... Las separaciones tampoco han sido costosas: “nunca ha extrañado”. Siempre ha sido de poco apetito aunque tampoco ha sido selectiva con la comida. Con un año fue a la guardería. Se

adaptó bien, lo cual para los padres quiere decir que no lloró. “No hizo dramas”, dice la madre. De carácter la describen como buena y tranquila casi siempre pero tozuda, con algún ramalazo de genio. No es cariñosa, tiene carácter y va mucho a la suya, pero nunca busca pelea ni en casa ni en la escuela.

Mati es una niña escuálida, aunque no tiene aspecto enfermizo. Al contacto parece distante y responde escuetamente a las preguntas que se le hacen. Ni ella ni la hermana muestran interés por los juguetes que hay en el despacho y solo se acercan tímidamente a la caja después de ser invitadas a ello. La relación de las dos hermanas es bastante buena según los padres y a menudo juegan juntas “como ahora”. En realidad Mati y su hermana juegan silenciosamente una junto a la otra pero no parece que intercambien o compartan juego alguno.

Cuando citamos a Mati a solas para exploración con hora de juego entra sin problema en la consulta, desarrolla un juego repetido que consiste en construir una casa-castillo con muros muy altos y colocar dentro a los papás. Los hijos no aparecen por ningún lado. Los dibujos sugieren un contenido similar en el que los padres aparecen inaccesibles y las necesidades infantiles anuladas. Al salir de las sesiones no muestra emoción alguna al reencuentro con la madre. La madre tampoco se acerca a ella. Al contrario, mantienen a una cierta distancia y no se dirigen la palabra.

Si analizamos los datos recogidos hasta el momento en términos de apego encontramos algunos indicios de una organización de apego evitativa en Mati. El más evidente es la ausencia de reacción emocional ante la separación. En la prueba de apego de la Situación Extraña, en la que se valora la reacción emocional del bebé ante la separación, se ha podido observar como los bebés denominados “evitativos” no lloran durante la ausencia del progenitor y, además, le evitan e ignoran activamente durante el reencuentro.

En la base de la construcción de este tipo de apego encontramos experiencias de relación temprana en las cuales ha habido poca receptividad por parte de los cuidadores, de manera que el bebé ha ido organizando un CRI que le conduce a suprimir una serie de emociones, ya que *sabe*, implícitamente, que no van a quedar contenidas. A diferencia de la construcción de apego ambivalente, en que el cuidador se puede mostrar con voluntad pero carente de recursos emocionales a invertir en la crianza, en la construcción de apego

evitativa el progenitor aparece desdeñoso con las manifestaciones emocionales y “sin voluntad de invertir” (Holmes, 2009).

En este caso, sin embargo, después de un par de entrevistas, la madre puede, desde la distancia afectiva, hacer gala de una gran sinceridad: “Yo no quería a Mati. Me quedé embarazada accidentalmente y fue difícil. Ya de entrada la alimenté con biberón porque no me apetecía empezar de nuevo con el pecho”. Podríamos imaginar a esta pareja madre-bebé y las enormes dificultades y desencuentros por los cuales debieron pasar. Sin contar con alguien capaz de poner nombre a sus ansiedades y retornarlas de forma más digerible, ¿cómo podría Mati identificar y diferenciar sus propios sentimientos?

También la madre de Mati parece haber suprimido una serie de emociones complejas y muestra, como su hija, un estilo de relación evitativo. Una de las aportaciones de Fonagy (1999) es la idea de la “transmisión intergeneracional de la salud y la vulnerabilidad psicológica”. Según sus investigaciones, las madres embarazadas valoradas como inseguras a través de la entrevista de apego adulta (EVA) tienden, en un 75%, a tener hijos que al año de vida reciben la misma clasificación en la prueba de la Situación Extraña, lo cual evidencia la necesidad de continuar reflexionando acerca de lo que sucede durante el primer año de vida.

La madre de Mati se muestra, al principio, despectiva con los aspectos emocionales de la situación que motiva la consulta: “eso son tonterías”, pero en este caso, el hecho de que el síntoma sea somático y delatado reiteradamente por la báscula y la aceptación de la niña de comer en el comedor escolar, lo cual evidencia el problema vincular madre-hija de una manera incontestable, propiciaron el trabajo con ella.

El primer paso en la intervención asistencial es ofrecer a los padres una formulación de la situación vinculando el síntoma con el tipo de apego organizado y explicándoles cómo Mati intenta anular sus necesidades emocionales ante el temor de no encontrar receptividad en el otro. También se les habla del riesgo para el desarrollo de su personalidad de la tendencia que muestra a replegarse y negar la dependencia, especialmente en la relación con la madre y del significado del rechazo a ingerir alimento como la expresión concreta de este conflicto relacional. Se les orienta remarcando la importancia de mostrarse atentos, receptivos, y acogedores y se procura que puedan

entender cómo la ausencia de demanda no va vinculada a la ausencia de necesidad. La madre se muestra sorprendida y comenta que no le da esa impresión, que Mati parece jugar sola muy a gusto pero que ahora se para para pensar que en ningún momento, desde que nació, ha jugado con ella. Se muestra, en ese momento, más conectada y expresa con confianza la dificultad que siente para interactuar espontánea y libremente con su hija en el juego, fuera de un contexto de “cuidado operativo”. Se atreve incluso a mostrar su inseguridad: “no sé si sabré jugar con ella”.

Cuando se ha organizado un patrón de apego evitativo la tarea asistencial suele suponer una considerable presión para el clínico. A menudo puede sentir que ha de sostener él solo la demanda ya que el paciente mostrará su tendencia a pedir poco: se ha acostumbrado a escindir emociones, en ocasiones sin tan siquiera poder diferenciarlas. Consulta, en la mayoría de ocasiones, fruto de la presión familiar, escolar, del pediatra como en el caso que nos ocupa, o porque se siente mal a veces, sin poder añadir más palabras a ese malestar difuso. Con un abordaje ambulatorio, además, no podremos ayudarle ofreciendo visitas cada mes y medio y, sin embargo, resulta imprescindible encaminar la asistencia a intentar generar experiencias de relación dirigidas a la ampliación del CRI.

La intervención fue en dos líneas: después de la exploración y retorno a los padres se programaron 6 sesiones de juego quincenales con Mati en las que incluimos a la madre con la idea de que ella pudiera ir adentrándose en los aspectos emocionales de la relación con Mati (aprendiendo a jugar) y se pudieran generar nuevas experiencias en el vínculo madre-hija a partir de lo que sucedía en las sesiones. Paralelamente, se programaron dos entrevistas más con los padres, una cada tres sesiones de juego, enfocadas a intentar orientarles y trabajar con ellos la posibilidad de generar estas nuevas dinámicas en un espacio ya conocido como es el ámbito familiar

Se valoró la evolución cuatro meses más tarde, con Mati, con su familia y con su pediatra. El síntoma había remitido y la familia se había esforzado por ofrecer más cantidad y calidad en el tiempo que pasaban juntos. Mati daba muestras de búsqueda activa de la relación y parecía disfrutar del intercambio. La madre parecía más relajada y disponible para su hija. Ante la buena evolución se descartó derivar a otros dispositivos no

ambulatorios y no se ofrecieron más visitas a los padres, dejando la puerta abierta para una intervención posterior en caso de que fuera necesario.

Para la buena evolución de este caso fue de vital importancia mantener una actitud empática hacia la madre y recoger y validar la dificultad de criar a dos hijas tan seguidas. Esta actitud hacia ella posibilitó que rememorara aspectos de la relación con su propia madre y estableciera conexiones hasta el síntoma de su hija, incorporando la función reflexiva al proceso. También propició que se mostrara dispuesta a dejarse ayudar, aconsejar y que nos diera su “permiso” para intervenir. Las personas que han organizado un patrón de apego evitativo se muestran sumamente sensibles a la crítica (Holmes, 2009). Como pacientes necesitan tener una experiencia de relación de ser cuidados que amplíe su CRI, ya que han organizado un patrón de apego en base a la vivencia implícita de no ser atendidos en su necesidad. Por ello es importante enfatizar la actitud empática e ir siempre a la ansiedad de fondo por encima, en este caso, de la mentalización, transmitiendo activamente y en la medida que el paciente pueda tolerar, que nos hacemos cargo de las dolorosas emociones (soledad, abandono, miedo, etc., en el caso de la mamá de Mati) que subyacen a la apariencia endurecida con la que se nos presentan.

Reflexiones Finales

Hay una experiencia de relación sin la cual el desarrollo global de la persona se ve seriamente afectado. Es la experiencia de ser “mirado”, de ser sostenido por alguien que empatiza profundamente con el estado emocional propio. Existe una correlación entre la dificultad para construir la relación temprana en base a esta experiencia y la organización de un patrón de apego inseguro con el sufrimiento mental que conlleva. La mente se crea en la complejidad de la interacción con el ambiente y las estrategias de relación que cada uno de nosotros utilizamos tienen sus raíces en la cualidad de las primeras interacciones.

Los patrones relacionales quedan fijados en nuestro inconsciente relacional implícito y determinan las inercias y automatismos con que enfrentamos la adversidad. La

labor del clínico consiste en detectarlos e intentar promover experiencias de relación más saludables que pasen a ampliar el CRI de la persona que nos consulta.

Si bien es cierto que nos encontramos en un momento de gran dificultad económica y social, es posible encontrar fórmulas para que la asistencia desde la salud mental primaria infantojuvenil tenga sentido y sea capaz de promover el cambio psíquico. Desde luego, no siempre será posible y existen situaciones tan deterioradas y desde tantos ángulos que exceden nuestras posibilidades. Sin embargo, es importante partir de la idea de que el conocimiento relacional implícito organizado en base a las primeras experiencias de relación no es siempre inmutable y que los patrones de apego también pueden variar.

Para ello es importante conservar la intención psicoterapéutica en la mirada con la que nos aproximamos al paciente. Si bien no podremos estructurar un marco de trabajo susceptible de garantizar un abordaje de estas características, sí es posible ofrecer, y sobre todo promover en el entorno del paciente, encuentros auténticos y repetidos en los que se cree un clima de confianza capaz de generar momentos de conexión emocional, nuevas experiencias de relación, esta vez saludables y vitalizadoras.

Con esta idea central como telón de fondo, las aportaciones desde la teoría del apego pueden proporcionarnos una orientación adicional en cuanto a la especificidad de algunas intervenciones. Averiguar qué organización de apego se ha establecido predominantemente nos ayudará a orientarnos y a trazar una vía por la cual transitar junto al paciente y su familia. Es importante no perder de vista el hecho de que, más allá de los estilos de apego configurados, cada persona es única e irrepetible en la vivencia de sus afectos, sin embargo el conocimiento de los patrones vinculares iniciales nos puede aportar orientación adicional en la valoración de cada plan terapéutico y en la necesidad de enfatizar uno u otro aspecto de la intervención.

Referencias bibliográficas

Ainsworth, M. (1989), Attachment beyond infancy, *American Psychologist*, 44 (1): 709-716.

Ávila, A. (2005), Al cambio psíquico se accede por la relación, *Intersubjetivo*, Diciembre 2005, N° 2, Vol. 7: 195-220.

Bion, W. R. (1961), *Experiencias en grupos*, Paidós, Barcelona, 2000.

Bion, W. R. (1962), *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, Barcelona, 2003.

Bion, W. R. (1963), *Elementos de psicoanálisis*, Lumen Hormé, Buenos Aires, 2000.

Bowlby, J. (1988), *Una base segura*, Paidós, Buenos Aires.

Coderch, J. (2010), *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*, Ágora Relacional, Madrid.

De Diego, S. (2012), ¿Qué se necesita para convertir una crisis en una oportunidad?, *Temas de Psicoanálisis*, número 3, Enero 2012.

Ferenczi, S. (1932), *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*, Buenos Aires, Amorrortu, 1997.

Fonagy, P (1999), Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría, *Aperturas psicoanalíticas*, n° 3.

Fonagy, P., Bermejo, P., Gergely, G. y Jurist, E.L. (2008), La regulación afectiva, la mentalización y el desarrollo del self, *Aperturas psicoanalíticas*, n° 30.

Gerhardt, S. (2008), *El amor maternal. La influencia del afecto en el desarrollo mental y emocional del bebé*, Albesa, Barcelona.

Hernández, L. (2009), La flexibilidad del encuadre: reflexiones a partir de la práctica clínica, *Clínica e investigación relacional*, 3 (3): 684-694.

Holmes, J (2009), *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*, Desclée de Broouwer, Bilbao.

Lanza Castelli, G. (2011), Las polaridades de la mentalización en la práctica clínica, *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (2):295-315.

Lyons-Ruth, K. (2010), Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia, *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2):340-356.

Martí i Pol, M (1987), *Els bells camins*, Edicions 62, Barcelona.

Mitchell, S (1993), *Conceptos relacionales en psicoanálisis*, SigloXXI, Valencia.

Riera, R (2010), Una breve introducción a las aportaciones del Grupo de Boston, *Clínica en Investigación Relacional*, 4 (2):315-320.

Stern, D.N. (1985), *El mundo interpersonal del infante*, Paidós, Barcelona.

Stern, D.N. (1997), *La Constelación Maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*, Paidós, Barcelona.

Velasco, R (2011), Memoria y conocimiento relacional implícito, *Temas de Psicoanálisis*, número 1.

Winnicott, D. W. (1964), El recién nacido y su madre, En: *Los bebés y sus madres*, Paidós, Barcelona, 1998.

Winnicott, D.W. (1971), *Realidad y Juego*, Gedisa, Barcelona, 1995.

Winnicott, D.W. (1992), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Paidós, Barcelona.

Laura Hernández

Psicóloga clínica y psicoterapeuta

Correo electrónico: lhernandez@fvb.cat