

Becerra Gordo, Mercedes
Benaym, Liza
Busquets Ferré, Lourdes
Catalina Fernández, Cristina
D'Agostino Ermacora, Sebastián
De Castro Oller, María Jesús
De Uribe-Zorita, Isabel Reyes
Gabaldón Fraile, Sabel
Galán Rodríguez, Antonio
Garrán, Encarni
González-Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Houzel, Didier
Iriarte, Leire
Labin, Agustina
Márquez Navarro, María Ángeles
Martínez Pampliega, Ana
Mascaró Masri, Norberto
Ortiz Soto, Paloma
Peinado Muñoz, Elisa
Rabain Lebovici, Nicolas
Taborda, Alejandra
Terán Sedano, Sara
Trejo, Diego
Ubía Alcántara, Ruth
Vegazo Sánchez, Esmeralda
Villanueva Ferrer, Rafael

N.º 65
1º semestre

2018

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967



Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (Paris)
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (Paris)
M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (Paris)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

¿Hacia falta abrir la caja de Pandora? <i>Didier Houzel</i>	9
Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Grupos multifamiliares: un nuevo abordaje terapéutico en la adolescencia <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
Los avatares de la adolescencia en nuestra época, a ritmo de las nuevas tecnologías <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observaciones basadas en el trabajo de los conflictos de la parentalidad en padres de menores de dos años con sospecha de Trastorno del Espectro Autista <i>Encarni Garrán</i>	59
La relación entre la función reflexiva parental y el ajuste socioemocional de bebés de 9 a 14 meses de la Comunidad Autónoma Vasca <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Los escenarios de la abuelidad <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Dificultades en el abordaje terapéutico: a propósito de un caso clínico en una paciente adolescente <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (Parte 2) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimididad y tolerancia a la soledad en la adolescencia <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
El grupo terapéutico con niños pequeños como tránsito entre familia y escuela Experiencia grupal: historia de la construcción de un tren <i>Lourdes Busquets Ferré, Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

Was it necessary to open Pandora's box? <i>Didier Houzel</i>	9
Ethical aspects involved in the medicalization of trans people in childhood and adolescence <i>Sabel Gabaldón Fraile</i>	17
Multifamily groups: a new therapeutic approach in adolescence <i>Nicolas Rabain Lebovici, Sebastián D'Agostino Ermacora, Liza Benaym y Norberto Mascaró Masri</i>	25
In search of the clinical dimension of attachment through children's narratives <i>Antonio Galán Rodríguez</i>	35
The vicissitudes of adolescence in our time, to the rhythm of new technologies <i>Elisa Peinado Muñoz</i>	47
Observations based on the work of parenting conflicts in parents of children fewer than two years of age with suspected Autism Spectrum Disorder <i>Encarni Garrán</i>	59
The relationship between the parental reflective function and the socio-emotional adjustment of babies 9-14 months old from the Basque Autonomous Country <i>Leire Gordo, Leire Iriarte y Ana Martínez Pampliega</i>	67
Scenarios of grandparenthood <i>Sara Terán Sedano, Paloma Ortiz Soto, María Jesús de Castro Oller y María Ángeles Márquez Navarro</i>	73
Difficulties in the therapeutic approach: clinical case of a teen patient <i>Esmeralda Vegazo Sánchez, Diego Trejo, Isabel Reyes de Uribe-Zorita y Cristina Catalina Fernández</i>	79
Networks of subjective constitution and the complexity of the diagnosis of children from a relational perspective (2nd part) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	85
Intimacy and tolerance for loneliness in adolescence <i>Fernando González-Serrano</i>	95
Self-regulatory mechanisms in babies and their early interactions <i>Mercedes Becerra Gordo</i>	105
Group therapy with young children as a transition between family and school Group experience: the history of building a train <i>Lourdes Busquets Ferré , Ruth Ubía Alcántara y Rafael Villanueva Ferrer</i>	111

EN BUSCA DE LA DIMENSIÓN CLÍNICA DEL APEGO A TRAVÉS DE LAS NARRATIVAS INFANTILES*

IN SEARCH OF THE CLINICAL DIMENSION OF ATTACHMENT THROUGH CHILDREN'S NARRATIVES

Antonio Galán Rodríguez**

RESUMEN

La dimensión clínica de la Teoría del Apego permanece insuficientemente desarrollada, pero pueden encontrarse interesantes propuestas actuales en este ámbito. Abordamos los principios básicos que deben sostener un acercamiento clínico a la Teoría del Apego: situar el apego en el conjunto de sistemas motivacionales, atender a los distintos niveles de seguridad que comprende (físico, emocional, cognitivo) y considerar los procesos de auto-regulación dañados por fallos en las relaciones de apego. Abordamos el papel de las narrativas en el desarrollo infantil, y su uso para evaluar las construcciones internas del apego; finalmente exponemos con detalle el uso de la Attachment Story Completion Test (ASCT) como instrumento útil para su evaluación.

Palabras clave: Apego, Narrativa, Evaluación Infantil

ABSTRACT

Clinical dimension of Attachment Theory is still ill-developed, but interesting current proposals can be found.

Basic principles necessary to bear a clinical approach to Attachment Theory are explained: placing attachment among other motivational systems, paying attention to the different safety levels included in attachment (physical, emotional, cognitive) and taking into account self-regulation processes which could be hampered by failures in attachment. The role of narratives in child development, and its utility to assess attachment internal models are considered; finally, a detailed account of the use of Attachment Story Completion Test (ASCT), as an useful assessment tool, is presented.

Key words: Attachment, Narrative, Childhood Assessment

INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de marcos teóricos que nos permitan desplegar nuestra intervención con los niños y las familias, la Teoría del Apego aparece como una propuesta muy sugerente. No obstante, el rango de aportaciones que abarca es muy amplio, sin que pueda hablarse de

* Adaptado del curso impartido en el 8º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente y XXX Congreso de Sepypna, que bajo el título "Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas, hoy: entre lo biológico y lo social" fue celebrado en Bilbao entre los días 26 y 28 de abril de 2018.

** Psicólogo Clínico – Equipo de Salud Mental de Zafra (Servicio Extremeño de Salud). E-mail: antgalan@hotmail.com

una “terapia del apego” propiamente dicha. De hecho, aunque John Bowlby desarrolló el concepto de apego a través de extensos y bien documentados textos, no hizo ninguna propuesta concreta de “terapia del apego”. En efecto, al hablar de cómo utilizar terapéuticamente la Teoría del Apego, se limitó a proporcionar algunas claves genéricas sobre la forma en que debe actuar el terapeuta, especialmente para convertirse en “base de seguridad” (mediante la regularidad en la atención, la sensibilidad en la escucha, la constancia en los esfuerzos terapéuticos, etc.), más algunas consideraciones acerca de cómo abordar la terapia (atender a los modelos operativos internos, considerar la historia de relaciones del niño...). Pero no llevó a cabo una sistematización de un procedimiento de intervención.

A esta ausencia en la obra de Bowlby se sumó la propia evolución de la teoría que propuso. En efecto, tras las propuestas iniciales, la Teoría del Apego se convirtió en propiedad intelectual de los académicos, más que de los psicoterapeutas, dando lugar a la ironía de que mientras aquél pasaba la mayor parte de su tiempo tratando pacientes, sus teorías eran evaluadas por investigadores que normalmente no tenían práctica clínica. Con ello, la promesa clínica de la Teoría del Apego quedó insatisfecha, y sólo mucho más tarde algunos terapeutas comenzaron a abordar con amplitud sus aplicaciones clínicas (Wallin, 2007).

El resultado final es que a duras penas podríamos hablar de una terapia del apego propiamente dicha, en el sentido de una propuesta derivada directamente de la Teoría del Apego. Lo que existe es más bien un amplio rango de posibilidades respecto a cómo el concepto de apego es incorporado a la atención profesional. De esta manera nos encontramos con tres realidades:

A. Pocas veces encontramos la Teoría del Apego sosteniendo por sí misma una intervención terapéutica. Va a aparecer mezclada con otros formatos de tratamiento (sistémico, cognitivo, narrativo, de trabajo con la corporalidad...).

B. El énfasis puesto en la Teoría del Apego será muy variable. Podríamos plantear dos extremos:

- A veces aparece como un mero elemento de sensibilización, de modo que el concepto de apego insta a los profesionales a ser sensibles, estables, protectores...
- En otros casos, el apego se convierte en la pieza central de un programa de intervención; y esto ha ocurrido especialmente cuando se trabaja con poblaciones donde el sistema de apego ha sido

seriamente dañado (sobre todo niños maltratados y/o abandonados).

C. Encontraremos tres grandes formatos de intervención, en función de cómo se considere al niño y a sus cuidadores:

- trabajar con el cuidador ayudándole a establecer interacciones positivas, a manejarse con la conducta del niño, o a tratar sus propios sentimientos de ansiedad, frustración o ira.
- trabajo diádico, es decir, con el niño y el cuidador principal, ya sea de forma conjunta o con una intervención coordinada en paralelo.
- terapia individual con el niño.

Como conclusión, y tal como indica Yáñez (2008), más que como técnicas específicas de intervención, la Teoría del Apego tiene implicaciones para la conceptualización, el objetivo, la forma y el proceso de tratamiento. Nosotros añadiríamos que también ha sido inspiradora de formas nuevas (o acertadamente recicladas) de abordar la intervención terapéutica. De todas esas aportaciones nuevas y relecturas, vamos a centrarnos en una de ellas, la que nos remite a las narrativas con las que codificamos la información de nuestro mundo, nos explicamos éste y nos comunicamos con los demás.

No obstante, antes de embarcarnos en ella, es necesario considerar unos pilares básicos relativos a la aplicación clínica de la Teoría del Apego.

LO QUE IMPLICA INTERVENIR DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

El apego es ineludible en la relación terapéutica, en la medida en que es un sistema conductual diseñado para activarse cuando uno se siente vulnerable, necesita protección, y requiere para ello de la ayuda de un congénere más fuerte o capaz que él. Y justo esto es lo que ocurre cuando un paciente acude a consulta. Pero aun cuando sean los padres quienes tomen la decisión de llevar al niño a consulta, no es raro que en éste se active el sistema de apego: los infantes viven continuamente situaciones de vulnerabilidad y están sostenidos por relaciones de dependencia; de esta manera, están predispuestos a activar el sistema de apego.

No obstante, la complejidad de este tema nos llevaría a apuntar hacia tres importantes consideraciones:

A. El sistema de apego pudiera verse sustituido por otro sistema conductual. En este punto las contribuciones de Liotti (2008, 2011) son de gran utilidad, al revisar los sistemas motivacionales que sostienen las relaciones

interpersonales. Uno de ellos es precisamente el apego, dispuesto a activarse en situaciones de vulnerabilidad que reclaman la intervención protectora de una figura fuerte. Pero algunas experiencias en las relaciones de apego pueden hacer indeseable su activación, siendo entonces sustituido por otro sistema conductual. Y así, donde debiera haber una muestra de vulnerabilidad y una petición de ayuda, pudiera activarse una conducta de agresividad, sexualidad o cuidado. Son muchas las posibilidades, pero nos limitaremos a ilustrar esta idea con una de ellas. Así, se ha descrito con bastante precisión cómo los niños que en sus dos primeros años de vida desarrollaron estilos de apego desorganizado, frecuentemente pasan a inhibir su dependencia, y a partir de los 3-4 años tienden a mostrar ante sus cuidadores conductas controladoras, a través de actitudes coercitivas o de cuidado (parentalización). Donde debiera haber vulnerabilidad y petición de ayuda, aparece provisión de ayuda o control coercitivo. Por tanto, la ausencia de conductas de apego en la consulta pudiera estar dando pistas en torno a una posible evolución problemática de las relaciones de cuidado, y esto va a influir inevitablemente en la relación paciente-terapeuta.

B. Una vez activado el sistema de apego, debemos preguntarnos: ¿cuál es la demanda que nos está haciendo el niño?. Esta pregunta nos remite a los tres niveles evolutivos (y las tres funciones básicas) que presenta el apego:

- El sistema de apego tiene su origen evolutivo en la necesidad de ser protegido frente a depredadores, o frente a la soledad que nos expone a estos. En este sentido, el apego nos lleva a buscar protección física, y lo que demanda del cuidador es que nos libre de peligros a nuestra integridad, ya sea enfrentándose a la amenaza, o ayudándonos a escapar hábilmente de ella. En esos momentos, lo que más necesitamos de una figura de apego es que “dé la cara”. El encuadre psicoterapéutico básico hace aportaciones en este sentido: se intenta crear una atmósfera de seguridad y tranquilidad, en un contexto de encuentro presencial regular y comprometido por parte del terapeuta. No obstante, podrían resultar insuficientes si se requiere una actitud aún más protectora; proteger eficazmente al paciente podría requerir contactar con otras personas o instituciones, realizar gestiones fuera del despacho... Curiosamente, los procedimientos psicoterapéuticos habituales previenen contra ellos; prescribir neutralidad y abstinencia, o restringir la intervención al setting terapéutico limitan enormemente la posibilidad de satisfacer estas necesidades vinculadas al apego. Es más, proveer de seguridad más allá del

encuadre estándar suele ser considerado un grave riesgo para la práctica terapéutica; de hecho, cuando nos vemos obligados a intervenir (por cuestiones éticas o legales, como en los casos de maltrato infantil), lo vivimos como una amenaza (y a veces un cierre) al proceso terapéutico.

No obstante, y sin llegar a esos casos extremos, es posible que el terapeuta se vea expuesto a tomar decisiones que protejan al paciente pero que con ello se amenace a la relación terapéutica. El intento de minimizar los riesgos que esto implica justifica la conveniencia de formatos de tratamientos en los que son dos los profesionales (trabajando de forma coordinada) quienes realizan la intervención; esto es algo muy recomendable con cierto tipo de pacientes en los que este tipo de demanda de intervención externa es más probable (como en los trastornos límites de la personalidad), o en algunos contextos de intervención psicosocial (familias desorganizadas, niños en ambientes de marginalidad). De la misma manera puede ayudar el concepto utilizado en la psicoterapia psicoanalítica de “parámetro de técnica” (Kernberg, 1987). En efecto, con algunos pacientes que muestran serias dificultades para manejarse en su vida, la neutralidad técnica puede ser tomada como una línea de referencia básica, pero con la aceptación de que se producirán muchas desviaciones... que a posteriori deberán ser analizadas desde la interpretación; es decir, una conducta del paciente pudiera requerir que el terapeuta abandone la neutralidad, pero esta acción deberá ser reflexionada y, a afectos del paciente, lo que la motivó deberá ser interpretado. No obstante, a veces incluso esto pudiera resultar insuficiente.

Aurora es una adolescente de 16 años que ha ingresado hace pocos meses en un centro de acogida de menores. En la tercera sesión de psicoterapia trae un problema que le preocupa enormemente, y que conlleva una petición para su psicólogo. Se ha emparejado con un chico de 14 años, y los padres de éste se han enfadado; que su hijo esté con una chica mayor, proveniente de una familia problemática, y acogida en una institución, les resulta intolerable. Consideran que no basta con prohibir a su hijo el salir con esta chica, y por ello solicitan una reunión con el director del centro de acogida para pedirle que ponga él un límite a Aurora. Finalmente se acuerda una reunión a la que asistirán la pareja y los “representantes” de cada uno de ellos: los padres del chico, y las educadoras de Aurora. Ésta se siente en peligro; prevé una reunión de adultos censores, en una forma de emboscada en la que se va a sentir en clara inferioridad numérica y de capacidad. En su angustia por enfrentarse a esta difícil situación busca aliados, busca protección. Su demanda al

psicólogo es que la acompañe a esa reunión y la proteja. ¿Cómo actuar ante una demanda que implica romper de una manera tan marcada el setting terapéutico? La respuesta fue negativa, ofreciendo explicaciones técnicas que justificaran ese rechazo. Aurora no volvió a consulta. Son posibles muchas interpretaciones, pero nos quedamos con una propuesta para reflexionar: quizá la aún débil alianza de trabajo no pudo contener esta “traición” a una demanda desde la parte más básica del apego.

- Sobre esa necesidad básica de seguridad física, los seres humanos parecemos haber dado un paso más en cuanto a nuestras necesidades, y habríamos recurrido al sistema de apego para satisfacerla. Se trata de que no sólo sentimos peligro por un depredador externo, sino que las propias vivencias internas son vividas como un peligro; sensaciones desagradables (hambre, dolor), emociones (miedo, pena, rabia), pensamientos... son sentidos como un peligro; la propia vivencia de angustia es sentida como una amenaza que nos lleva a buscar protección. Y para este tipo de peligro necesitamos una persona emocionalmente receptiva, sensible a nuestro mundo interno, que entone con nuestras vivencias.

- La última gran revolución de la Teoría del Apego nos ha llevado a subrayar la importancia de la protección cognitiva, partiendo de la necesidad de los seres humanos de asegurarnos de que nuestro interlocutor nos está enseñando cosas que son relevantes, útiles y buenas para nosotros. La creación de una “autopista” natural de transmisión de conocimiento entre los seres humanos es un proceso sometido a muchos avatares; y es la relación de apego nuevamente el contexto donde esa capacidad se desarrolla. Esto significaría que el apego tendrá como función asegurarnos el aprendizaje de una capacidad fundamental para nuestra supervivencia social: abrir nuestra mente a la comunicación cuando ésta es buena para nosotros (“confianza epistémica”), y mantener una “vigilancia epistémica” cuando esa comunicación implique riesgos (Fonagy y Allison, 2014). En este sentido, la activación del sistema conductual de apego viene acompañada de la respuesta a una pregunta fundamental en cualquier proceso de comunicación (incluyendo el terapéutico): ¿puedo abrir mi mundo interno a los mensajes de mi interlocutor?

Isidoro es un hombre de mediana edad que acudió por primera vez a consulta de Psicología a instancias de su esposa; hacía meses que había perdido su trabajo y se sentía muy abatido emocionalmente, lo que llevaba a una pasividad que le obstaculiza solucionar sus problemas; no obstante, él estaba convencido de que nadie podía

ayudarle: no creía que otra persona (incluyendo a un psicólogo) pudiera ayudarle a cambiar la forma de sentir o pensar, por lo que no volvió a consulta. Meses después su esposa vuelve a empujarle a una entrevista, todo ello tras un intento autolítico y un breve ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Sin mucho convencimiento, acepta una intervención conjunta con consultas psiquiátricas y psicológicas; estas últimas en formato de psicoterapia de apoyo. Esta intervención no logra una mejoría, y de hecho se mantiene un progresivo deterioro en su funcionamiento vital y un nuevo intento autolítico. Una revisión del caso lleva a los facultativos a considerar que, en contra de lo pensado inicialmente, no se está ante un cuadro adaptativo, ni ante un simple trastorno depresivo, sino ante un desorden de la personalidad. Por ello, se pasa a una intervención más intensa, a nivel psiquiátrico y psicológico. A estas alturas Isidoro se muestra como una persona aparentemente comprometida con la intervención clínica: acude a las consultas, agradece la atención prestada, y rechaza la posibilidad de un alta. No obstante, persiste el estancamiento en su estado emocional y el riesgo de conductas autolesivas. Tras varios meses de intervención, le hacemos una serie de preguntas dirigidas a clarificar la relación terapéutica: “A lo largo de esta última semana, ¿ha habido algún momento en que te hayas acordado de algo que te haya dicho tu psicólogo o tu psiquiatra, o en que te haya venido a la mente alguna de sus explicaciones sobre lo que te pasa, o alguno de sus consejos? ¿en algún momento te has dado cuenta de que algo en tu forma de pensar, en tus opiniones sobre ti, sobre la familia, o sobre tu situación, ha cambiado después de tus conversaciones con el psicólogo o el psiquiatra?”. Tras pensarlo unos segundos, la respuesta siempre es “no”. Ante el siguiente comentario del profesional (“¡Qué raro! ¿no te parece? Después de tantas horas de conversaciones, y con la buena relación que parece que tenemos, no te hemos dicho nada que te sirva. ¡Qué curioso!”), parece algo sorprendido y sonríe.

Si aceptamos esta triple misión del apego, debemos plantearnos cuáles están en juego en cada momento, y las demandas específicas que imponen al profesional.

C. La relación de apego es el marco donde se desarrollan algunos procesos de auto-regulación, y esto ocurre en tres ámbitos fundamentales: a) control de la atención; b) regulación del afecto (cómo gestionar el estrés y la activación emocional intensa); y c) manejo de la relación con los mundos internos propio y ajeno (mentalización).

Esto implica que:

- Si la relación de apego ha funcionado mal, estamos expuestos a presentar dificultades en cualquiera de estos tres ámbitos.

- Si queremos solucionar problemas en estos ámbitos, tenemos que hacerlo desde una reconstrucción del vínculo de apego.

- Para los niños con muchos problemas de autorregulación (y especialmente de atención y emocional) antes de embarcarse en intervenciones verbales en relación a los contenidos del pensamiento, puede ser necesario un trabajo previo o paralelo que se maneje en el ámbito de la sensorialidad, la motricidad y los aspectos más básicos de la regulación emocional.

LAS NARRATIVAS

Una adquisición evolutiva en desarrollo.

Nos situamos ante un niño e intentamos entenderlo; nos esforzamos por representarnos su mundo interno, e indagamos en torno a cómo se configuró de esa manera; a partir de ahí, nos preguntamos cómo ayudarle a lograr una organización interna que le libere del sufrimiento y/o le permita una adaptación más satisfactoria a su mundo. Ahora bien, ¿cómo nos representamos ese mundo interno del niño?. En este espacio vamos a hacer uso de dos propuestas.

Por un lado, vamos a dirigir nuestra mirada hacia algunos modelos que intentan representar ese mundo interno infantil. Son muchos los autores que señalan que éste se va llenando de unos esquemas con los que se codifican las relaciones interpersonales; subrayan que a través de ellos el niño va a representarse a sí mismo en relación con el otro, y que esa representación va a estar acompañada de un afecto. Por ejemplo, es muy sugerente la propuesta de Otto Kernberg de representarse ese mundo interno a través de triángulos, cuyos tres vértices serían: una imagen de sí mismo, interactuando con la imagen complementaria del otro, y todo ello vinculado a un afecto poderoso (Kernberg, 2005); por ejemplo, “yo vulnerable”, “otro cuidador” y vivencia de satisfacción; o “yo vulnerable”, “otro desconsiderado” y vivencia de abandono. Por su parte, Daniel Stern hablaría de “representaciones interactivas generalizadas”, y subrayaría el aprendizaje de un modo de “estar con” (Stern, 1997). Pero volviendo a la Teoría del Apego, su propia propuesta son los Modelos Operativos Internos (MOI), es decir representaciones de uno mismo (en un momento de vulnerabilidad) en relación a otro

potencialmente cuidador; uno mismo que puede valorarse como merecedor de cuidado... o no; y ver al otro como dispuesto a (y capaz de) cuidar...o no. De esta manera, vamos a encontrar unos modelos internos de apego, que serán esas representaciones mentales de uno mismo en relación al otro potencialmente cuidador, en un momento de vulnerabilidad.

Por otro lado, vamos a considerar las narrativas, en cuanto que es a través de narraciones como organizamos internamente el curso de experiencia de nuestra vida (Emde, 2007). En efecto, la experiencia diaria es organizada internamente en forma de un relato. Y cuando nos comunicamos con los demás, lo hacemos en un sentido narrativo: contamos y nos contamos historias (cosas que le han pasado a personas, en una secuencia temporal y espacial, acompañadas de unas emociones que se conectan con aquellas), y lo hacemos con un vocabulario y con una perspectiva de la vida que compartimos con el interlocutor; porque si no, no podríamos comunicarnos con él. En definitiva, las narraciones nos permitan dar un sentido a nuestra experiencia, ayudándonos a organizar nuestro pasado y a preparar el futuro; asimismo nos permiten establecer puentes con los demás, en la medida que las narraciones se convierten en discursos que nos conectan con un interlocutor.

Las narrativas están presentes desde temprana edad, y una observación atenta muestra la existencia de avances fundamentales conforme el niño crece. Así, entre los tres y los seis años se produce un progreso enorme (Wolf, 2003). Durante este tiempo los conceptos infantiles de la gente como agentes independientes, como poseedores de mentes, evoluciona rápidamente; el lenguaje también crece en nivel de articulación; gracias a ello, los niños adecuadamente estimulados podrán elegir palabras, sintaxis, y estructuras de discurso que informan al oyente sobre cómo se sienten al estar en una situación particular, ya sea real o enmarcada como una historia. Poco a poco se irán instaurando en la mente infantil unos esquemas “canónicos” de historias, habitualmente conteniendo un inicio que proporciona el contexto, una complicación o problema que el protagonista afronta, el intento de solucionarlo, y el triunfo o fallo de éste; posiblemente, a partir de ahí surja una enseñanza o moraleja.

La pregunta que un clínico interesado en el apego puede hacerse en este momento es: ¿cómo utilizar estas narrativas para acceder a las representaciones mentales relacionadas con el apego?. Los siguientes apartados constituyen una propuesta en este sentido.

Pruebas de evaluación del apego basadas en narrativas infantiles.

Al llegar a la edad escolar (4-5 años) se hace evidente que la capacidad narrativa se está desarrollando de una manera muy marcada. Y a partir de entonces podrá convertirse en un instrumento privilegiado para acceder a los modelos internos de apego. Esto ha sido aprovechado por muchos investigadores, al desarrollar instrumentos de evaluación cuya tarea central consiste en completar historias. El esquema es muy similar en todos ellos: comenzamos una historia que atrape al niño, que le coloque en una tesitura en la que se van a activar sus representaciones del mundo (y especialmente las que tienen que ver con el sistema de apego). Y a continuación le vamos a pedir que termine esa historia. ¿Qué esquemas internos se activarán para dar un sentido a esos relatos?

Ante las producciones del niño, atenderemos a distintos niveles de experiencia: las representaciones mentales que subyacen a la comprensión de esas realidades, las tramas que organizan la información, los discursos que se elaboran para conversar con el otro, y el tono emocional que da color a la narración (Emde, 2003). Y si utilizamos el prisma del apego para valorarla, añadiremos algunas cuestiones más específicas: cómo se refleja la vulnerabilidad y la provisión de protección, y cómo se representa a uno mismo a la hora de regular las emociones (sobre todo, la disposición y la habilidad para implicar a los demás en este proceso).

Son pruebas muy agradecidas para el uso clínico. En efecto, son fáciles de aplicar (pueden ser cortas, baratas y flexibles), dan mucho juego para un trabajo interactivo, y resultan agradables para casi todos los niños (y para los profesionales...). Están especialmente indicadas para niños entre los cinco y los diez años; para niños más pequeños la tarea puede ser muy exigente a nivel cognitivo; y aunque en el ámbito investigador es habitual encontrar trabajos en los que se utiliza con infantes de hasta tres años, es posible que con esa edad se requiera una especial habilidad para aplicarlas e interpretarlas, y que la tarea resulte excesiva para el niño. Para aquellos por encima de los diez años, estas pruebas pueden despertar el rechazo por ser consideradas demasiado “infantiles”, salvo que se haya creado una buena relación terapéutica que permita utilizarlas.

No obstante, también debemos referirnos a un posible hándicap. Es un hecho señalado repetidamente que la mayoría de las pruebas de evaluación de apego están muy centradas en el ámbito de la investigación, y que son poco aplicables a la clínica. Los obstáculos a los que se

puede enfrentar el clínico son muy numerosos: algunas pruebas demandan mucho tiempo en su aplicación y/o corrección, otras están centradas en poblaciones muy específicas y han tenido poco recorrido más allá de algún estudio de investigación, y algunas resultan poco accesibles a efectos prácticos (es necesario remitirse a los creadores, a veces imponen un proceso de formación y acreditación para permitir su uso...). Frente a ello, el clínico que busca hacer un trabajo ágil y práctico, puede sentirse muy frustrado, y de hecho se ha reclamado un avance en la creación de pruebas más adaptadas al mundo clínico, o en el desarrollo de aplicaciones ajustadas a éste (Emde, 2007; Murray, 2007; Robinson, 2007). Aunque no de una manera tan destacada como en otros formatos de evaluación del apego (pensemos en el Procedimiento de Situación Extraña o en la Attachment Adult Interview, tremendamente exigentes en cuanto a condiciones de aplicación, requisitos de acreditación y demandas de tiempo en su administración y corrección), en las narrativas de apego podemos encontrar pruebas poco accesibles. Hagamos un pequeño repaso de su historia y tras ella haremos una propuesta con la que intentaremos animar a los clínicos a usar de una forma creativa una de estas pruebas.

Una propuesta: Attachment Story Completion Task (ASCT)

El contexto y un poco de historia.

Un hito fundamental en el desarrollo de estas pruebas es la MacArthur Story Stem Battery (MSSB) de Bretherton, Oppenheim y Emde. Surgió a partir de un proyecto amparado por la MacArthur Foundation, cuando los investigadores del grupo de trabajo descubrieron su interés común en usar procedimientos de narración de historias para explorar el mundo interno del niño. Basándose en los pioneros de la terapia de juego psicoanalítica (Anna Freud, Winnicott, Erikson...), impulsados por los nuevos conocimientos acerca de las grandes capacidades infantiles hasta ese momento desconsideradas, e inspirados por la Teoría del Apego, se embarcaron en el estudio y el desarrollo de un instrumento propio (Bretherton y Oppenheim, 2003). Antes de esta prueba ya existían otras (algunas de las cuales fueron tomadas como referencia) y posteriormente surgieron más (véase una revisión bien contextualizada en el marco general de evaluación de apego infantil en Román, 2011; y una revisión más centrada en pruebas narrativas en Bettmann y Lundahl, 2007).

Una de las pruebas que fueron tomadas como referencia fue la Attachment Story Completion Task (ASCT). Es el resultado de distintas aportaciones de poca continuidad, publicadas en textos de difícil acceso, y protagonizadas por una serie de investigadores (fundamentalmente I. Bretherton, D. Ridgway y J. Cassidy), muchos de los cuales formaban parte del proyecto amparado por la MacArthur Foundation, de ahí que gran parte del contenido de la ASCT fuera incorporado a la MSSB. La idea de partida fue dejar de usar dibujos para estimular la creación de relatos infantiles, y pasar a utilizar muñecos; y dado que las investigaciones en las que estaban implicados giraban alrededor del apego, los escenarios y sus historias estarían relacionadas con éste. Así, escogieron cinco historias, relativas a los temas propios del apego (un contratiempo, el miedo, el dolor, la separación y la reunión), y para todas ellas la prueba ofrece un inicio, tras el cual se le pide al niño que continúe el relato.

Existen dos grandes motivos por los que hemos optado por utilizar esta prueba:

- nuestro interés clínico nos ha dirigido hacia pruebas cortas y de fácil aplicación, y la ASCT cumple claramente estas características.
- las historias construidas en esta prueba están muy centradas en el apego, a diferencia de los instrumentos que intentan abarcar otros ámbitos del funcionamiento infantil (por ejemplo, el desarrollo moral).

La prueba.

Como en el resto de pruebas de este tipo, se le pide al niño que finalice una serie de historias que han sido comenzadas por el evaluador. En todas las historias habrá dos niños, uno de cada sexo, y escogeremos como protagonista al del mismo sexo que el paciente. Lo que tienen en común todas las historias es que reproducen situaciones en las que suele activarse el sistema de apego. En concreto se trata de las siguientes:

0. “Fiesta de cumpleaños”. Es una historia introductoria, a modo de “calentamiento”, por lo que no está diseñada para activar conductas de apego.

1. “Historia del zumo derramado”. En este caso un niño es confrontado con una situación adversa en la que la figura de apego puede asumir una función de cuidado y/o de autoridad.

2. “Historia de la herida en la rodilla”. El niño sufre una caída y experimenta dolor.

3. “Historia del monstruo en la habitación”. En este

caso es un miedo infantil lo que activa la conducta de apego.

4. “Historia de la partida de los padres”. La separación de los padres aparece aquí como el estímulo disparador.

5. “Historia de la reunión”. Como parte complementaria de la separación, asistimos a una escena de reunión tras aquélla.

Los materiales que requiere la prueba son sencillos, porque se busca simplemente que permitan representar esas situaciones. Así, se necesita:

1. Unos muñecos que representan la familia protagonista: la madre el padre, la abuela y dos hijos (uno de cada sexo). El padre, la madre y los dos hijos serán utilizados en todas las historias, y la abuela se sumará a los demás en la introductoria, y en la cuarta y la quinta. Posiblemente los juguetes más convenientes sean los de tipo Playmobil.

2. Algunos accesorios para representar las historias: tarta de cumpleaños, mesa, vasos, césped, roca, cama y un coche.

Las historias comienzan de la siguiente manera:

0. Historia introductoria: fiesta de cumpleaños

Dado que es una historia introductoria, es planteada como neutra en términos de apego. Se utiliza para situar al niño en el contexto, presentar a los personajes, y mostrar la dinámica del procedimiento. Se utilizan los miembros de la familia, una mesa y un pastel de cumpleaños. El evaluador propondrá una historia parecida a la siguiente:

Fíjate en la mesa y en este pastel. Lo ha hecho la mamá porque hoy es un día muy especial, es el cumpleaños de uno de los niños. Y la mamá dice “Abuela, papá, chicos, vamos a celebrar una fiesta de cumpleaños”.

Y se pregunta al niño qué pasará a continuación.

1. Historia del zumo derramado.

La historia representa a la familia (el padre, la madre, y los dos niños) sentados a la mesa, y en ésta se va producir “un pequeño drama”.

La familia está sentada a la mesa, y entonces el niño va a coger su vaso de zumo, y sin querer se le cae encima del mantel. Entonces la madre le dice “¡has vertido el zumo encima del mantel!”.

Y como siempre, se le pregunta al niño qué pasará luego.

2. Historia de la herida en la rodilla.

La historia representa a la familia paseando por

el parque. Por ello, necesitaremos a la familia con algún elemento que permita representar ese escenario, incluyendo un obstáculo en el que el protagonista se va a tropezar; cuando esto ocurra, con voz que refleje dolor dirá “Mamá, papá, me he hecho daño en la rodilla”.

3. Historia del monstruo en la habitación

En esta historia la familia se encuentra en casa, y la madre lleva o manda al protagonista a la cama. Necesitamos por tanto a la familia y una cama. Una vez en la cama, el niño dirá con voz de alarma “Mamá, papá, hay un monstruo en la habitación”.

4. Historia de la partida de los padres

En esta historia la madre, acompañada del padre, y dirigiéndose a los niños y a la abuela, dirá “Niños, papá y yo vamos a hacer un viaje y nos marchamos ahora; volveremos mañana, y mientras tanto la abuela se quedará con vosotros”. A continuación, los padres se van.

5. Historia de la reunión

Con los mismos materiales de la historia anterior, el evaluador dirá que es un nuevo día, que la abuela está mirando por la ventana, y dice “Niños, papá y mamá vuelven de su viaje”; los padres se acercan, y el examinador pregunta a los niños qué pasará luego.

Una forma de interpretar la prueba.

Cuando se habla de tipos de apego resulta inevitable remitirse a la clasificación ya clásica que distingue entre apegos: a) seguro; b) inseguro-evitativo; y c) inseguro-ambivalente; y posiblemente se tenga que añadir una cuarta categoría, la de apego desorganizado. Esta clasificación, que parte de los estudios de Ainsworth con el conocido procedimiento de la Situación Extraña, se ha convertido en canónica y en una referencia ineludible. En efecto, nos proporciona unas estrategias conductuales que pueden ser identificadas ya al año de edad, y que seguirán siendo unos ejes básicos en la organización del sistema de apego el resto de la vida. No obstante, esta conocida clasificación puede tener limitaciones y llevarnos a errores.

Estos estilos de apego (seguro, evitativo, ambivalente, desorganizado) son estrategias de adaptación a un ambiente concreto, más específicamente, a una relación determinada con un cuidador. Por tanto, no son rasgos de personalidad, de ahí que un niño pueda mostrarse seguro con un progenitor y evitativo con otro. En términos de narrativas, contará con distintas “historias” internas para

explicarse las relaciones interpersonales en momentos de vulnerabilidad. Esto no es incompatible con la idea de que algunos niños (y adultos) puedan limitar ese rango de posibilidades, de modo que respondan de una forma rígida, ajustándose repetidamente a un estilo específico de apego. ¿Por qué sucedería esto? ¿Por qué se pierde la versatilidad que otorga contar con distintos formatos de relación?

Conforme el niño crece, si está expuesto de forma generalizada y consistente a un tipo de ambiente, es posible que la estrategia contextual se consolide tanto, que acabe apareciendo como un rasgo de personalidad; es más, en cuanto que a veces podemos elegir con quién nos relacionamos, es posible que busquemos personas que se adapten a nuestro estilo; finalmente, sabemos que podemos “forzar” al otro a acoplarse a un tipo de interacción que hace funcional mi estilo de apego; así, un niño con un estilo predominante evitativo, puede responder con distancia inicial a los acercamientos adultos, ante lo cual ese adulto podría adoptar una actitud distante o incluso hostil... reforzando así el estilo evitativo del niño. La conclusión de todo esto es que no debemos buscar rasgos de personalidad, sino estrategias de las que el niño dispone, que podrán ser usadas o no, y cuyo uso preferencial va a determinar el estilo de apego.

En segundo lugar, debemos considerar que conforme el niño crece, la complejidad y versatilidad de sus estrategias conductuales van a hacer que la clasificación seguro-evitativo-ambivalente-desorganizado se muestre demasiado simple, o al menos insuficiente. De hecho, en las pruebas que estimulan la narrativa infantil, con niños ya mayores de 4-5 años, algunas de las clasificaciones que encontramos en la literatura frecuentemente abandonan esa división tradicional y usan otras categorías.

Considerando las referencias bibliográficas en torno a la ASCT, el fundamento teórico que la sostiene, y cierta experiencia de uso, nos atreveríamos a proponer los siguientes criterios de valoración:

1. Atendiendo a las narraciones de los niños, posiblemente podamos establecer con cierta seguridad una distinción seguro-inseguro-desorganizado; por el contrario, distinguir dentro de la categoría “inseguro” entre evitativo y ambivalente supondría un salto arriesgado: en niños de esta edad es habitual encontrarse estrategias de los dos tipos, y además algunas conductas no son fáciles de adscribir a una u otra. Es posible que podamos encontrar esta postura en una de las pocas adaptaciones de la ACST a nuestro país, la que ofrece Cantero (2006);

ésta distingue entre apego muy seguro, apego seguro-marginal y apego inseguro (aunque en este último se permite apuntar algunos elementos que apuntarían a la evitación, la ambivalencia y la desorganización); por el interés que pudiera tener para aquellos interesados en una codificación de este tipo, la incluimos en la Tabla 1.

-Tabla 1-

Tabla 1. Clasificación de Cantero (2006)	
VALORACIÓN DE LAS HISTORIAS	DIAGNÓSTICO
El niño resuelve la tarea de forma muy fluida y con respuestas apropiadas en las cinco historias	APEGO MUY SEGURO
El niño da respuestas no apropiadas, en términos de inseguridad, en 1 o 2 historias	APEGO SEGURO MARGINAL
El niño da respuestas no apropiadas, en términos de inseguridad, en 3 o más historias:	APEGO INSEGURO
• Respuestas muy defensivas, "no sé", evitación de la tarea en tres o más historias	Evitativo
• Respuestas raras o inapropiadas en tres o más historias	Desorganizado
• Respuestas inseguras en tres o más historias pero cada una de un tipo, por ejemplo, en una historia muestra evitación, en otra historia respuestas extrañas, en otra agresividad	Desorganizado
• Respuestas de enfado, cólera y agresividad del niño hacia los demás, en tres o más historias	Ambivalente
• Mucha ansiedad de separación en la historia de la separación y respuestas de enfado en la historia de la reunión	Ambivalente

2. Podría resultar útil atender a los "indicadores" de seguridad, inseguridad y desorganización, tal como se hace en pruebas como la Story Stem Assessment Profile (Román, 2010). Es decir, atender a manifestaciones concretas que indican esos estilos de apego, sin preocuparse tanto en encajar al niño en un estilo concreto de apego.

Considerando estas aportaciones, nos atreveríamos a ofrecer estas guías de valoración de las narrativas que un niño nos va a proporcionar en la ACST:

-Apego seguro. Da lugar a historias donde el malestar del niño recibe una respuesta adecuada por parte de los adultos, en el sentido de protegerle y aliviarle. De forma más concreta podemos analizar historia por historia:

- Historia del zumo derramado. Algún adulto lleva a cabo alguna acción dirigida a solucionar el problema (es decir, limpiar lo ensuciado y volver a disponer de zumo), ya sea por propia iniciativa o porque el niño pide ayuda. Aunque pueda aparecer alguna conducta sancionadora, no es desproporcionada y no impide la acción reparadora.
- Historia del parque. Algún miembro de la familia tiene en cuenta el dolor del niño y hace algo para solucionar el problema (le localizan, le curan, le procuran ayuda, le calman...). Aunque pueda aparecer alguna conducta sancionadora, no es desproporcionada y no impide la acción reparadora.
- Historia del monstruo. Algún miembro de la familia interviene para atender el miedo del niño (acude a su habitación, le consuela, le tranquiliza, le libra del monstruo...). Si es el niño el que sale de la habitación en busca de sus padres, el apego seguro se reflejará en que aun así los padres hacen algo para atender a ese miedo y librarle de él.
- Historia de la separación. El niño acepta la separación, no manifiesta una excesiva ansiedad y/o usa alguna estrategia de afrontamiento para gestionarla (jugar, comer, recibir el cuidado sustituto de la abuela...).
- Historia de la reunión. El reencuentro es positivo y reconfortante para el niño, lo que se refleja en saludos de bienvenida, expresiones de afecto hacia los padres, una respuesta de tranquilización frente a la angustia anterior, o el despliegue de actividades conjuntas (irse a jugar o a comer juntos...)

Algunos marcadores que apuntan a la existencia de una estrategia propia del apego seguro serían: el niño busca ayuda, el hermano ayuda, el adulto consuela, el adulto ayuda, el adulto protege, y asistimos a escenas agradables de la vida doméstica.

- Apego inseguro. Para entender las historias que caracterizarían a un apego inseguro debemos tener en cuenta una idea central en cuanto al apego. Un niño que no ha desarrollado un modelo de apego seguro, ante la activación del sistema de apego se va a encontrar en un ámbito de funcionamiento problemático. En efecto, sus vivencias de vulnerabilidad no son validadas, y además no va a recibir la protección demandada. Por tanto, es posible que la activación del sistema de apego (en su

vida cotidiana o a través de la estimulación mediante una prueba de evaluación) despierte angustia. Y que por ello aparezcan respuestas erráticas o evitativas. Y así, encontraremos que el niño:

a) Se bloquea y no responde, o finaliza las historias abruptamente.

b) Intenta evitar la tarea (p.e. insiste en que le cuenten otra historia, dice que esa historia no le gusta, responde reiteradamente con “no sé”, se limita a señalar los personajes, etc.)

Por tanto, estas respuestas apuntan a un apego inseguro. En algunas ocasiones, encontraremos que el niño sí revela unos esquemas más claros en la línea de la evitación o de la ambivalencia, a veces equilibrados (en unos momentos recurre a una estrategia, y en otros momentos recurre a otra); otras veces las estrategias estarán dirigidas claramente hacia un estilo (evitativo o ambivalente). Así:

- Si el niño ha interiorizado un Modelo Operativo Interno que implica que el otro no está disponible y que uno mismo debe apañárselas, ofrecerá respuestas propias de un apego evitativo. En sus historias el niño no pedirá ayuda y no echará de menos a los adultos, y los cuidadores no responderán con una actitud de protección y cuidado (sino más bien con distancia, negligencia u hostilidad).

- Si el niño ha interiorizado un Modelo Operativo Interno que implica que el cuidador es poco predecible, que resulta inconstante, y que por tanto podría ayudar o no, y que frecuentemente será necesario ser muy demandante para lograr su ayuda, ofrecerá respuestas propias de un apego ambivalente. En el núcleo de las historias aparecerá un cuidador poco fiable, ante quien el niño se vivencia desamparado y hacia el que debe expresar intensamente su demanda de cuidado, ya sea de forma colérica o subrayando su vulnerabilidad. ¿Cómo se refleja esto en las historias?:

- con énfasis en la vulnerabilidad del niño y/o la generación de demandas imperiosas de cuidado.
- con dificultades para calmarse cuando se recibe la protección y el cuidado tras una crisis.
- con expresiones de cólera o enfado hacia los adultos.
- en la historia de la separación, es evidente la ansiedad que provoca el alejamiento de los padres: el protagonista llora, no acepta la separación (insiste en que no se han ido, fuerza la historia para que el niño se vaya con ellos...), el estado emocional que le sigue es muy displacentero, es

incapaz de vincularse en una actividad gratificante, tiene un comportamiento problemático...

- en la historia de la reunión, el protagonista tiene dificultades para recibir a los padres de forma cálida; más bien mostrará una rabieta, les agradecerá, estará irritable...

- Apego desorganizado. Los elementos que pueden caracterizar este tipo de apego girarán en torno a la desorganización del discurso, la presencia de contenidos sumamente anómalos (por la violencia o lo inexplicable de la conducta), o la sustitución del sistema de apego por otros alternativos (fundamentalmente el relacionado con el control agresivo del entorno). Así, algunos indicadores de este tipo de apego serán:

- Historias incoherentes, desorganizadas, no relacionadas con el contenido propuesto, o donde aparecen personajes no incluidos en el relato iniciado por el evaluador.
- Uso simultáneo de estrategias poco compatibles entre sí (evitativas y ambivalentes).
- Falta de ajuste entre lo que se cuenta y la expresión emocional que le acompaña (por ejemplo, reírse ante una escena dramática).
- Inclusión de conductas parentales claramente inapropiadas (violentos, muy negligentes...).
- Expresión de violencia desproporcionada por parte del protagonista.

Como podrá comprobarse en relación a estos criterios, se mantiene una doble mirada: al contenido y a la forma de la comunicación. En efecto, lo que le ocurre a los personajes puede dar indicaciones valiosas sobre cómo se representa el niño una situación de activación del apego. Pero al mismo tiempo, los patrones de apego están en la base de la propia organización del pensamiento, y por tanto del discurso. Éste es el fundamento de pruebas de evaluación tan reconocidas como la Adult Attachment Interview (AAI), donde lo realmente importante no es lo que el paciente dice sino cómo lo dice. Volviendo a la ACST, esto significa atender a la coherencia narrativa (la habilidad del niño para abordar y resolver el conflicto que se le ha planteado en la prueba, mientras se hilaba una historia que le dé sentido), la desorganización (si existen respuestas incoherentes o que muestren una agresión descontrolada, en la medida en que esto sugiere que los procesos cognitivos se ven arrollados por emociones muy intensas) y la evitación (reflejado en un abordaje que

soslaya la tarea -se ofrece un relato desconectado del que propone la prueba- o más directamente en un rechazo a elaborar una historia) (Robinson, 2007).

Debemos finalizar con una advertencia ya apuntada antes. Al igual que ocurre en otros ámbitos de funcionamiento psicológico, es posible encontrar “casos puros”, fáciles de adscribir a una categoría determinada. Pero es muy habitual encontrar casos mixtos. Esto adquiere una especial relevancia en la medida en que pensemos en las manifestaciones de apego como estrategias de manejo de relaciones interpersonales en unas situaciones específicas; desde esta consideración de los tipos de apego como formas preferenciales de actuar, más que como rasgos de personalidad, podemos entender que la mayoría de las personas tendremos a nuestra disposición un catálogo de estrategias (seguras, evitativas, o ambivalentes); posiblemente las personas más sanas sean aquellas que cuentan con cierta flexibilidad, de modo que puedan usar una u otra en función de las circunstancias; las personas más “insanas” estarían asentadas rígidamente en alguna forma de estrategia de inseguridad. Finalmente, el apego desorganizado se entendería como una forma de colapso: la incapacidad de usar una forma organizada de gestión de la vulnerabilidad. En relación a la ACST esto va a implicar que a lo largo de las distintas historias podrán surgir rasgos de los cuatro tipos de apego. Es más, en el caso de los niños que tienden al apego desorganizado, es habitual que comiencen con historias propias de un apego inseguro, y que conforme va avanzando la prueba (y se va exponiendo a más situaciones angustiosas), sus relatos se vayan desorganizando (en forma y contenido), y será sólo al final cuando quede en evidencia esta forma de apego.

CONCLUSIONES

La Teoría del Apego ha experimentado un desarrollo muy fructífero como teoría evolutiva, pero sus aplicaciones clínicas han ocupado hasta ahora un lugar secundario, dejándose así de aprovechar un rico bagaje de conocimientos cuya utilidad para los clínicos resulta evidente. Afortunadamente contamos con líneas actuales de desarrollo que nos están mostrando esa riqueza contenida dentro de la Teoría del Apego. De todas ellas hemos elegido una, la surgida de la feliz confluencia de las aportaciones en torno a las narrativas como modos básicos de organización de la vida mental, y el apego como una dimensión básica del desarrollo humano. Su concreción en una prueba de evaluación (la ASCT)

nos ha permitido conocer un instrumento con el que acercarnos a las representaciones internas de apego en la edad escolar; pero también nos ha ayudado a profundizar en el desarrollo del sistema de apego durante esos años tan importantes para el desarrollo de un ser humano.

Finalmente debemos hacer una invocación al desarrollo de una actitud particular en el uso de estas pruebas de evaluación. Frente a los obstáculos que algunos de sus creadores imponen (instrumentos muy orientados a la investigación, dificultad de acceso a ellos...) hemos optado por la búsqueda y adaptación de pruebas que resulten convenientes y accesibles en entornos clínicos; de igual manera, hemos apostado por una actitud basada en la búsqueda de precisión en la comprensión teórica y de creatividad en su aplicación práctica. Es decir, no ajustarse excesivamente al rigor testológico, y compensar esta flexibilidad a través de un conocimiento profundo y riguroso de las dimensiones conductuales básicas que configuran el sistema de apego.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettmann, J.E., y Lundhal, B.W. (2007). Tell me a story: a review of narrative assessments for preschoolers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24, 455-475.
- Bretherton, I., y Oppenheim, D. (2003). The MacArthur Story Stem Battery: development, administration, reliability, validity, and reflections about meaning. En R.N. Emde, D.P. Wolf y D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 55-80). New York: Oxford University Press.
- Cantero, M.J. (2006). *Apego infantil: evaluación y posibles líneas de intervención*. VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Santander, Noviembre de 2006.
- Emde, R.N. (2003). Early narratives: a window to the child's inner world. En R.N. Emde, D.P. Wolf y D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.
- Emde, R.N. (2007). Engaging imagination and the future: frontiers for clinical work. *Attachment & Human Development*, 9, 295-302.
- Fonagy, P., y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.

- Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de Personalidad*. México D.F.: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2005). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Barcelona: Paidós.
- Liotti, G. (2008). La relación terapéutica con el paciente borderline: un análisis en términos de desorganización del apego. En S. Yáñez (comp.), *La Teoría del Apego en la clínica, I. Evaluación y clínica* (pp. 163-186). Madrid: Psimática.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: an illustration of the contributions of Attachment Theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 21*, 232-252.
- Murray, L. (2007). Future directions for doll play narrative research: a commentary. *Attachment & Human Development, 9*, 287-293.
- Robinson, J.L. (2007). Story stem narratives with young children: moving to clinical research and practice. *Attachment & Human Development, 9*, 179-185.
- Román, M. (2010). *El apego en niños y niñas adoptados. Modelos internos, conductas y trastornos de apego (Tesis Doctoral)*. Universidad de Sevilla
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica, 8*(2), 27-38.
- Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wolf D.P. (2003). Making meaning from emotional experience in early narratives. En R.N. Emde, D.P. Wolf y D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives* (pp. 27-54). New York: Oxford University Press.
- Yáñez, S. (2008). La Teoría del Apego como marco de referencia en clínica: aplicaciones clínicas de la Teoría del Apego. En S. Yáñez (comp.), *La Teoría del Apego en la clínica, I. Evaluación y clínica* (pp. 55-94). Madrid: Psimática.