

UNA FORMULACIÓN FUNCIONAL FAMILIAR USANDO EL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y ADAPTACIÓN

A FAMILY FUNCTIONAL FORMULATION USING THE DYNAMIC MATURATIONAL MODEL OF ATTACHMENT AND ADAPTATION

Inés Valero Rivas

Psicóloga General Sanitaria

CEPA: Centro Especializado en Psicoterapia y Apego, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Valero Rivas, I. (2018). Una Formulación Funcional Familiar usando el Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 21-37.

Resumen

El concepto de apego se está convirtiendo en un tema importante para los profesionales de la Psicología y otras disciplinas afines, aunque este sea un constructo que se ha venido usando de una manera muy difusa. Este artículo aspira a introducir lo que la perspectiva teórica del Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación desarrollado por Patricia Crittenden puede ofrecer a los terapeutas como alternativa al modelo ABC+D, más conocido y usado por los profesionales en general. De este modo, se presentan los instrumentos de evaluación, diseñados según las edades evolutivas, que se pueden utilizar dentro de este enfoque del apego, detallando algunos de ellos, para después describir cómo este modelo puede guiar la formulación de casos en torno a ideas como el procesamiento de la información y la protección del peligro. Como ejemplo, se presenta en detalle una Formulación Funcional Familiar, con una madre y sus dos hijas involucradas con los Servicios Sociales en España.

Palabras clave: Apego, Modelo Dinámico Maduracional, Formulación Funcional Familiar, estrategias de auto-protección



Abstract

Attachment is becoming an important topic for psychologists and professionals from related areas, although this is a construct that has been used very vaguely by professionals. This paper aims to introduce what the theoretical approach of the Dynamic Maturational Model of Attachment and Adaptation developed by Patricia Crittenden can offer to therapists as an alternative to the more known and widely used by professionals ABC+D model. Therefore, it presents the developmentally designed assessment tools that can be used within this attachment approach, detailing some of them, to then describe how the model can guide case formulation around the ideas of information processing and protection from danger. As an example, a Family Functional Formulation, with a mother and her two daughters involved with Social Services in Spain, is presented in detail.

Keywords: Attachment, Dynamic Maturational Model, Family Functional Formulation, self-protective strategies

Introducción

Este es un artículo centrado en cómo los terapeutas podemos usar lo que sabemos acerca del apego y su evaluación para diseñar tratamientos psicológicos individualizados para las familias. Introduciré el Modelo Dinámico Maduracional (DMM, a partir de ahora) del Apego y Adaptación desarrollado por Patricia Crittenden, algunas de sus entrevistas de evaluación; y cómo, el concepto de Formulación Funcional Familiar, puede guiar nuestra intervención, a través de un estudio de caso de una familia atendida en los Servicios Sociales españoles.

Espero que los lectores sientan curiosidad acerca de lo que este modelo, sus herramientas de evaluación y sugerencias de intervención pueden ofrecer.

Apego y el DMM

Tal y cómo muestra este monográfico, el apego se ha convertido en un tema importante para la psicoterapia e investigación. Sin embargo, desde la perspectiva del DMM, este es un constructo que, simultáneamente, se usa de manera imprecisa (Crittenden, 2016).

Este artículo se basa en el método de codificación y clasificación del DMM, en contraste con el modelo, más conocido, ABC+D (para una discusión en profundidad acerca de sus diferencias, consultar Landa y Duchinski, 2013).

El DMM sintetiza el conocimiento derivado de diferentes disciplinas y se organiza alrededor de la protección del peligro. Centrado en el desarrollo, la diversidad y el cambio, usa un enfoque basado en las fortalezas. Es decir, asume que las personas, como expertas en adaptación, desarrollan la mejor estrategia de apego posible para resolver sus problemas dadas las condiciones a las que se enfrentan cuando crecen.

El apego se considera tanto una relación única como un patrón de procesamiento de la información y comportamiento, cumpliendo una doble función: proteger el yo a lo largo de la vida y aumentar las oportunidades reproductivas en la edad adulta (Crittenden, 2008). Por tanto, el apego es una característica relacional –no individual–, donde las personas desarrollan una estrategia protectora dependiendo de: 1) la naturaleza del peligro al que estuvieron expuestas, 2) las señales necesarias para elicitación de cuidados y protección y 3) su madurez evolutiva en ese momento.

El DMM diferencia entre tres **estrategias** básicas (A, B y C, tal y como las identificó Mary Ainsworth) y varias sub-estrategias (A1-8, B1-5 y C1-8) incluyendo combinaciones entre ellas (A/C). Cada estrategia es diferente en relación a cómo se procesa mentalmente la información cognitiva, afectiva y somática –siendo el resultado de todo esto lo que llamamos representaciones disposicionales (DRs)– que combinadas, motivan y organizan el comportamiento final del sujeto en una determinada dirección.

El DMM organiza las diferentes maneras en las que las personas representan su relación con el mundo a través de ocho **sistemas de memoria** (somático, habla

corporal, procedimental, imágenes, semántico, lenguaje connotativo, episódico e integración reflexiva). Algunos de estos sistemas son implícitos y pre-verbales, algunos explícitos y verbales y otros corresponden con el nivel de integración cortical.

Este modelo se representa con un círculo (ver Figura 1) dónde las personas que usan una estrategia B integran sin sesgos los diferentes tipos de información; las personas que usan una estrategia tipo A están sesgadas hacia la información cognitiva y aquéllas que usan una estrategia C están sesgadas afectivamente. Estas transformaciones de información pueden identificarse gracias a las herramientas de evaluación diseñadas por el DMM.

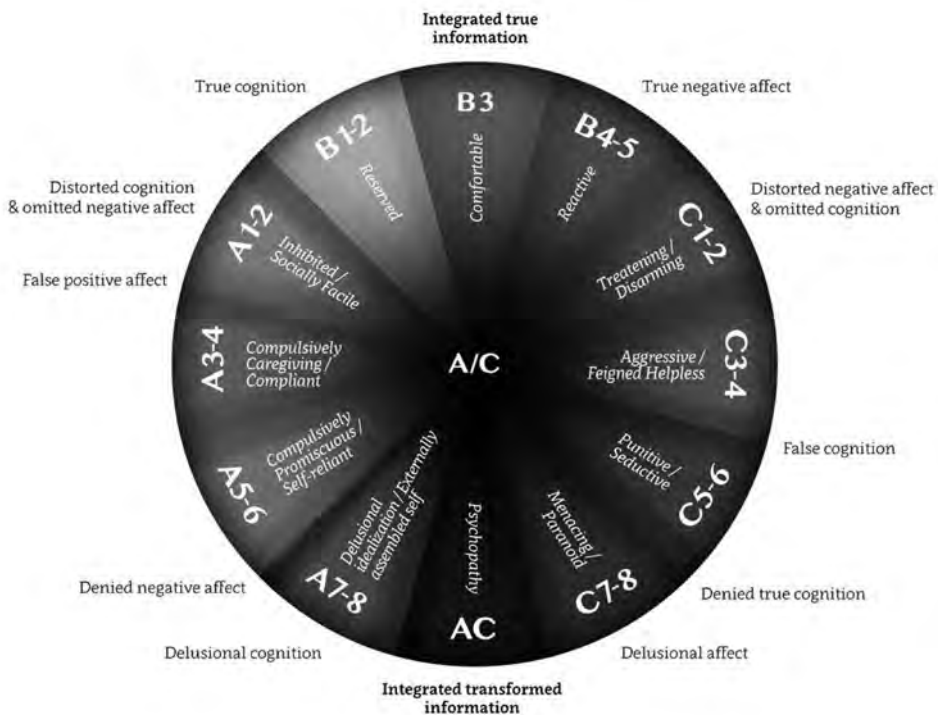


Figura 1. Patrones de apego según el Modelo Dinámico Maduracional en la edad adulta.

© Patricia Crittenden, publicado con permiso de la autora

Finalmente, me gustaría mencionar algunos elementos controvertidos de este marco teórico: 1) el DMM no usa la categoría Desorganización (D); sino que cada individuo se considera organizado, ya sea adaptativa o desadaptativamente, aunque esto pueda ser difícil de comprender sin una evaluación apropiada; 2) las personas no necesitan una base segura para sobrevivir y, por tanto, el objetivo terapéutico no es necesariamente que la estrategia de apego se redirija hacia B; de hecho, desde este

enfoque, usar una estrategia protectora del yo no-B puede ser más seguro para alguien que viva bajo circunstancias peligrosas; y 3) dentro de esta perspectiva, resulta inexacto decir que alguien tiene o no tiene apego, mayor o menor cantidad de éste, un apego pobre o un trastorno del mismo.

Instrumentos de evaluación DMM

Todos los procedimientos del DMM ayudan a comprender los procesos y patrones psicológicos fundamentales de las personas evaluadas; así, se ofrecen clasificaciones identificables que simultáneamente reconocen las diferencias individuales (Crittenden et al., 2014). Cada prueba tiene una estructura interna que cuidadosa y progresivamente introduce elementos/preguntas inesperadas, moderadamente amenazantes, que eliciten la estrategia de protección del yo de la persona. De este modo, los ítems no están diseñados para su uso por separado y la persona a evaluar no debe conocer por adelantado el instrumento.

Estos procedimientos son complejos y no ofrecen una respuesta rápida y fácil a nuestras preguntas. Los profesionales que los usan necesitan una formación extensa, no se aprende simplemente leyendo un manual, y el proceso de codificación y clasificación conlleva asimismo mucho trabajo. De hecho, en un mundo ideal, éste debería ser ciego, es decir, llevado a cabo por alguien que no dispone de información previa acerca del entrevistado.

Esto puede parecer excesivo en tiempo y costes, hasta el punto de no ser factible para un terapeuta, pero desde la perspectiva del DMM, si el constructo del apego es usado como algo importante en la práctica diaria, entonces debe ser evaluado adecuadamente.

El proceso colaborativo que sucede cuando se usan estos procedimientos es también beneficioso: no sólo marca el comienzo de una nueva relación entre el profesional y cada miembro de la familia, que comparte su historia mientras es aceptado y escuchado, sino que también hace que el psicólogo aprenda cómo interactuar mejor terapéuticamente con ellos.

Crittenden ha desarrollado una secuencia evolutiva de pruebas de evaluación del apego y estrategias de protección del yo vinculadas al DMM: El CARE-Index para infantes (ICI) y niños pequeños (TCI), la Situación Extraña (SSP, originalmente diseñado por Ainsworth, pero con algunas variantes), la Evaluación del Apego Preescolar (PAA), la Evaluación del Apego en Edad Escolar (SAA), la Entrevista del Apego en la Transición a la Edad Adulta (TAAI) y la Entrevista del Apego Adulto (AAI, modificada del original de George, Kaplan y Main en 1986). Para cumplir con los objetivos de este artículo, voy a describir brevemente el SAA y el AAI.

El SAA (Family Relations Institute, 2018) consiste en un conjunto de siete tarjetas en blanco y negro (salir solo de casa, ser rechazado por el mejor amigo/a, mudarse a un nuevo barrio, acoso escolar, el padre se marcha de casa, escaparse de casa y la madre se va al hospital) representando amenazas habituales que los niños en edad escolar pueden encontrarse o imaginarse.

Al menor, entre 7 y 14 años, se le pide que cuente una historia imaginaria acerca del niño/a de la tarjeta y después que recuerde un episodio similar en su vida. Por cada historia, el menor ofrece una secuencia de lo sucedido (información cognitiva), sus sentimientos (información afectiva), sus pensamientos acerca de los sentimientos y pensamientos de sus figuras de apego (toma de perspectiva), las razones de su comportamiento y qué podría hacer diferente en el futuro (funcionamiento reflexivo).

La entrevista se graba en audio y transcribe para ser anotada, en busca de marcadores específicos del discurso en cada uno de los sistemas de memoria.

El **AAI** (George, Kaplan y Main, 1996; Crittenden y Landini, 2011) es una entrevista para adultos con preguntas, que van de lo general a lo específico, en relación con el peligro físico y psicológico.

El objetivo de la entrevista es evaluar la estrategia de protección del yo y el patrón de procesamiento de información de la persona siguiendo el método DMM: la memoria procedimental se evalúa a través de la relación con el entrevistador, de los marcadores del discurso y de la expresión de afecto no verbal; la memoria de imágenes se explora preguntando a la persona por su primer recuerdo, junto con una serie de preguntas de seguimiento en otras partes de la entrevista; la memoria semántica se evalúa preguntando por cinco palabras o frases descriptivas de la relación con cada progenitor e indagando acerca de situaciones de la infancia moderadamente amenazantes; el lenguaje connotativo se considera analizando el tipo de palabras usadas a lo largo de la entrevista; la memoria episódica se sondea al preguntar por recuerdos específicos por cada una de las palabras descriptivas y las amenazas mencionadas; y finalmente, la integración reflexiva se explora con preguntas de tipo “por qué”, que invitan a la persona que responde a relacionar las diferentes partes de la entrevista para así extraer conclusiones coherentes y útiles para el futuro (Crittenden y Landini, 2011).

Usando marcadores procedimentales del discurso, en lugar de prestar atención al contenido de la entrevista, cada herramienta permite que comprendamos las transformaciones de información de cada individuo, su estrategia de protección y problemas ocultos, inesperados o innombrables, que puedan afectarles en la conexión entre el pasado, el presente y el futuro.

En resumen, las evaluaciones del apego no son tests, es decir, no disponen de una clave mostrando las respuestas correctas ni pueden completarse exitosamente ni fallarse. Tampoco son herramientas basadas en el juicio clínico ni en la opinión experta, ya que sí ofrecen procedimientos estandarizados y métodos específicos de clasificación –existiendo incluso un protocolo forense estandarizado (IASA, 2018).

Formulación Funcional Familiar (FFF)

Todo el proceso de evaluación se orienta a la comprensión de la dinámica familiar y a reducir el riesgo de daño, mientras se desarrolla una guía para la intervención. Por tanto, el resultado de la evaluación es una hipótesis de trabajo de

cómo esa persona, diada o familia funciona en la actualidad con mayor probabilidad, cómo se llegó a este punto, cómo ha ido progresando la situación y cómo se mantiene esta dinámica. Así, se debe encontrar un equilibrio entre la comprensión de la realidad desde la perspectiva de cada familiar, algo que no es siempre fácil cuando diferentes miembros de la familia tienen necesidades contrapuestas. Esto es lo que el DMM llama la *disposición representacional del profesional* (Crittenden y Dallos, 2014), algo que, gracias al trabajo posterior con la familia, se podrá refinar.

Para ayudar en este proceso el DMM propone (Crittenden et al., 2014) que al trabajar con familias y, especialmente, con el objetivo de mejorar el bienestar de los menores, debemos evaluar: 1) a todos los que viven juntos, no solamente aquellos identificados como el problema y 2) no solamente el apego de los menores hacia sus padres, sino también la organización psicológica de éstos y el funcionamiento familiar. Esto se debe a que sabemos que cambiar el comportamiento de los progenitores –en lugar de sólo cambiar el del niño/a– conlleva mejores resultados para los menores y, también, porque somos conscientes de que el cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta al resto.

Por tanto, una FFF en el DMM comienza con la administración y clasificación de las pruebas de evaluación descritas, según sea apropiado para cada familiar. Es importante recordar que estos protocolos han sido desarrollados para trabajar con información verbal y no verbal, por lo que el individuo, la diada o familia no saben cómo se mide la información, aunque sí controlan su contenido.

Después, el terapeuta comienza el proceso de integración reflexiva al buscar las discrepancias, interacciones y confluencias entre los diferentes resultados, en torno a lo que el DMM llama causa crítica del peligro y causa crítica del cambio (Crittenden et al., 2014).

La **causa crítica del peligro** representa nuestra hipótesis acerca del origen más probable que explique el funcionamiento estratégico de la persona; es decir, que fue lo que en el pasado desencadenó ese patrón de procesamiento de la información y organización y qué es lo que hace, en el presente, que la persona conecte y perciba situaciones e interacciones de tal modo que esas estrategias se reactivan. Una FFF hace que los terapeutas se centren en el papel que la exposición al peligro ha tenido en la vida de las personas, en cómo procesan información, se relacionan con los demás y han desarrollado estrategias de protección para sí mismos, sus parejas y familias.

La **causa crítica del cambio** es aquello que si se modificase, podría iniciar una secuencia de cambios que en el futuro restaurarían la flexibilidad de los miembros de la familia o resolvería las principales amenazas al funcionamiento y bienestar familiar; se centra en las fortalezas, conocimientos y habilidades desarrolladas por éstos, les protege de los peligros actuales a los que no se pueden enfrentar aún eficientemente y modela un proceso de integración que la familia podría seguir. Es decir, una FFF útil ofrece información acerca de lo que podría promover cambios y ayuda a predecir, supervisar y guiar este proceso.

Tratamiento integrador DMM

Aunque el DMM no comenzó como una teoría sobre la intervención, ahora sí que ofrece algunas directrices acerca de lo que el tratamiento podría hacer con sus ideas; siempre considerando las intervenciones clínicas como experimentos que nutren el cambio y abren posibilidades de acceso a nueva información que, a su vez, ayuda a revisar nuestras hipótesis.

Un tratamiento inspirado en el DMM (Crittenden y Dallos, 2014): 1) parte de la premisa de que las personas son expertas en adaptación; si fueron capaces de manejar peligros tempranos, pueden aprender a adaptarse mejor a su contexto actual, 2) no está necesariamente organizado en torno al problema o síntomas actuales, 3) intenta comprender la naturaleza del peligro, real y percibido, desde la perspectiva de cada miembro de la familia mientras se tiene en cuenta la situación global, 4) solo trabaja los problemas esenciales, ya que demasiados objetivos y profesionales probablemente sobrepasarán a la familia, y 5) no dispone de un manual prescriptivo, con sesiones o tiempos preestablecidos.

El objetivo del tratamiento no es que todo el mundo desarrolle una estrategia tipo B –característica de aquellos capaces de integrar información verdadera cognitiva, afectiva y somática– ya que no es la mejor estrategia en todas las circunstancias, sino ayudar a cada persona a comprender e identificar a qué aspectos de su pasado está su estrategia adaptada –considerando que puede que sigan necesitando esas habilidades si el peligro está aún presente en sus vidas–. Asimismo, nos gustaría que los individuos aprendieran a diferenciar entre su contexto pasado y presente, identificando situaciones donde una estrategia alternativa podría ser más útil. Es decir, estamos buscando una expansión de las estrategias de apego y un cambio en sus DRs, lo que les ayudará a adaptarse y maximizar sus funciones de protección del yo y reproductivas (Crittenden, 2016).

Con niños y adolescentes, la intervención debería centrarse en moldear los procesos psicológicos emergentes en su vida cotidiana evitando efectos iatrogénicos. Por ejemplo, evitaremos aquellas terapias que excluyan a los padres o les dejen con una imagen negativa de sí mismos, aquellas donde las ideas de los adultos sean privilegiadas sobre las de los menores o aquellas que ofrezcan interpretaciones negativas o equivocadas de las expresiones de afecto negativo de los niños.

Desde el DMM, el terapeuta se concibe como una **figura de apego transitoria** que: 1) facilita la relación con cada familiar y la familia en su conjunto, 2) es compasivo, comprensivo y muestra aceptación, 3) ayuda a las familias a identificar los asuntos importantes y priorizar, reduciendo la distancia entre sus quejas actuales y los problemas centrales, y 4) trabaja en la zona de desarrollo próximo de la familia (Vygotsky, 1978), para que progresivamente afronten los asuntos que puedan.

Esto último se relaciona con la capacidad de los familiares para regular su activación emocional: si es demasiado alta, demasiado baja u oscila excesivamente, normalmente las personas no suelen ser capaces de procesar información adecuadamente y no pueden beneficiarse del tratamiento. Unido a esto, se han de trabajar los

traumas y pérdidas sin resolver.

Además, hemos de reconocer que muchas veces el trabajo con las familias termina antes de lo que nos hubiera gustado (Bischoff y Sprenkle, 1993; Crittenden et al., 2014); esto puede ser porque nuestro lugar de trabajo solo permite trabajar con ellas durante un número determinado de sesiones/plazo de tiempo, porque las familias no han iniciado la intervención voluntariamente, disponen de recursos limitados o porque simplemente se sienten mejor que cuando empezaron. Muchas familias no desean integrar todo el pasado que les llevó a desarrollar una estrategia de apego específica y, finalmente, acudir a terapia. Esto puede ser útil desde nuestro punto de vista pero no todo el mundo busca este objetivo. Algunas familias irán a terapia en diferentes momentos de su vida y esto no tendría por qué considerarse necesariamente un fracaso en la intervención previa. De todos modos, es crucial ser honestos con la familia, compartir los logros alcanzados y lo que sería importante seguir trabajando, si surgiese la posibilidad de colaborar en el futuro.

En lo que se refiere a técnicas psicológicas particulares o escuelas de pensamiento, el DMM considera todo aquello que funciona y representa la mejor solución al problema que presenta la familia. Desde este enfoque, todas las formas de intervención pueden ofrecer algo de utilidad dependiendo de las circunstancias. Aun así, no es cierto que cualquier tratamiento sea mejor que la no intervención: es el trabajo del psicólogo decidir cuál es la estrategia más apropiada y pensar quién debería estar presente, cuándo y por qué.

Tal y como destaca Crittenden (2016), el DMM ofrece una serie de **ventajas** frente a otros enfoques en lo que se refiere al trabajo clínico con familias: 1) posibilita el seguimiento longitudinal, gracias a sus pruebas de evaluación evolutivas, 2) diferencia mejor dentro de las muestras clínicas al ofrecer una variedad de sub-estrategias de apego, 3) considera los traumas y pérdidas sin resolver de un modo más complejo, e 4) identifica la ruptura de estrategias gracias a lo que denomina modificadores como, por ejemplo, las intrusiones de afecto negativo prohibido.

Formulación Funcional Familiar: Estudio de Caso

Contexto

La familia es de origen caribeño, no religiosa, hispano parlante y de clase trabajadora.

En el momento de la evaluación, la madre (Antonia, 46 años) vivía en España con sus dos hijas: Lucía (13) y Paula (10). Su hija mayor, de una relación anterior (Carol, 23), vivía también en España, pero de forma independiente.

Antonia nació en República Dominicana en una familia descrita como muy pobre; su padre mantenía dos familias visitando a Antonia ocasionalmente. Cuando Antonia cumplió los 17, emigró a otro país latinoamericano donde nació Carol. Cuando ésta cumplió 1 año, Antonia la dejó en República Dominicana con su

familia y emigró a España. La reunificación sucedió siete años después.

Tras varios años en España, Antonia conoció a su marido y tuvo dos hijas (Lucía y Paula), aunque se separaron cuando Paula tenía 2 años. El padre de las niñas vivía entre España y República Dominicana estableciendo una relación intermitente con ellas. La pareja estaba en ese momento siguiendo un proceso conflictivo de divorcio.

Los Servicios Sociales conocían a la familia del año anterior porque Carol había sufrido un episodio psicótico inducido por sustancias y había sido hospitalizada durante un mes. Acababa de tener una niña que, a partir de ese momento, pasó a ser cuidada por su padre. Aunque Carol no vivía con su madre en ese momento —no tenían buena relación— fue así como los Servicios Sociales conocieron a Antonia y sus circunstancias familiares.

Antonia llevaba años desempleada y sostenía a su familia con una ayuda social. El padre de las niñas no contribuía económicamente. Antonia ocupaba su piso, tras haber sido desahuciada, y tenía una habitación alquilada a otra familia también en riesgo social. Se sospechaba que Antonia sufría un trastorno relacionado con el consumo de alcohol, pero no se había demostrado, y era diabética.

Antonia no asistía a las citas organizadas por los Servicios Sociales, aunque Lucía y Paula sí recibían apoyo escolar, asistían a talleres psico-educativos y actividades de ocio y tiempo libre en una asociación. Aunque Antonia se consideraba a sí misma una madre extraordinaria y comprometida, no participaba en ninguna de las reuniones familiares organizadas por esta asociación.

Los profesionales no estaban preocupados por Paula. Se desenvolvía lo suficientemente bien en el colegio y en la asociación. Sin embargo, su familia la describía como enfermiza y sensiblon.

Lucía sí fallaba académicamente y asistía a clases de apoyo como su última oportunidad para completar la educación básica. Sorprendentemente, cuando se le preguntaba por esto en la asociación, ella explicaba que iba bastante bien, hasta el punto que su madre se mostraba convencida de que estudiaría medicina. Normalmente, su comportamiento era adecuado y asertivo, aunque sus profesores describían momentos de furia descontrolada que podrían ser intrusiones de afecto negativo prohibido. Lucía sufría de obesidad.

En general, se presentaban como una familia unida —siendo Carol la única que no aceptaba el amor de su madre— y fueron evaluadas voluntariamente.

Clasificaciones

Evaluación del Apego en la Edad Escolar de Paula

Utr (ds)_{divorcio}? A+C3-4

La entrevista de Paula presentaba una mezcla de marcadores A y C, lo que sugería que usaba una combinación de estas estrategias, entremezclando la distorsión y omisión de información.

Procedimentalmente presentaba la información ordenada temporalmente

mientras se distanciaba de los sentimientos de enfado, miedo y deseo de cuidados. En su expresión afectiva y relación conmigo, aparecía algo de afecto positivo falso y anticipación de las preguntas, aunque mayoritariamente los marcadores eran tipo C: susurros, comportamientos no verbales, risas desarmantes, quejas acerca de la prueba y declaraciones de incompetencia en busca de una reducción de mis exigencias.

Sus descripciones estaban prácticamente libres de imágenes.

Semánticamente parecía saber cómo ella se sentía y pensaba, aunque los demás no conocían su perspectiva. A veces, era capaz de describir la perspectiva de los demás, pero no siempre. Se criticaba a sí misma y eximía a los demás, pero también se mostraba como invulnerable. Utilizaba explicaciones causales espontáneas (porque), prescripciones (deberías) y sus emociones para justificar su comportamiento.

Su lenguaje era principalmente denotativo con algunas palabras evocativas como terrible, traidora, empollón y harta.

Sus historias de fantasía eran mayoritariamente aburridas, pero con argumentos conectados, una vez que su madre y padre eran mencionados. Se presentaba como una niña buena y mala simultáneamente, a la que castigaban de vez en cuando; no se quejaba ni pedía ayuda. En uno de los episodios llamaba a la policía para resolver un problema y en otro mentía sin remordimientos, reconociendo este engaño.

No parecía capaz de integrar información.

No estaba segura de la presencia de un trauma sin resolver en relación con el divorcio de sus progenitores, aunque había una evidente falta de fluidez al hablar del padre y trataba de distanciarse de la situación de peligro de su padre marchándose de casa, cambiando de tema tan rápido como podía.

En relación con los peligros, aparecieron dos referencias sexuales (la niña se escapaba con un chico y una chica se quedaba embarazada).

Evaluación del Apego en la Edad Escolar de Lucía

UI(a)_M? A3-4

La entrevista de Lucía presentaba una mezcla de marcadores A3-4, es decir, se descartaba el yo, sus emociones y su propia perspectiva a lo largo de toda la entrevista, distanciándose del afecto negativo. Centrada en el orden temporal, Lucía cumplía con mis demandas y ofrecía explicaciones cuando no era capaz de hacerlo. Su mayor falta de fluidez fue cuando hablaba de su padre.

Sus descripciones, con la excepción de algunas imágenes auditivas, estaban libres de imágenes.

Semánticamente usaba descripciones causales espontáneas y prescripciones generalizadas acerca de lo que debería suceder desde la perspectiva parental; exoneraba a su madre de cualquier fallo y explicaba su comportamiento en función de sus necesidades y vulnerabilidades. Lucía era la responsable de crear y solucio-

nar los problemas.

Su lenguaje era principalmente denotativo con la presencia de algunas palabras evocativas como miedo, pánico y odio al hablar de su padre y Carol.

Episódicamente presentaba historias aburridas que reflejaban la perspectiva parental, mientras que sus emociones de enfado y deseo de cuidado eran descartadas, como si no tuviera derecho a ellas. Se presentaba como una buena chica que hacía lo que debía. La mayoría de sus historias tenían un cierre positivo donde ella cedía en su perspectiva y “pasaba” del asunto.

La integración reflexiva no se daba.

No estaba segura en cuanto a la presencia de una pérdida anticipada sin resolver de la madre. Lucía mencionaba tres veces su preocupación porque algo malo le pasase a su madre, aunque su discurso no cambiaba procedimentalmente y su madre de hecho era diabética, por lo que no consideré éste como un miedo irracional.

Aunque durante la entrevista no hubo intrusiones de afecto negativo prohibido, dada su clasificación, podría imaginar estados breves y repentinos de alta activación como una posibilidad.

Entrevista del Apego Adulto de Antonia

UI (ds)_F Utr (p, ds)_{separación de F} C5-6

Durante la entrevista, el discurso de Antonia se caracterizó por las oraciones corridas, distanciando, criticando y descartando a los demás mientras ella salía gloriosa. Esto es algo que se observaba, no solo al hablar de sus padres sino también en relación con su expareja e hija mayor; de hecho, a pesar de explicar que se separó de ésta durante siete años, en ningún momento aceptaba responsabilidad ninguna por el sufrimiento de Carol o la mala relación entre ellas. Antonia intentó involucrarme constantemente para que mostrase mi apoyo en contra de los demás.

Sus emociones negativas eran su mayor motivación para comportarse. Había dividido el mal y el bien entre sus progenitores, idealizando a su madre y denigrando a su padre, pero esta idealización era superficial y se usaba principalmente para vilipendiar al otro. Organizada en torno a la venganza contra sus progenitores, Antonia no asumía ninguna responsabilidad por sus actos y mantenía su perspectiva permanentemente. Se presentaba como una víctima, contradiciéndose y ofreciendo información de tal modo que se podría llegar a conclusiones erróneas.

Ofrecía episodios que evidenciaban el comportamiento peligroso de sus progenitores (especialmente su padre) donde ella aparecía como fuerte y protegida (especialmente con su madre) cuando en realidad era vulnerable y sufría. Había varios episodios triangulados.

La integración fue muy limitada.

La presencia de traumas y pérdidas sin resolver, preocupados y descartados, indicaban que se conservaba tanto demasiada como escasa información en lo que se refería a su padre. En relación con su muerte, Antonia negaba lo peligroso de este

suceso para ella. En relación con la separación, no se reconocía ni el riesgo que supuso ni la irreversibilidad del hecho. Así, Antonia intentaba distanciarse del sufrimiento que le causaba cómo eran las cosas cuando era niña y, al mismo tiempo, mantenía estos sucesos presentes, como si existiera alguna posibilidad de resolución o pudiera aumentar la probabilidad de prevenir un evento similar en el futuro.

Causa Crítica del Peligro

En referencia a los peligros, yo sabía que tanto Paula como Lucía habían vivido la separación de sus padres, los problemas de salud mental y abuso de sustancias de Carol junto con el estado emocional de su madre tras la muerte de su padre y hermana. Estos elementos podían haber transmitido la idea de que el peligro era algo omnipresente en sus vidas, aunque algunos de estos eventos fueran más traumáticos para su madre que para ellas. Durante su entrevista, Antonia describió la falta de cuidados y apoyo en la infancia, el rechazo de su padre y la probable negligencia y abuso físico por parte de ambos progenitores.

La clasificación de Paula sugería la presencia de peligros predecibles e impredecibles: el comportamiento de ambos padres, sus engaños y fallos a la hora de protegerla. Parecía verse envuelta en una lucha a la hora de sentirse protegida y consolada, intentando primero ser obediente y, si esto fallaba y era necesario, exagerando su vulnerabilidad e inocencia. Mostraba un enfado subyacente que podría motivar su comportamiento en algunas ocasiones.

La principal tarea de Lucía era aumentar la disponibilidad de unos padres incapaces de funcionar de una manera protectora y consoladora que, además, podían mostrarse rígidos y castigadores. Para reducir la probabilidad de ser abandonada física y psicológicamente, Lucía hacía aquello que llamaba la atención positiva de sus padres, incluyendo convertirse en su cuidadora. Era capaz de anticipar las demandas de sus progenitores y, sin prestar atención a sus propios deseos y sentimientos, cubrir esas necesidades. Esto sucedía especialmente en relación con su madre.

La clasificación de Antonia sugería unos padres aparentemente empáticos y disponibles pero que actuaban de forma impredecible y peligrosa. Estuvo triangulada en los conflictos parentales: su madre aparentemente era la víctima y su padre el agresor, pero no estaba tan claro, y puede que intentaran protegerla usando el silencio.

Así, en el momento de la evaluación, tanto Paula como Lucía intentaban reducir la probabilidad de abandono y exposición al comportamiento negligente y peligroso de sus padres. Sin embargo, teniendo en cuenta que la clasificación de Antonia indicaba un trauma sin resolver respecto a la ausencia de su padre y más tarde su muerte, me planteo si esto podía estar influyendo en la percepción de lo peligroso que podría ser o no el padre de las niñas; es decir, esto podía exacerbar la activación de la estrategia de Antonia que hacía que, por encima de todo, se protegiese a sí misma e intentase resolver sus problemas del pasado en lugar de

asumir sus responsabilidades como madre.

Ahí es donde la estrategia de cada miembro de la familia confluía. Antonia intentaba resolver sus problemas con su padre a través del conflicto con su expareja, Lucía cuidaba de su madre para que, al menos, estuviese disponible parcialmente y Paula, siendo consciente de lo difícil que era convertirse en una cuidadora tan buena como su hermana, probaba otras alternativas con el objetivo de que no se olvidasen de ella. Así, la familia estaba eficazmente organizada alrededor de las necesidades y prioridades de Antonia. La excepción era Carol, pero al tener problemas relacionados con el consumo de sustancias y de salud mental, era totalmente menospreciada y descartada como una fuente de información útil.

Causa Crítica del Cambio

Mi hipótesis era que si Antonia fuera capaz de:

- Extraer información predictiva de sus experiencias infantiles, por ejemplo: *mis padres parecían disponibles y centrados en criarme, pero, en realidad, con su comportamiento, me ponían en riesgo, eran negligentes e impredecibles; esto sucedió en el pasado y hay muy poca probabilidad de que vuelva a suceder y*
- Transformar los intensos sentimientos negativos de aquella época en otros más complejos emocionalmente, por ejemplo: *en aquel momento me sentía confundida, manipulada, asustada y herida, es importante que me dé cuenta, en lugar de ignorarlo o hacer como si no me importase.*

Esto podría ayudarle a incluir información cognitiva, organizar su pensamiento de una forma más coherente y aplicar lo que había aprendido de estas experiencias de riesgo a sus dificultades familiares actuales.

Así, estaría preparada para:

- Considerar las diferencias y similitudes entre sus padres y entre su padre y su expareja, centrándose en el impacto que su divorcio podría estar teniendo en sus hijas
- Estar más disponible, ser más empática y fiable como madre protectora y consoladora que no evitaba las responsabilidades de la edad adulta
- Reflexionar acerca del impacto que su comportamiento, bienestar emocional y respuestas ante situaciones estresantes tenían en los otros, especialmente sus hijas
- Empezar a pensar acerca de los sentimientos de Carol cuando la dejó en su país.

Esto iniciaría una cascada de cambios en las estrategias de apego de sus hijas; tanto Paula como Lucía eran ya bastante sensibles al bienestar de su madre, por lo que si Antonia se sintiese más a salvo y conectada con el presente, ellas podrían sentirse también más protegidas y capaces de lidiar con sus propias emociones.

Paula podría empezar a expresar su enfado, en lugar de alternar un falso “estoy bien” con una exageración de su vulnerabilidad; podría conectar sus emociones con

lo que sucedía alrededor suyo y mantener unos límites claros y perspectiva equilibrada.

Poco a poco, Lucía podría hablar acerca de sus verdaderas emociones negativas, usar más a menudo la primera persona y mantener su perspectiva. Además, podría desarrollar sus habilidades para establecer relaciones íntimas solicitando ayuda y cuidados, identificando sus fortalezas y reconstruyendo su autoestima.

La intervención

Conocí a esta familia al trabajar como Psicóloga de la asociación donde asistían Lucía y Paula. En general, mi experiencia colaborando con Servicios Sociales fue que estaban más interesados en conocer detalles anecdóticos acerca de las familias con las que trabajábamos, que en nuestro análisis u opinión acerca de los problemas fundamentales a tratar o cuál podría ser el mejor enfoque de la intervención.

En lo que se refiere a Antonia y su familia, una vez que Servicios Sociales supo de la existencia de esta evaluación, en lugar de interesarse por los resultados – podríamos haber pedido permiso a la familia para compartir la información–, lo que se nos pidió es que dejásemos de trabajar con ellos ya que podíamos interferir con sus objetivos.

No podíamos negarnos –y tampoco estábamos en contra, ya que compartíamos la idea de que era mejor limitar la cantidad de profesionales involucrados– sin embargo, sí solicitamos información sobre cuál sería su enfoque. Se nos informó de que se seguiría el proceso habitual: un primer período de tres meses de trabajo con Antonia, con el objetivo de que reconociese su problema de consumo de alcohol y dificultades como madre y, a partir de ahí, una serie de sesiones con diferentes miembros de la familia para tratar los problemas identificados.

Nosotros respondimos ofreciendo otras posibilidades a la hora de trabajar con el comportamiento maternal inadecuado de Antonia. Planteamos que quizá:

- El contexto actual fuese amenazante para Antonia y ella simplemente estuviese adaptándose a ello; si este fuese el caso, sería más beneficioso trabajar con esta madre para identificar y reducir los riesgos, mientras se consideraban estrategias alternativas para proteger a la familia
- Antonia estuviese utilizando una estrategia útil en la infancia, pero que resultaba desadaptativa a la hora de cuidar de sus hijas; en este caso, la intervención debería centrarse más en su procesamiento de la información y atribución de significados, incluyendo la revisión de los traumas y pérdidas sin resolver que estaban contribuyendo a una percepción errónea de amenazas y prioridades
- Para una persona usando la estrategia C5-6 como era Antonia, con grandes dificultades a la hora de asumir responsabilidades, no era posible iniciar una relación de ayuda reconociendo sus defectos o errores; de hecho, si

esto llegase a suceder en algún momento, sería más bien hacia la última etapa de la intervención –casi como un marcador del éxito de la misma– y lo que podría resultar en los cambios finales.

Predijimos que era poco probable que Antonia, en tan solo tres meses, compartiese sus dificultades. Así, sugerimos que quizá sería más útil comenzar la relación entre la familia y los profesionales –como figuras de apego transitorias– colaborando en torno a aquellos peligros con los que todos estuviesen de acuerdo y que resultasen menos amenazantes –por ejemplo, sus problemas de vivienda– aunque solo fuera para desarrollar primero una confianza mutua que poco a poco abriese la puerta a otras conversaciones más importantes.

Ignoradas estas recomendaciones, como era de esperar, Antonia solo asistió a algunas de las citas con Servicios Sociales donde se negó a reconocer ninguna dificultad por su parte; esto supuso una escalada de amenazas algo difusas por parte del ayuntamiento en relación con la tutela de sus hijas que, por lo que supimos, tampoco consiguió que se llevase a cabo ningún trabajo relevante.

Mi trabajo con esta asociación no continuó el siguiente año, por lo que no dispongo de mayor información sobre el progreso de la intervención; pero me temo que supuso una significativa pérdida de tiempo y recursos mientras Paula y Lucía seguían expuestas a riesgos importantes.

Según mi experiencia trabajando en España e Inglaterra, lo que pasó con Antonia no fue una excepción. La mayoría de las familias que colaboran con servicios Sociales, de Salud Mental o Forenses no son conscientes de la necesidad de cambio, muchas veces no comprenden los riesgos de su comportamiento y no están dispuestas a admitir que deberían proteger a sus hijos de diferente manera. No piden ayuda activamente sino que, más bien, se encuentran en situaciones donde otras personas son las que definen su comportamiento como problemático y les imponen una intervención.

Simultáneamente, los servicios no siempre saben adaptarse a lo que necesitan las familias y prefieren seguir un protocolo en el que éstas deben encajar. Si esto no sucede, las familias pueden ser etiquetadas como resistentes, entre otras cosas, sin que los profesionales se hayan planteado que la misma terapia y posibilidad de cambio pueden ser amenazantes. Donde otros enfoques ven personas difíciles, el DMM ve familias que intentan protegerse del peligro.

Conclusiones

El DMM es una teoría del apego que nos ayuda a identificar y comprender las diferentes estrategias y patrones de procesamiento de información que las personas usan para adaptarse ante la exposición al peligro sin protección ni consuelo.

El DMM ayuda a los clínicos presentando: 1) un modelo que incluye la expansión de los patrones de apego más conocidos (ABC), 2) un conjunto de pruebas de evaluación desarrolladas evolutivamente y 3) una guía para la formulación de casos que puede ser usada para planear la intervención.

Así, para trabajar con las familias como figuras de apego transitorias, capaces de adaptarse a las necesidades y posibilidades de cada individuo, es necesario comprender la estrategia de protección de cada persona y cuál es la causa crítica del peligro y del cambio para toda la familia. Esto es fundamental, no solo para aclarar el foco del tratamiento, sino también para elegir un estilo de relación, nuestras prioridades y técnicas.

Esto dará lugar a tratamientos individualizados para contextos familiares particulares, que no solo refuercen las fortalezas y conocimientos de las personas en cómo adaptarse al medio, sino que también expandan sus herramientas a la hora de enfrentarse a nuevos desafíos.

Conflictos de Intereses

La mayoría de estas ideas no me pertenecen, este es más bien un intento por mi parte de compartir lo que el Family Relations Institute expone a través del trabajo de diferentes autores en varias partes del mundo.

Sí que presento mi experiencia personal en el estudio de caso; aunque no refleje necesariamente las prácticas extendidas en los Servicios Sociales ni de sus trabajadores en general. Simplemente, me ayuda a reflexionar acerca del impacto que nuestras interacciones –individuales y a través de los protocolos de nuestros equipos– pueden tener sobre las personas y familias con las que trabajamos, a la vez que muestro lo que el tratamiento integrador DMM podría hacer de forma diferente.

Referencias bibliográficas

- Bischoff, R. J. y Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process*, 32(3), 353-375.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Crittenden, P. M. y Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic Maturational Approach to Discourse Analysis*. Nueva York, NY: Norton.
- Crittenden, P. M. y Dallos, R. D. (2014). An attachment approach to treatment: DMM-FST integrative treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 53-61.
- Crittenden, P. M., Dallos, R., Landini, A. y Kozłowska, K. (2014). *Attachment and family therapy*. Londres, Reino Unido: McGraw-Hill.
- Crittenden, P. M. (2016). *Raising parents: Attachment, representation, and treatment* (2ª ed.). Londres, Reino Unido: Routledge.
- The Family Relations Institute (2018, Agosto 11). SAA. Recuperado de: <https://bit.ly/2R6nL8v>
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1996). The Attachment Interview for Adults. (manuscrito no publicado). Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- The International Association for the Study of Attachment (2018, Agosto 11). IASA Court Protocol. Recuperado de: https://www.iasa-dmm.org/index.php/family_court_protocol/IASA-court-protocol
- Landa, S. y Duschinski, R. (2013). Crittenden's Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation. *Review of General Psychology*, 17, 326-338.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind and society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.