

Construyendo un apego seguro: intervención familiar en un caso de adopción internacional.¹

Aramburu, I.; Pérez-Testor, C., Mirabent, V. y Mercadal, J.

Universitat Ramon Llull. IUSM Vidal i Barraquer.

¹ Este artículo ha sido elaborado en el marco del proyecto de investigación “La apertura de la comunicación sobre adopción en España: en camino hacia la adopción abierta (PSI2013-47197-C3-2-R)” financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

Resumen

Frecuentemente, alteraciones en la conducta de los menores adoptados son el motivo de consulta de muchas familias adoptivas. Distintos estudios han puesto en relación la falta de cuidados emocionales durante el periodo previo a la adopción como un factor de riesgo para el desarrollo de un apego seguro. Desde nuestro parecer, algunas de las conductas desadaptativas que presentan una vez han sido adoptados, pueden ser consideradas como estrategias de apego que están al servicio de buscar la proximidad con las nuevas figuras parentales. En este trabajo profundizaremos en la teoría del apego, trabajando conceptos como “apego” “modelos operacionales internos” y “mentalización”. Finalmente se ejemplificará a través de un caso estos conceptos. Como conclusión destacaremos la importancia de las intervenciones enfocadas a aumentar la capacidad de mentalización tanto de padres como de hijos adoptivos con la finalidad de disminuir el sufrimiento familiar, mejorar la vinculación mutua y conseguir una mayor regulación emocional de los menores.

Abstract

Frequently, behavioural alteration of adopted children is the reason for consultation of many adoptive families. Different studies have related the lack of

emotional care during the prior period to adoption as a risk factor for the development of a secure attachment. From our point of view, some of the maladaptive behaviours that they present once they have been adopted, can be considered as attachment strategies that are at the service of seeking proximity with the new parental figures. In this paper we will go deeper into the theory of attachment, working on concepts such as "attachment", "internal operational models" and "mentalization". Finally, these concepts will be exemplified through a case. In conclusion we will highlight the importance of interventions focused to increase the mentalization capacity of both parents and adoptive children in order to reduce family suffering, improve mutual bonding and achieve better emotional regulation of the children.

Résumé

Fréquemment les altérations du comportement chez les mineurs adoptés font l'objet de consultations de la part des familles adoptantes. Divers études pointent le manque d'attention émotionnelle durant la période précédant l'adoption comme un facteur déstabilisant pour le développement futur d'une relation affective. De notre point de vue, certaines difficultés d'adaptation qui apparaissent une fois l'adoption finalisée, peuvent être comprises comme une

stratégie d'attachement à la nouvelle structure familiale. Dans cette recherche nous tentons d'approfondir la théorie de l'attachement au travers des concepts suivants : "attachement" "modèle opérationnel interne" et "mentalisation". Ces concepts seront ensuite développés au travers d'un cas concret. Pour ensuite mettre en évidence l'importance d'interventions ayant pour objectif d'augmenter la capacité de mentalisation, aussi bien chez les parents que chez les enfants adoptés, avec pour objectif de diminuer la souffrance familiale, améliorer les relations mutuelles, et obtenir un meilleur contrôle émotionnel chez les mineurs.

1. Introducción

Numerosas investigaciones sugieren que tanto niños como adolescentes adoptados, en comparación con la población normativa, presentan mayores problemas psicopatológicos, un estilo de apego inseguro y mayor dificultad para regular las emociones como consecuencia de las experiencias negativas vividas antes de la adopción (Gribble, 2007; Pace et al. 2017, Van der Dries, Juffer, van IJzendoorn y Bakermans- Kranenburg, 2009). El periodo de tiempo previo a la adopción se caracteriza, en numerosas ocasiones, por la falta de cuidados sensibles y estables poniendo a los menores en riesgo de desarrollar patrones de apego no seguro (Lionetti, 2014; Pace et al., 2017).

Estos patrones se mantienen una vez el menor llega a la familia, aunque con el tiempo pueden ser transformados. Estudios recientes informan de que un apego seguro en la madre adoptiva, una parentalidad sensible incrementa la probabilidad de que el menor modifique su estilo de apego hacia uno más seguro (Lionetti, 2014).

Estudios realizados tanto con niños adoptados como no adoptados, ponen en relación el tipo de apego de los niños con

la presencia de trastornos de conducta (Abrines et al., 2012; Ruth, Alpern y Repacholi, 1993; Grazyna Kochanska y Sanghag Kim, 2014). Para nosotros, y siguiendo las aportaciones de Fongay y Target (1997), entendemos que gran número de conductas consideradas precursoras de los trastornos de conducta (rabietas, agresiones, conductas de oposición y desafío, etc.) podrían ser consideradas como estrategias de apego que están al servicio de llamar la atención y el acercamiento de los padres. A la vez son expresión de las carencias y frustraciones vividas antes de la adopción al no haber sido atendidas necesidades básicas, generando malestar y rabia mal contenida, que se reprime y disocia. En consecuencia el menor crece con una mayor dificultad para su regulación emocional ante la frustración y con un modelo interno de relación en el que siente inseguridad y desconfianza de que el entorno pueda atender sus necesidades. Al ser adoptado, la atención y estima de los padres abre la puerta a la manifestación de esta represión y disociación y se expresa en la relación mutua. Por ello, pensamos que puede ser de gran utilidad abordar algunos de los casos que atendemos en nuestro Centro Médico-Psicológico desde la perspectiva del apego.

El presente trabajo pretende ejemplificar a través de un caso, como desde dicha teoría se puede explicar y tratar la problemática vincular que existe entre Biel y sus padres adoptivos.

2. El apego

Durante décadas, tanto clínicos como investigadores han demostrado que el estilo de apego que el niño establece con sus figuras significativas, influye, no solo en el desarrollo de su personalidad sino también en los vínculos afectivos y sociales en la adolescencia y la edad adulta (Lorenzini y Fonagy, 2014; Burrutxaga y cols, 2018).

El apego es un término propuesto inicialmente por Bowlby (1969) para describir cualquier forma de conducta (sonrisa, llanto...etc.) que el bebé lleva a cabo cuando busca mantener la proximidad y el contacto con su madre o con las figuras referentes. Dichas conductas se activan sobre todo cuando aumenta la distancia con la madre, es decir, cuando ésta se aleja. Son de vital importancia para la supervivencia y el desarrollo físico y emocional del bebé. El tipo de conducta y su intensidad variará según diferentes factores contextuales e individuales.

Mary Ainsworth, junto a sus colaboradores (1978) diseñó y aplicó un programa experimental conocido como Situación Extraña con la finalidad de observar el comportamiento del niño cuando su madre se va y es dejado junto a un extraño durante algunos minutos en un ambiente poco familiar. Según el comportamiento del niño describe tres tipos de apego: apego seguro, inseguro-avoidante e inseguro-ambivalente. Posteriormente, Main y Solomon (1986) añadieron un cuarto estilo, el apego desorganizado, enriqueciendo así la clasificación.

Durante la Situación Extraña, un infante con apego seguro explorará su alrededor fácilmente en presencia de la madre, se mostrará ansioso en la presencia del extraño y llorará cuando la madre marche. Cuando ésta regrese buscará retomar el contacto con ella. El niño con apego inseguro avoidante, presentará menos ansiedad frente a la separación de la madre y a la presencia del extraño. Cuando regrese, tampoco buscará el contacto en ella mostrándose indiferente. El niño con apego inseguro ambivalente se mostrará muy ansioso ante la separación con la madre y no se calmará fácilmente cuando se reúna con ella. Son niños que utilizan la dependencia con la madre como forma de llamar su atención. Exageran las conductas de apego. Un infante con apego desorganizado

reacciona con un comportamiento caótico y bizarro ante la separación: se queda inmóvil, se autolesiona o incluso puede intentar escapar de la habitación.

La teoría del apego está siendo utilizada cada vez más para investigar, explicar e intervenir en los distintos cuadros psicopatológicos (Adshead y Sarkar, 2012; Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009; Burrutxaga y cols., 2018).

2.1. Modelos Operativos Internos (Internal Working Models: IWM)

Según la manera en que la madre responda ante las conductas de apego, el niño desarrollará un determinado *modelo operativo interno* (Bowlby, 1980). Es decir, se creará una determinada representación sobre él mismo y sobre el otro (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Crittenden, 1990). A partir de su experiencia de vinculación se creará unas expectativas en relación a qué se puede esperar de esta figura de apego en situaciones futuras.

El sujeto generará una representación mental en la que la figura de apego aparecerá como fuente de protección o como amenaza de inseguridad. Paralelamente, irá creando un modelo mental de sí mismo como persona digna o indigna de amor y protección (Bowlby, 1973; Howe, 2006). Los modelos operacionales internos de apego ayudan a la persona a construir una imagen de las relaciones interpersonales.

Cuando el adulto muestra sensibilidad y constancia ante las demandas del niño, éste último desarrolla una confianza en la disponibilidad y la protección del adulto y en su propia capacidad para influir en la relación. Cuando el adulto se muestra insensible ante la demanda del niño y no se le permite el acceso al adulto, el niño desarrolla un estilo de apego inseguro avoidante. Son niños que se muestran muy independientes. No buscan el contacto

con el adulto y hasta pueden rechazar el acercamiento del otro. Presentan un “desapego” debido al haber experimentado separaciones previas dolorosas en las que no han encontrado el apoyo de la madre y ahora reaccionan de una forma defensiva mostrándose indiferentes. Evitan el contacto para evitar frustraciones. Cuando el adulto responde de forma imprevisible e intermitente a las necesidades y señales del niño, es decir que en ocasiones responde de forma adecuada y en otras lo hace de forma inadecuada, éste desarrolla un apego inseguro ambivalente. El niño pasa a encontrarse inseguro y muy preocupado por la respuesta de la madre. Durante el test de Situación Extraña cuando se reencuentran con la madre después de la separación se muestran contrariados, entre la irritación y las ganas de acercarse. Finalmente, cuando la interacción se desarrolla con un adulto que actúa de forma inadecuada y desproporcionada, cuando al mismo tiempo éste es una fuente de protección y una amenaza, el niño se ve incapaz de integrar ambos aspectos y se desorganiza.

Estos modelos de representación internos son generalizables, es decir que se hacen extensibles a las personas que envuelven al niño y por tanto, tendrán una profunda influencia sobre las relaciones sociales del sujeto (Cassidy, Jones y Shaver, 2013; Hamilton, 2000). La persona confía en los modelos operacionales internos que ha formado y que le han sido útiles para adaptarse a su contexto, de manera que la información que reciba a partir de entonces será asimilada teniendo en cuenta los modelos de representación existentes en un intento de confirmarlos (Bretherton y Munholland, 1999).

A pesar de que los modelos internos de apego tienden a la estabilidad, no son estructuras estáticas, sino que pueden ser reestructuradas para resultar eficaces cuando las circunstancias cambian (Bowlby, 1980). Por tanto, si el contexto cambia, como ocurre en el caso de la

adopción, los modelos representacionales pueden modificarse de forma significativa con la finalidad de conseguir resultados más adaptativos (Steele et al., 2008).

3. Adopción

La adopción es una medida legal de protección a la infancia que tiene como único objetivo preservar el derecho de todo niño a tener una familia. Desde una perspectiva psicológica, la adopción es fundamentalmente un proceso de separación y re-vinculación a unas nuevas figuras de apego (Mirabent, Aramburu, Davins y Pérez-Testor, 2009).

Muchos de los niños adoptados han pasado por experiencias de desprotección en el seno de la familia biológica como negligencias, abusos o maltratos. En la mayoría de los casos, una vez son separados de la familia biológica, pasan a vivir en una institución donde a menudo la cantidad y la calidad de las relaciones entre niños y cuidadores es muy limitada e imposibilita que estos niños puedan desarrollar relaciones basadas en un apego seguro (Gunnar, Bruce y Grotevant, 2000; Howe, 2006; Vorria et al., 2003).

Spitz (1945) fue el primero en poner de manifiesto la relación entre las carencias vividas en la infancia y el desarrollo posterior del niño. Dicho psicoanalista observó el crecimiento de los niños criados en orfanatos de la posguerra donde las atenciones físicas (sanitarias, de higiene y alimenticias) eran atendidas pero no las emocionales. Las circunstancias en las que crecían estos menores afectaban negativamente a su desarrollo. Años más tarde Bowlby (1969) confirmó que es esencial para la salud mental del niño experimentar una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto) en la que ambos hallen satisfacción.

Como decíamos, la historia previa de estos niños y niñas adoptados no desaparece al llegar a su nuevo hogar y el proceso de vinculación con los nuevos padres y madres se verá mediado por estas experiencias tempranas (Roman y Palacios, 2011). El modelo operativo interno construido será transferido a la nueva situación.

La investigación encuentra que los menores adoptados tienen una mayor posibilidad de sufrir apegos inseguros y desorganizados ([Van den Dries, Juffer, van IJzendoorn, y Bakermans-Kranenburg, 2009](#)). Un estudio realizado en nuestro país, encontraba que el 41,1% de los menores adoptados presentaba un apego de tipo inseguro en edad escolar. El 23% de ellos presentaba apego inseguro evitativo, el 13,1% un apego inseguro ambivalente y un 3% apego desorganizado (Barcons, et al., 2012). Estos resultados eran independientes a la edad del menor al ser adoptado y con el tiempo que llevaban en familia, lo que sugiere que el efecto de la privación temprana y el abandono tienen consecuencias duraderas en la organización de apego. Otros estudios internacionales aportan resultados parecidos. Kay, Green y Sharma (2016) encontraban que el 49% de los menores adoptados estudiados, también en edad escolar, presentaban un trastorno del apego. Estudios realizados con muestra de niños más pequeños, de entre 3 y 5 años en el momento de la evaluación, encuentran porcentajes más elevados de apegos inseguros, en particular apegos de tipo desorganizado (Barone, Lionetti y Green, 2017). Sin embargo, estudios con una muestra de chicos y chicas adolescentes encuentran porcentajes inferiores de apego inseguro (33%) (Pace et al., 2015).

A pesar de que son muchos los niños con apegos inseguros, éstos tienen un menor riesgo de sufrir trastornos del apego, en comparación con los niños que siguen viviendo con familias negligentes o en

entornos institucionales (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, y van IJzendoorn, 2010; Lionetti, Pastore, y Barone, 2015). Por lo tanto, a pesar de sus historias iniciales adversas, los niños al llegar a sus hogares adoptivos parecen adaptarse a sus entornos actuales y muestran mejoras en la organización y seguridad de sus relaciones de apego (Van den Dries et al. 2009). Desde esta perspectiva, la adopción es entendida como una oportunidad para revisar los modelos representacionales internos del niño y modificarlos por otros más seguros (Pace y Zavattini, 2010; Steele et al., 2008).

La sensibilidad de los padres adoptivos, su capacidad de percibir y responder apropiadamente a las señales emocionales del menor y un apego seguro de éstos, promueve un desarrollo saludable para estos menores y amortigua el impacto de las situaciones adversas y traumáticas vividas (Barone, Lionetti, Green, 2017; Pace et al., 2017).

4. Mentalización y psicoterapia

El concepto de mentalización (o función reflexiva) se refiere a la capacidad del sujeto para interpretar el comportamiento humano en término de estados mentales intencionales (necesidades, deseos, creencias, sentimientos...etc.). Dicha capacidad permite identificar las propias emociones e imaginar qué puede estar pensando o sintiendo la otra persona. Un indicador de que existe capacidad para mentalizar es la conciencia de que uno mismo no puede conocer absolutamente todo lo que está en la mente del otro, dada su especial opacidad (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Golanó; Perez-Testor, 2013).

El bebé cuando nace no dispone de capacidad para mentalizar es la madre quien ejerce dicha función. A partir de los 6 meses, el niño va desarrollando poco a poco sus habilidades primitivas de

mentalización, que se irán desarrollando durante los siguientes años de su desarrollo. El niño hasta los tres años de edad, funciona en un modo de equivalencia psíquica, descrito por Fonagy (Fonagy et al., 2000), es decir, que el niño no es capaz de diferenciar la realidad psíquica del otro de la propia. La mente del otro no es entendida como una entidad separada (Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Bateman, Fonagy, 2012; Fonagy, Target, 1996). Para Fonagy, alrededor de los 4 años, el niño ya puede, comenzar a tener su propia teoría de la mente. A partir de este momento, el niño irá incrementando su capacidad para mentalizar.

Fonagy vinculó el concepto de mentalización al de apego. Según dicho autor, aquellos niños que poseen un apego seguro, con unos padres que les contienen, que verbalizan y ponen palabras a los estados de confusión del bebé, que dan respuesta a sus necesidades, más allá de las físicas, tendrán más capacidad para mentalizar que los niños con apego inseguro o desorganizado (Fonagy et al. 2002). Para Fonagy (2000) una crianza insensible y prolongada en el tiempo, donde el niño experimenta internamente que no es entendido por sus cuidadores, daría lugar a un déficit de la capacidad de mentalización. Según sus investigaciones el niño intentaría inhibir defensivamente su capacidad de mentalizar para evitar captar la hostilidad que le han transmitido en un momento dado sus cuidadores.

Desde este punto de vista la psicoterapia trataría de reactivar la capacidad de mentalización del paciente (Bateman y Fonagy, 2004; 2006) a través de una relación de apego. Sería el contexto donde entender (poner nombre) a los estados mentales (de uno mismo y de los otros) y diferenciarlos. Aumentar la capacidad de mentalización o la capacidad reflexiva permite entender mejor a los demás, anticipar su comportamiento, aumentar la capacidad

empática y mejorar la comunicación con los demás. Entenderse mejor a uno mismo ayuda a regular mejor nuestras emociones.

5. EJEMPLIFICACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO: BIEL

Se trata de niño de cinco años en el momento de la visita. Sus padres consultan preocupados porque el pequeño responde de forma muy “agresiva” ante cualquier frustración, además, desde hace un tiempo a Biel le cuesta “despedirse de su madre antes de ir al colegio” y se enfadan cada mañana. Su madre, Montserrat, trabaja desde casa y él no entiende porque no puede quedarse con ella en vez de ir al colegio. Cuando Montserrat le recoge cada tarde, Biel se muestra “enfadado, no le parece bien” nada de lo que posteriormente hacen (como ir al parque o hacer recados). “Siempre que lo voy a buscar me hace una rabieta. Y yo no entiendo por qué, ¿no tenía tantas ganas de estar conmigo? ¿Entonces porque luego se enfada conmigo?”. Sus padres describen a Biel como un niño impulsivo y activo. Con sus compañeros le cuesta relacionarse, “se junta con los más chulos de la clase y hace el payaso, el problema es que a algunos no les hace gracia y lo rechazan”. En casa está muy pendiente de sus padres, no se entretiene solo y reclama mucho su atención. Ante un “no”, Biel reacciona de forma explosiva, se enfada y les insulta “saca lo peor de él”. En la actualidad Biel no puede dormir solo y duerme en la cama de sus padres.

Biel nació en Marruecos y fue adoptado por sus padres al año y medio de vida. Es hijo único. Sus padres intentaron tener un hijo biológico pero después de varios años, no lo consiguieron. Después de realizarse las exploraciones médicas pertinentes, se diagnosticó una infertilidad por parte de la madre de Biel. De su historia previa saben que su madre biológica lo abandonó al nacer y

enseguida pasó a vivir en una institución. “Cuando lo recogimos nos quedamos helados al ver el orfanato, tantos niños y tan solos...” “Aunque nos pareció que las cuidadoras le querían mucho, tampoco podían dedicarse a él todo el tiempo, habían muchos niños” añade Jordi, el padre. Cuando llegó presentaba bajo peso y no sabía caminar. Con el tiempo fue recuperándose físicamente muy rápido y empezó a caminar a los pocos meses de iniciar la convivencia con sus padres adoptivos. Con el tiempo Biel fue reclamando más, “Me da la sensación de que reclamó cuando ya no tocaba” explica Montserrat. A los cuatro meses de llegar, Biel inició la guardería. “Lloró mucho, desconsolado al entrar. Se enganchaba a mí” decía su madre.

Cuando el terapeuta pregunta qué sabe Biel acerca de su historia, sus padres responden que “todo”. Sabe “que su mamá no podía tener bebés en la barriga” y que por eso el nació de otra “señora”. “Ésta tuvo que dejarlo porque no podía cuidarlo y lo dejó en un casa con otros niños” hasta que ellos lo fueron a buscar. Montserrat se lo explica a Biel a través de un cuento, “la historia de Juanito”, cada noche se lo explicaba hasta que un día le dijo “pues esta no es la historia de Juanito, es la tuya”. Desde entonces, Biel está más enfadado que nunca con su madre, le ha dicho que ésta no es su historia y no quiere ni oír hablar sobre su adopción.

A partir de esta primera entrevista el terapeuta observa que el estilo de apego de Biel es de tipo inseguro ambivalente. Biel se angustia intensamente ante la separación y responde de forma ambivalente cuando se reencuentra con su madre. Posiblemente, durante el primer año y medio de vida sus necesidades no fueron atendidas de forma regular y continuada como es habitual en casos de adopción. Este hecho puede haberle llevado a construir un modelo de representación interno en el que los cuidadores no siempre están disponibles y

en el que él no siempre está en la mente del otro. La exageración de conductas de apego (como no querer separarse de la madre, necesitar siempre contacto con sus padres, hacer el payaso) está al servicio de conseguir hacerse presente en la mente de sus padres. Por lo tanto, las rabietas, la escasa tolerancia a la frustración y la ambivalencia de sus sentimientos tienen que ver con su estilo de apego y con los modelos de relación internos vividos antes de la adopción. Durante la exploración también se observa la reacción de Biel ante la pérdida. Cuando juega a hacer carreras de coches, por ejemplo, no tolera perder. Se enfada, cambia las normas y modifica el resultado siendo él siempre el ganador.

Se propone trabajar durante un periodo de un año con la familia con los siguientes objetivos:

1. Impulsar y desarrollar la capacidad de los padres para mentalizar las ansiedades entorno a la relación mutua que se ocultan tras las reacciones y conductas de Biel, para que disminuyan círculos viciosos relacionales y se establezcan las bases de un apego seguro y confiado.
2. Ayudar a Biel en la contención y mentalización de su inquietud y su malestar interior y elaborar sus ansiedades de pérdida y separación, para que así pueda ir confiando en la solidez de los vínculos, lo que lleva a la disminución de la intensidad reactiva a la frustración.

Tanto los padres como el niño tienen buenas capacidades emocionales y disposición a la ayuda, por lo tanto se plantea un trabajo con un final temporalmente prefijado. Éste permite el empoderamiento de la familia, la confianza en sus recursos y capacidades para mentalizar ansiedades y evita la dependencia de respuestas externas y la cronificación.

Las sesiones se llevan a cabo semanalmente. Cada uno tiene una silla pero Biel, durante las primeras sesiones no se sienta en la suya, siempre prefiere hacerlo sobre la madre quien se queja de problemas de espalda porque Biel a media noche va a su cama y “le da patadas”.

Durante este primer periodo queda constancia del cansancio de la madre “no puedo con él, pesa mucho” (dice cuando se sienta sobre ella). Vive como un ataque (“me da patadas” “pesa”) la búsqueda de proximidad de su hijo. La terapia le ayudó a poder entender cómo la conducta de su hijo (de enfado, irritación o bien aproximación e invasión), eran conductas de apego al servicio de encontrar amor y aceptación por parte de ella.

Fue habitual durante las sesiones que Biel jugase a esconderse y a aparecer, buscando así la mirada de sus padres. Sin embargo, cuando lo hacía él ponía alguna carota “de monstruo” y decía alguna palabrota. Parecía querer mostrar, tal y como había dicho Montserrat, “lo peor de él”, su peor cara. Durante las sesiones se puedo observar como Biel se empeñaba por conocer el límite del amor de sus padres, y si ellos serían capaces de sostenerlo aunque no fuese “bueno”. Fue durante esas sesiones cuando Biel recuerda “la historia de Juanito”. Montserrat la explica “Se trataba de un niño que estaba en la barriga de una señora (una mamá, decimos ahora...mamá de nacimiento...), hasta que un día el niño quería salir, la señora empujó y el niño nació. Esta señora no le podía cuidar y lo dejó en una casa con otros niños para que lo cuidaran mientras le encontraban unos papás. Cuando el niño llegó a esta casa no tenía nombre y durante unos días las cuidadoras pusieron en su cama un cartel que ponía “un niño bueno y precioso”. Al mismo tiempo, una pareja de padres que estaban muy tristes porque la mamá no podía tener bebés viajó muy lejos hasta encontrar a aquel niño. Cuando conoció a sus papas éstos le pusieron el nombre de Juanito y fueron

juntos muy felices para siempre.” Biel se esconde bajo la mesa mientras su madre lo explica. El terapeuta hace referencia al cartel y cómo quizás Biel, a través de su conducta a veces desafiante, está demostrando que él no es ese “niño bueno y precioso”, que no quiere ser el protagonista de esta historia. Sus padres, con la ayuda del terapeuta, son capaces de empatizar con el dolor de su hijo y al mismo tiempo conectan con el suyo propio “a nosotros también nos hubiese gustado que fuese diferente”. El cuento deja de tener un solo protagonista y pasa a ser “la historia de Juanito y su familia”. Biel queda sorprendido al oír y sentir también el dolor de sus padres y sale de debajo de la mesa. Experimentar que éstos son capaces de quererle y sostenerle tal y como es, hace que Biel poco a poco se sienta más seguro.

Jordi, el padre de Biel, durante las sesiones también fue encontrando su lugar. En ocasiones, quedaba excluido de la díada madre-niño y esto le hacía sentir “impotente”. Consiguió tanto entender las necesidades de su hijo como marcarle el límite cuando Biel se excedía. Encontrar este límite firme y sólido a la vez que cálido por parte de su padre fue altamente estructurante para Biel. Jordi reconoció que su enfado al sentirse excluido le llevaba a castigar y a chillar a Biel, hecho que todavía empeoraba la situación y aumentaba la angustia en el niño. Que Jordi ejerciese el rol “paterno” y que Montserrat pudiese conectar también con sus propias ansiedades de separación, llevó a ambos a situarse mejor ante Biel y a manejar mejor las situaciones conflictivas que tenían lugar en la familia. Por su lado, Biel también pudo poner nombre a muchas de sus emociones. Poco a poco pudo hablar de su miedo a sentirse solo, al rechazo, en vez de actuar y hacer payadas que solo le llevaban a confirmar sus miedos.

Al finalizar la psicoterapia, Biel pudo, además de ocupar su lugar dentro de las sesiones, conseguir dormir en su propia

cama y no en la de sus padres, al igual que disminuyeron los conflictos por la mañana a la hora de ir al colegio. Aunque todavía se enfadaba cuando sus padres le decían que “no” a algo, Biel era capaz de expresarse con palabras y de retirarse a su habitación antes de insultar a sus padres.

El clima familiar mejoró positivamente y disfrutaban mejor los tres de su tiempo juntos. Cabe decir que paralelamente se observaron en Montserrat ciertas dificultades en la elaboración del duelo por la infertilidad, ella fue tomando conciencia de su dolor, pudo pedir una ayuda personal y fue derivada a un profesional.

6. CONSIDERACIONES FINALES

Con este trabajo hemos pretendido, por un lado, mostrar el impacto de las carencias previas a la adopción en el desarrollo del apego de los menores y por otro, la función reparadora que pueden llevar a cabo los padres. Biel es uno de los muchos niños, que a pesar de ser cuidado y atendido físicamente en las instituciones, no ha podido recibir el cuidado afectivo necesario para poder desarrollar un tipo de apego seguro (Vorra et al., 2003) que permita la mentalización de las emociones y el establecimiento de modelos internos de relación confiados.

Poder trabajar con familias adoptivas desde la teoría del apego nos permite interpretar de forma diferente y más adaptativa la conducta que presentan muchos niños cuando sus padres nos consultan. En ocasiones conductas desafiantes, agresivas ponen en juego el vínculo entre padres e hijos, pero cuando los padres son capaces de entenderlas e interpretarlas como conductas al servicio de buscar proximidad y de tener un lugar en la mente del otro, los padres pueden acoger de forma más adecuada el sufrimiento de su hijo. Esta perspectiva

nos permite huir de focalizar el problema en la conducta y centrarse en la relación.

Desde nuestro punto de vista, el trabajo del terapeuta será promover la capacidad reflexiva y de mentalización tanto de los padres como de los hijos. Si los padres son capaces de contener, verbalizar y poner palabras a los estados mentales, a veces confusos, de los menores, éstos podrán dar una respuesta más adecuada a las necesidades del niño (Fonagy et al., 2002). Paralelamente también estarán ayudando al niño a desarrollar su propia capacidad reflexiva favoreciendo así una mayor regulación emocional.

En el caso de Biel y sus padres, la intervención pudo ayudar al pequeño a desarrollar un apego más seguro, mostrándose menos angustiado ante las separaciones y siendo capaz de aprender y desarrollarse de forma más autónoma tanto en casa como en el colegio.

7. REFERENCIAS

- Abrines, N., Barcons, N., Marre, D., Brun, C., Fornieles, A. y Fumadó, V. (2012). ADHD-like symptoms and attachment in internationally adopted children. *Attachment and Human Development*, 14(4), 405-423.
- Adshead, G., & Sarkar, J. (2012). The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(3), 162-172.
- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, Everet, & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G, Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Publishing
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment

- Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263.
- Barcons, N., Abrines, N., Brun, C., Sartini, C., Fumadó, V., Marre, D. (2012). Attachment and adaptive skills in children of international adoption. *Child and Family Social Work*.
- Barone, L., Lionetti, F, Green J. (2017). A matter of attachment? How adoptive parents foster post-institutionalized children's social and emotional adjustment. *Attachment Human Development*, 19(4): 323-339.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub, Washington, DC.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bretherton, I., Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. En: Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (pp. 89-114). New York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Volume 2: Separation-anxiety and anger. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Volume 3: Loss, Sadness and Depression. London: The Hogarth Press and the Institute of PsychoAnalysis
- Burrutxaga, I.; Perez-Testor, C.; Ibañez, M.; Golanó, M.; Ballús, E.; de Diego, S.; Castillo, JA. (2018). Apego y Vínculo: una propuesta de delimitación y diferenciación conceptual. *Temas de Psicoanálisis* (pendiente de publicación).
- Cassidy, J. Jones, J.D, Shaver PR. (2013). [Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation, and policy](#). *Dev Psychopathology*, 25(4):1415-34.
- Crittenden, P. (1990). International representatinoal models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277.
- Cyr, C., Euser, E., M. Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, M.H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology* 22 (2010), 87-10.
- Elovaino, M., Raaska, H., Sinkkonen, J., Makippa, S., Lapinleimu, E. (2015). Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: results from the FinAndo stuy. *Scandivanvian Journal of Psychology*, 56, 53-61.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Fonagy, P.; Target, M. (1996) Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psy- chic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-234.
- [Fonagy P, Target M.](#) (1997). Attachment and reflective function: their role in self-organization. [Dev Psychopathology](#), 9(4):679-700.
- [Grazyna Kochanska, Lea J. Boldt, Sanghag Kim, Jeung Eun Yoon, Robert A. Philibert](#) (2014)

- Developmental interplay between children's biobehavioral risk and the parenting environment from toddler to early school age: Prediction of socialization outcomes in preadolescence. *Dev Psychopathology*, 27(3): 775–790.
- Golano, M.; Pérez-Testor, C. (2013), "Mentalització i vincle: La mentalització parental", *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 30(1): 67-77
- Gunnar, M. R., Bruce, J. y Grotevant, H. D. (2000). International adoption of institutionally reared children: research and policy. *Development and Psychopathology*, 12(4), 677-93
- Hamilton, C. (2000). Continuity and Discontinuity of Attachment from Infancy through Adolescence. *Child Development*, 71(3), 690-694.
- Howe, D. (2006). Developmental Attachment Psychotherapy with Fostered and Adopted Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 1(3), 128-134.
- Kay, C., Green, J., & Sharma, K.(2016).Disinhibited attachment disorder in UK adopted children during middle childhood: Prevalence, validity and possible developmental origin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1–12.
- Lionetti, F. (2014). What promotes secure attachment in early adoption? The protective roles of infants' temperament and adoptive parents' attachment. *Attachment Human Development*, 16(6): 573-89.
- Lorenzini, N., Fonagy, p. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: Breve revisión *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 1. 1-44.
- Lyons-Ruth K1, Alpern L, Repacholi B. (1993) Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64(2), 572-85.
- Main, M, Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure- disorganized/disoriented attachment pattern". En T.B. Brazelton y M. Yogman (Eds.): *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex,
- Mirabent, V., Aramburu, I., Davins, M., Pérez Testor, C. (2009). La familia adoptiva: influencia de los duelos en la formación de vínculos. *La Revue Internationale de Psychanalyse du Couple et de la Familla*, 5
- Pace, C. S., Di Folco, S., Guerriero V. (2017) [Late-adoptions in adolescence: Can attachment and emotion regulation influence behaviour problems? A controlled study using a moderation approach](#). *Clinical Psychology and Psychotherapy*. In press.
- Pace, S.C., Zavattini G. C. (2010). Adoption and attachment theory the attachment models of adoptive mothers and the revision of attachment patterns of their late-adopted children. *Child: Care, health and development*, 37, 1, 82-88
- Román, M., Palacios, J. (2011). Separación, Pérdida y nuevas vinculaciones: el apego en la adopción. *Acción Psicológica*, 8(2), 99-111.
- Roskam, I., Stievenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M. J., Santelices, M. P., Juffer, J., Van Ijzendoorn, M.H., Pierrehumbert, B. (2014). Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 133-144
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism; A follow-up report on investigation

- described in volume I, 1945. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Steele M., Hodges J., Kaniuk J., Steele H., Hillman S., Asquith K. (2008). Forecasting outcomes in previously maltreated children. The use of the AAI in a longitudinal adoption study, in *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview*, eds Steele H., Steele M., editors. (New York, NY: Guilford Press;), 427–451
- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421.
- Van Londen, W. M., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H. (2007). Attachment, Cognitive, and Motor Development in Adopted Children: Short-term Outcomes after International Adoption. *Journal of Pediatric psychology*, 32(10), 1249-1258.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., van IJzendoorn, M.H., Steele, H., Kontopoulou, A., y Sarafidou, E. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1-13.