

HABILIDADES CLÍNICAS Y DESARROLLO DE UN VÍNCULO SEGURO EN PSICOTERAPIA¹

CLINICAL SKILLS AND DEVELOPMENT OF A SAFE BOND IN PSYCHOTHERAPY

VERÓNICA ESCOBAR ZAMORANO
Instituto Humaniza Santiago
vescobarz@gmail.com

PAMELA RONDANELLI VALDÉS
Instituto Humaniza Santiago
ps.rondanellivaldes@gmail.com

Resumen

Se analiza desde la perspectiva de la alianza terapéutica y la teoría del apego, un caso atendido en psicoterapia sistémica vincular, orientada en el modelo clínico del Instituto Humaniza Santiago, buscando identificar las habilidades clínicas fundamentales que un terapeuta debe emplear para facilitar el desarrollo de un vínculo seguro dentro del proceso terapéutico. En el caso expuesto, se puede visualizar el proceso de terapia de un niño y su familia, los cuales presentaban un estilo de vinculación insegura ambivalente, concluyendo que los avances en dicho proceso se habrían logrado en gran parte gracias al trabajo focalizado en la formación de un vínculo seguro dentro de la alianza con el niño y la relación colaborativa con sus padres. Se concluye que existen elementos centrales del vínculo terapéutico y algunas prácticas clínicas; como la importancia del lenguaje no verbal, el rol fundamental del cerebro emocional derecho, la empatía del clínico, los procesos de mentalización y sintonización, entre otras, que guían la reflexión sobre las competencias técnicas, la relación terapéutica y también sobre la persona del terapeuta, lo que finalmente abre algunas perspectivas desde donde se puede mirar la forma en que se realiza la psicoterapia sistémica vincular.

Palabras clave: relación terapéutica, vínculo seguro, empatía, sintonización, mentalización.

Abstract

Its analyzes from the perspective of therapeutic alliance and attachment theory, a case addressed in systemic bonding psychotherapy, oriented based on the systemic bonding clinical model of the Instituto Humaniza Santiago and seeks to identify the fundamental clinical skills

¹ Este artículo corresponde al trabajo final, desarrollado por las autoras para el "Postítulo en Psicoterapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia", que dicta el Instituto Humaniza Santiago. El docente asesor fue el Ps. Freddy Orellana Bahamondes.

that a therapist should use to facilitate the development of a safe bonding within the therapeutic process. In the case presented, it is possible to visualize the therapy process of a child and his family, which presented an ambivalent unsafe bonding style; concluding that the advances in said process would have been achieved largely thanks to the work focused on the formation of a secure bond within the alliance with the child and the collaborative relationship with his parents. It is concluded that there are central elements of the therapeutic bond and some clinical practices; like the importance of non-verbal language, the fundamental role of the right emotional brain, the empathy of the clinician, the processes of mentalization and synchronization, among others, that guide the reflection on the technical competences of the psychologist and also on the person of the therapist itself; which finally opens some perspectives which one can look at the way in which systemic bonding psychotherapy is carried out.

Key words: therapeutic relationship, safe bond, empathy, synchronization, mentalization.

Introducción

EL TEMA DE ESTUDIO del presente documento, nace de la inquietud por identificar habilidades clínicas que pudieran resultar esenciales para facilitar el desarrollo de un vínculo seguro dentro de la alianza terapéutica. La investigación de estos elementos, se encuentra motivada por conocer los procesos que llevan al desarrollo de un vínculo seguro, logrando un impacto positivo y fundamental en la consecución de los objetivos terapéuticos, abriendo una ventana hacia la observación de la manera en que se realiza la terapia vincular y continuar la búsqueda de diferentes estrategias que permitan mejorar tanto la formación como la labor clínica. Se recogió información teórica sobre la relación terapéutica y en especial en el terapeuta con un rol regulador dentro de ésta, tomando en consideración los componentes que conforman la alianza y las prácticas clínicas que facilitan las bases seguras dentro un contexto terapéutico. La revisión bibliográfica se basó principalmente en los estudios de distintos autores como Schore (2012) con la teoría de la autorregulación y el rol esencial de hemisferio cerebral derecho; las propuestas de Canevaro (2012) sobre la alianza terapéutica; Wallim (2012) y su estudio del apego y psicoterapia; Oaklander (2012) y los procesos vinculares en la terapia con niños y adolescentes; Siegel (2007) y las teorías de la mentalización y por último, Gonzalo (2012) y los componentes de la alianza terapéutica.

Dentro del análisis realizado de las habilidades o estrategias que puede desarrollar el terapeuta, se encuentran todas aquellas que tienen que ver con las expresiones del cerebro emocional derecho, que se ponen de manifiesto dentro de la alianza terapéutica. Es importante mencionar cómo el terapeuta empático, sensible y atento a lo que se transmite en forma no verbal en la relación paciente-terapeuta, tiene un enorme poder en el establecimiento de un vínculo seguro en la terapia. A su vez se puede señalar que el terapeuta, a través de los procesos de sintonización y mentalización se convierte en un regulador interactivo de los estados emocionales del sistema consultante.

Marco conceptual

La influencia del apego en la relación terapéutica

Oaklander (2012) se refiere al vínculo psicoterapéutico ejemplificando que no hay nada que pueda ocurrir en el contexto terapéutico con un niño en la sala de terapia, si no existe una mínima hebra de relación. Señala que la relación con un niño es algo tenue que requiere cuidado y nutrición. Ante esto, refiere que su práctica habitual es mostrarse lo más auténtica posible, dejando que el niño perciba, desde un punto de vista emocional, la mayor coherencia entre lo que puede observar cognitivamente, lo que le da contexto a las situaciones y que explica el trasfondo de las conductas. Asimismo, utiliza un lenguaje cercano, sin tomar el rol de maestra, ni manipular o juzgar a la persona con quien comparte el espacio terapéutico.

Wallim (2012) postula que los vínculos son “transformadores” y se refiere al proceso vincular establecido en la relación terapéutica, donde realiza la comparación entre el vínculo inicial de la infancia como facilitador del desarrollo de un niño y el “nuevo” vínculo de apego con el terapeuta como pieza clave que propicia el cambio en el paciente. Señala la premisa de Bowlby (1988, citado en Wallim, 2012), explicando que ese “nuevo” vínculo con el terapeuta ofrecería una base segura para que el paciente se arriesgue a sentir lo que supuestamente no debe sentir y a saber lo que supuestamente no debe saber. Destaca que el rol central de terapeuta consiste en contribuir a que el paciente desmonte los modelos de apego del pasado y construya otros nuevos para el presente, pues los modelos adoptados en los primeros vínculos no sólo reflejan la manera de relacionarse con los demás, sino que también la manera de sentir y pensar. De esta misma forma, el vínculo del paciente con el terapeuta tiene el potencial de generar nuevos modelos de regulación afectiva y de pensamiento, así como de apego, afirmando que el vínculo terapéutico es un “crisol del desarrollo” dentro del cual pueden ocurrir transformaciones radicales del vínculo que tiene el paciente con su propia realidad interna y externa.

Por otra parte, Fonagy (2008, citado en Wallim, 2012) recalca la importancia de habilitar al paciente para que encuentre una imagen de sí mismo en la mente del terapeuta, como un ser que piensa y siente. Desde esta perspectiva, la idea central que desarrolla es que la psicoterapia funciona generando un vínculo de apego seguro en el que el paciente puede desarrollar las capacidades de mentalización y regulación del afecto. Por tanto, se trataría de un vínculo intersubjetivo en que el paciente llega a conocerse, en el proceso de ser conocido por otro.

Lossa, Corbella y Botella (2012) presentan la hipótesis de que algunas relaciones adultas son categorizables en los estilos de apego propuestos inicialmente por Bowlby (1988, citado en Schore, 2012). Es por eso que aseveran que el estilo de apego del paciente influye en los resultados y en el proceso terapéutico. Al respecto señalan:

1. Los pacientes con apego seguro tienden a obtener mejores resultados terapéuticos.
2. Los pacientes con apegos inseguros tienden a responder más pobremente.
3. Los pacientes con estilos de apego seguro obtienen mayores beneficios de los tratamientos breves (Eames y Roth, 2000, citados en Lossa et al., 2012).

Por otra parte, si se habla de los resultados poniendo en relación los estilos de apego y la alianza terapéutica, existe mayor certeza que los estilos ansiosos tienden a empobrecer la alianza y el apego de estilo seguro se relaciona con mejores evaluaciones de alianza terapéutica (Eames y Roth 2000, citados en Lossa et al., 2012).

Evolución y aportes de la teoría del apego a la psicoterapia: Aspectos fundamentales de las funciones del hemisferio cerebral derecho.

La teoría del apego ha ido evolucionando hacia la incorporación de las neurociencias. Una muestra de esto es el trabajo de Schore (2012) quien formula la teoría moderna del apego ligándola a la teoría de la autorregulación. Este nuevo concepto devela que las experiencias tempranas dependen del desarrollo del sistema inconsciente humano que permanece activo en el curso de la vida. Schore (2012) propone que:

Las transacciones de apego son fundamentales para el desarrollo de sistemas cerebrales, involucrando el procesamiento no consciente de la emoción, la modulación del estrés, la autorregulación y de este modo los orígenes funcionales del cuerpo que operan automáticamente por debajo de los niveles de la conciencia. Estas transacciones emocionales tempranas impactan la estructura psíquica, facilitan la maduración de los sistemas cerebrales que excitan la auto-regulación. (p. 29).

Siguiendo esta idea se puede destacar el rol del hemisferio derecho no verbal y no consciente, el cual influye directamente en la comunicación y el apego dentro de la relación terapéutica, estableciendo que las experiencias de apego conforman la organización temprana del hemisferio derecho del cerebro, el núcleo neurobiológico del inconsciente humano (Schore, 2012). Estos mismos procesos implícitos de dinámica relacional intervienen en la relación terapéutica, pues “el cerebro derecho se encuentra afectivamente cargado de experiencias de apego, que son comunicadas y reguladas dentro de la alianza terapéutica” (Schore, 2012, p. 33). A su vez, relaciona experiencias emocionales subjetivas con la comunicación implícita de estados afectivos entre los cerebros derechos de los miembros de una díada madre-hijo y díada paciente-terapeuta, lo cual describe de mejor manera como intersubjetividad. Es importante destacar que el correlato neurobiológico de esta intersubjetividad principalmente se expresa en “la auto-organización del cerebro en desarrollo que se produce en el contexto de una relación con otro (otro self), otro cerebro” (Schore, 2012, p. 60).

Dentro del abordaje terapéutico se resalta la idea de que la aplicación de los principios de la teoría del apego en los modelos de psicoterapia, se ha centrado en el tratamiento sobre las dinámicas afectivas internas del cerebro derecho, trabajando modelos de codificación de estrategias de afrontamiento de regulación afectiva que se activan dentro de la alianza terapéutica, concluyendo que la capacidad de recuperación frente a la tensión y la novedad es un indicador de la seguridad del apego, y los cambios de modo terapéuticos en el modelo de trabajo interno del paciente, que codifica las estrategias de regulación afectiva, reflejan alteraciones estructurales en el cerebro derecho (Schore, 2012).

En la teoría de la regulación del proceso psicoterapéutico, Schore (2012) ha destacado el papel central de la comunicación implícita en el cerebro derecho, aquella no verbal (expresión facial, la prosodia, gesto inconsciente) en la transferencia-contratransferencia, lo cual lleva concluir que el hemisferio derecho es dominante en el tratamiento, y que la psicoterapia no es sólo la “cura por la palabra, sino que es el efecto de la comunicación y la regulación es la curación” (Schore, 2012). Asimismo, la regulación y los afectos inconscientes son un mecanismo central en el proceso de cambio y que la mayoría de las formas de hacer terapia ven la desregulación afectiva como eje de las alteraciones de la personalidad, por lo tanto distintos enfoques comparten el

objetivo común de mejorar la efectividad del proceso regulador de autocontrol emocional, independientemente a sus modelos explicativos (Schore, 2012).

Establecimiento del vínculo seguro en la alianza terapéutica.

Desde la mirada de Schore (2012) en relación a los contextos terapéuticos que se orientan en optimizar la comunicación intersubjetiva y la regulación interactiva, los déficits en los modelos internos de trabajo de uno mismo y el mundo, se reparan de forma gradual, siendo Bowlby (1988, citado en Shore, 2012) quien afirmó que la restauración en la conciencia y la reevaluación de los modelos internos de trabajo es la tarea esencial de la psicoterapia, es decir llevar al plano consciente los aprendizajes implícitos o inconscientes, no registrados verbalmente. Dentro del escenario terapéutico, Stern (1998, citado en Schore, 2012) describe la importancia del “conocimiento relacional implícito” almacenado en el hemisferio del cerebro no verbal (derecho) lugar donde se encuentra el núcleo del cambio del proceso psicoterapéutico y que es activado específicamente en la alianza terapéutica.

Scaer (2005, citado en Schore, 2012) señala que la importancia de la comunicación esencial implícita incorporada en la relación paciente-terapeuta radica en que “las funciones de la interacción social son sutiles variaciones de expresión facial, postura corporal y patrones de movimiento, que reflejan emociones como desaprobación, apoyo, humor y miedo. El contacto visual también contribuye a la creación inconsciente de un ambiente seguro”. Un segundo concepto a considerar dentro de la comunicación relacional implícita, sería la prosodia, transmite diferentes matices de significado a través de variaciones en el acento tónico y el tono, independientemente de las palabras y de la construcción gramatical. Estos datos, apoyan la hipótesis que sugiere que los elementos pre verbales del lenguaje: entonación, tono, fuerza y ritmo, provocan reacciones derivadas desde las relaciones madre – bebé tempranas (Schore, 2012).

Otro de los aportes de Schore (2012) sobre el proceso psicoterapéutico es que, el mismo estaría basado en la comunicación implícita intersubjetiva de hemisferio derecho a hemisferio derecho, mecanismo que regula el proceso de la diada cuidador-niño y la relación terapeuta-paciente. Dicho autor afirma que: “Durante el tratamiento psicológico, la empatía terapéutica es consciente, pero también está escuchando e interactuando al otro nivel, el subjetivo, procesando implícitamente la información socioemocional en niveles por debajo de la conciencia” (Schore, 2003, p. 52, citado en Schore, 2012).

Wallim (2012) resume acerca de la relevancia de la memoria implícita o “conocimiento relacional implícito”, el cual se expresa en la forma que la persona se comporta y siente, el modo en que se desenvuelve, y en lo que espera cada cual de los vínculos con otros. Este conocimiento suele existir al margen de la conciencia reflexiva, no porque no se tenga la capacidad de saberlo, sino porque lo que se sabe se registra de forma implícita y por lo tanto es difícil de recuperar lingüísticamente. En el trabajo clínico, la experiencia de aprender más funciones del cerebro derecho expresadas en la relación terapéutica, requiere técnicas expansivas que incorporen la capacidad de profundizar, recibir y expresar la comunicación afectiva de forma no verbal; la sensibilidad clínica; utilizar la subjetividad / intersubjetividad y la empatía, afecta a la regulación. En cuanto a la comprensión de la relación terapéutica y la facilitación de la alianza, se indica que durante las etapas subsiguientes del tratamiento, “el sensible y empático terapeuta” es capaz de

estar atento y a su vez monitorear los procesos inconscientes en el encuentro con el paciente, en vez de centrarse en los contenidos verbales del diálogo, donde este terapeuta empático también resuena con expresiones implícitas simultáneas del paciente de acoplamiento y desacoplamiento dentro del campo intersubjetivo co-construido, permitiéndole así, actuar como un regulador interactivo de estados psicológicos del paciente y facilitar el cambio en la psicoterapia (Schore, 2012).

Schore (2012) también concluye que uno de los principios generales que rigen la intervención clínica en la relación terapéutica, sería que el denominado terapeuta empático y sensible permite al paciente re-experimentar afectos desregulados en dosis de afectividad tolerable en el contexto de un ambiente seguro, para que los sentimientos traumáticos abrumadores puedan ser regulados e integrados a la vida emocional del paciente. De igual forma explica que la empatía afectiva, la sintonía y el contacto profundo son necesarios para la progresión terapéutica, destaca que en el núcleo psicobiológico del campo intersubjetivo, es el vínculo de apego de la comunicación emocional y la regulación afectiva lo que genera el cambio, la capacidad de regulación y de reparación interactiva del terapeuta que trabaja sobre la disfunción regulada, especialmente en estados afectivos inconscientes, dentro de un contexto relacional seguro donde el paciente puede describir y eventualmente regular la experiencia vivida (Schore (1994, citado en Schore, 2012).

Por último, se indica que el trabajo intersubjetivo de la psicoterapia no se define por lo que hace el terapeuta para el paciente, o le dice al paciente, es decir enfocados en el cerebro izquierdo, sino más bien, establece como mecanismo clave el cómo estar con el paciente, especialmente durante momentos de estrés afectivo, dando el foco al cerebro derecho (Schore, 2012).

Los componentes esenciales de la alianza terapéutica

Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) menciona tres componentes de la relación terapéutica: apego terapéutico, relación sintonizada resonante con el terapeuta y el diálogo mentalizador reflexivo. En estos tres aspectos se alude a la relación entre un cuidador y un niño. Afirma este autor, que cuando ha ocurrido que el niño ha permanecido tiempo insuficiente de compañía y adecuado cuidado por parte del adulto, es que aparece el trauma de carácter crónico, por lo que el terapeuta en los casos de reparación o re-habilitación de estilos de apegos inseguros debe construir una relación adecuada con el niño, con lo que se permite la reparación del daño emocional sufrido, en mayor o menor medida, y apoya el asentamiento de bases seguras y de confianza para poder avanzar y abarcar nuevos objetivos terapéuticos.

El apego terapéutico: Dentro de los tipos de apegos inseguros, en primer lugar, se menciona el apego inseguro evitativo, en el cual el niño se ha enfrentado a cuidadores emocionalmente no disponibles, con cuidadores poco perceptivos a las necesidades de apoyo y contención de los hijos y por lo tanto escasamente habilitados para satisfacerlas (Siegel 2007, citado en Gonzalo, 2010). Estos niños tienden a temer la conexión emocional con el terapeuta, sintiendo miedo a la profundización de la relación, que es cuando irrumpe la estrategia adaptativa de la evitación y negación de los problemas, o el uso instrumental de la terapia, lo cual también es válido para los adultos que presentan la queja inicial (Gonzalo, 2010).

En el apego ansioso ambivalente, los cuidadores del niño no han sabido discriminar de buena forma los momentos en que el niño necesita de su compañía o un periodo tranquilo, en soledad. Lo que ha sucedido es que han existido una serie de intrusiones que pueden haberlo invadido de las emociones del adulto, en especial las del polo más negativo, como consecuencia los cuidadores se vuelven inconstantes y cambiantes en sus emociones e impredecibles en sus actos, dejando la posibilidad de desatender por periodos de tiempo al bebé, alternando con estas intrusiones ya mencionadas (Gonzalo, 2010). El estilo de apego ansioso ambivalente, llevaría al niño a preocuparse por su propia angustia, y elevar la atención hacia la poca constancia en la relación de apego, de acuerdo a lo propuesto por Barudy y Dantagnan, (2005, citados en Gonzalo 2010).

El efecto visible en la psicoterapia de este tipo de apego (ansioso ambivalente) es que se encuentra en la sala de terapia un niño que trae un patrón conductual en busca de la proximidad ansiosa con el terapeuta, pues existe un profundo miedo a no ser lo suficientemente amado y valorado en general, y más aún por el terapeuta. El niño muestra conexión emocional, y puede trabajar los objetivos terapéuticos, sin embargo se corre el riesgo de que idealice al terapeuta para luego vivir una profunda decepción cuando se siente frustrado por cualquier motivo (Gonzalo, 2010).

Gonzalo (2010) propone que, en los apegos inseguros, la labor terapéutica necesita llevar a la relación con el niño, patrones estables y seguros, adaptables, en tanto serían nuevas formas de aproximarlos a lo que debería ser una relación saludable, entendiendo que es imposible colmar su mundo relacional de experiencias, si con anterioridad no ha sido satisfecho adecuadamente. En ese sentido, se promueve el trabajo en base al estilo vincular del propio consultante, sin la motivación de cambiarlo, sino que, a través de interacciones estables, seguras, predecibles, sintonizadas y adecuadas al contexto.

Relación sintonizada resonante con el terapeuta: se refiere a la alineación del estado emocional del terapeuta con el del niño, de manera que la conexión y desconexión suceden al ritmo y necesidad de este último, según su necesidad de cercanía o percepción de intrusión. El proceso de alineación de los estados mentales del cuidador con lo que le sucede al niño de forma prolongada y “suficientemente buena” es la antesala de la sintonía en el apego seguro. En una sintonía bien lograda, el cuidador sintoniza, mediante el reflejo de emoción, pero sin necesidad de interactuar más allá con el niño cuando este no sienta la necesidad de hacerlo. Por esto es que Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) los denomina cuidadores sensiblemente perceptivos.

En las situaciones de terapia con niños que presentan dificultades en su desarrollo de apego, es el terapeuta el encargado de sintonizar adecuadamente con su necesidad, ya sea de mantenerse “a salvo” de las emociones en el polo más evitativo, como también leyendo adecuadamente la necesidad de mayor o menor intrusión en un apego inseguro del tipo ambivalente (Gonzalo, 2010). Al “resonar”, el terapeuta recoge las emociones del niño y le puede reflejar que las está sintiendo, validando tanto la emoción como al niño, como sentando una base más en la construcción de una buena relación terapéutica, que permita trabajar las ansiedades, temores, conductas, y dificultades que trae el niño a la terapia.

Diálogo mentalizador reflexivo: El niño, durante su primer año de vida comienza a percibir las intenciones de las otras personas, pues como plantea Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) la mente dispone de la habilidad para detectar que otra persona tiene otra mente con un foco de atención, intencionada y con emociones propias, lo cual también ha sido descrito como el proceso de adquirir concepto de mente de los demás, o teoría de la mente (Fonagy, 2004, citado en Gonzalo, 2010).

Caso clínico

Para ilustrar los componentes teóricos del presente documento, se presenta el caso clínico de una familia de padres separados, con historial de separación ambigua por al menos 6 años². Santiago es el único hijo de ambos, nace producto del primer y único embarazo de la madre, María, quien lo relata como algo muy esperado en la relación de pareja con Roberto. Impresiona que en la profundización de la historia vincular, María se contacta escasamente con la emoción del periodo, generalizando afectos desde una perspectiva racional y lo que se consideraría “esperable”.

La relación de pareja de Roberto y María, se inicia al coincidir en cierto lugar de alojamiento por motivos de trabajo. Con el tiempo la relación se hace más estable y por un asunto práctico, se mudan juntos a un departamento. Desde esta época, la pareja había tenido varios conflictos, principalmente por las dificultades afectivo-sexuales. Luego de una primera separación de la pareja, María se muda a otra ciudad cuando Santiago tenía un año de vida. Continúan su relación de padres, siempre con el apoyo económico y presencia de Roberto, quien les ha provisto todo lo necesario para su comodidad. Durante los años que permanecieron separados, ocasionalmente tenían encuentros amorosos entre ellos, lo cual instala la ambigüedad de la separación, ya que Roberto cada vez que viajaba a visitar a su hijo, se quedaba en el departamento que compartían María y Santiago, y pasaba, como dice ella “como Pedro por su casa”. Luego de un tiempo, María deja de trabajar, por lo que Roberto le ofrece un cargo en su empresa, y luego de una cirugía compleja de uno de ellos, deciden intentar convivir nuevamente, haciendo un nuevo esfuerzo de componer la relación amorosa, trasladándose a un hogar, los tres como familia. Esta situación se complica al volver a editarse las dificultades de relación que siempre han tenido, por lo que en los dos años siguientes, tuvieron varias rupturas y consecuentes reconciliaciones.

La familia de origen de Roberto es de una ciudad lejana. Roberto tiene solamente una hermana, quien vive junto a su marido y dos hijos, quienes son muy cercanos afectivamente con Santiago. La madre de Roberto está viva, su padre falleció hace unos años. La infancia de Roberto se desarrolló bajo la constante violencia física y psicológica de su padre, lo cual permanece hasta aproximadamente los 19 a 20 años de Roberto, cuando su padre quiso golpearlo, pero él lo enfrentó. Lo anterior se contrapone a la imagen benevolente descrita verbalmente por Roberto, destacando los sacrificios que observó en su padre. Refiere también que era alcohólico y que tuvo la amarga misión de salir a buscarlo luego de alguna ingesta excesiva. María es la mayor de tres hermanos, la única mujer. Dice que en su infancia fue maltratada de

² Los miembros de la familia han firmado un consentimiento informado autorizando la publicación, resguardando sus datos personales. A fin de salvaguardar la confidencialidad se han modificado los nombres y datos contextuales básicos de las personas.

manera esporádica para disciplinarla, por lo cual en ocasiones considera necesario aplicar la agresión como correctivo a los niños, no considera que los gritos o retos fuertes, incluso golpes hacia su hijo puedan ser violentos. Su padre conoce a su madre estando en un centro de formación de fuerzas armadas, la corteja y luego de casarse, ella se convierte en la gestora de su desarrollo profesional. María considera que su padre nunca tuvo “alma de uniformado”, pues es un hombre sencillo, sensible y nunca maltrató a nadie en el hogar. Sin embargo al hablar de su madre, la describe lejana, poco afectuosa y muy preocupada de la imagen proyectada: describe los intentos de su madre por hacer crecer profesionalmente a su padre, manteniendo la fachada de la relación conyugal. La madre durante varios años mantuvo una relación paralela con otra persona, hasta que finalmente se separa de su esposo (padre de María) y afianza su nueva relación de pareja.

A Santiago, nunca se le dijo que sus padres estaban separados, ni que volvieron a estar juntos, por lo tanto lo único que conoce de ellos es esta relación poco demostrativa y distanciada, tanto física y emocionalmente. Santiago es descrito como un niño tímido, que le costaba enfrentar situaciones nuevas desde muy bebé, pero ambos padres explican que esas características se exacerbaban a partir del año en que ambos padres decidieron vivir juntos, en una nueva reconciliación.

En cuanto a sus quejas iniciales, Santiago y María concuerdan en que ella es muy severa, estricta y poco cariñosa con él, que les gustaría tener una relación más estable y cariñosa, donde no sea necesario el uso de la agresión para comunicarse. Roberto se queja de que Santiago es muy poco afectuoso con él y siente que no han hecho (y él en particular) un buen trabajo de paternidad. Santiago presenta dificultades importantes para comenzar a socializar ya sea en grupos nuevos o conocidos con pares o adultos, pues desea estar con su madre en todo momento, ante lo cual llora o genera comportamiento de evitación o escape, intentando huir del lugar.

Parte importante de la primera etapa de terapia es la co-construcción del motivo de consulta, en donde se aborda desde un punto de vista sistémico vincular lo que ocurre, de manera que se co-construye la siguiente explicación: “Esta familia ha tenido dificultades para poder guiar a Santiago en el aspecto socio-emocional, ya que a pesar de que ambos padres lo aman infinitamente, tiene a la vez una madre a quien le cuesta la expresión de emociones y un padre que es muy demandante de las demostraciones de cariño, por lo tanto para Santiago esta situación es confusa, en términos de lo que se espera de él. Durante su vida, Santiago ha debido comprender e interpretar las actitudes de ambos padres, observando y viviendo esta ambigüedad como un ambiente inseguro, reaccionando con miedo y evitación, que no lo favorecen para enfrentar satisfactoriamente situaciones nuevas”.

Ambos padres coinciden en explicar las conductas evitativas o ansiosas de Santiago con la crianza que ha tenido. Ambos se cuestionan, la calidad de padres que han sido con la consecuente culpabilidad que ambos sienten al inicio de la terapia. Santiago en las primeras sesiones, presenta dificultades para identificar sus necesidades, sus afectos y deseos, plantea que no le gusta estar sin su madre, pues con ella siente “menos pena y menos miedo”.

La pauta relacional se puede describir así: Santiago presenta dificultades para identificar sus emociones, en especial las displacenteras, no las expresa como necesidad ante lo cual la madre, quien tiene dificultades para sintonizar con su hijo, interpreta que es una “maña”, lo

reprende agresivamente, y obliga a enfrentar la situación que le genera displacer de inmediato, sin permitir el adecuado reconocimiento de dicho afecto. Ante esto el padre reacciona reclamando su propia necesidad de que Santiago sea más expresivo y que le demuestre más su afecto. Su padre considera las demostraciones habituales o extraordinarias de Santiago como una actitud displicente y poco afectuosa, terminando por creer que lo ha hecho mal como padre ya que el niño no lo quiere tanto como debería. Todo lo cual redunda en que Santiago re-edite en su conducta la propia dificultad para identificar sus emociones.

El clima que se vive está ligado a la inseguridad, poca certeza, desconfianza en las relaciones. En el primer periodo de la terapia, ambos padres tenían dificultades para reconocer en su hijo una persona con necesidades propias, y diferente a ellos y pensaban que las reacciones de Santiago eran para “molestarlos” a ellos. A medida que avanza el proceso, hay un cambio favorable en relación a la importancia de la sintonización con los estados emocionales y necesidades de su hijo, cada cual en sus capacidades.

Parte importante de la terapia contempló la identificación de emociones en las relaciones, y en ese ámbito, para Roberto, la emoción fundamental es la frustración, tanto por su autocrítica en relación a su calidad de padre, como con la poca demostración de afecto que observa en Santiago hacia él. La madre siente mucha rabia, ya que se siente utilizada por la figura del padre, quien se relaciona con ella cuando quiere, y cuando se aburre de sus dificultades para demostrar afectos, la deja y sigue su vida. Santiago está en constante estado de ansiedad, con dificultades para explorar sus propios estados emocionales, en una evitación de contacto con los demás para encontrar un lugar protegido para sí mismo.

Dentro de los recursos de esta familia se visualizó que estaba enfocada en el cumplimiento y la responsabilidad. Ambos padres desean lo mejor para Santiago, generan, a pesar que con bastante dificultad, las instancias para discutir los temas y enfrentar los conflictos, aunque estos a veces quedan a medio tratar, ya que en ocasiones cuando se abre un tema importante, ellos reaccionan generando una nueva queja, alejando así el tema vincular de fondo de la discusión.

Los padres vivirían la crianza desde el miedo a fallar en su rol, ya que tanto María como Roberto expresan haber vivido experiencias vinculares inseguras con sus propios padres. Este temor podría producir que ellos se comporten en extremo complacientes o exigentes con Santiago, quien ha desarrollado un estilo de apego inseguro-ambivalente, lo que le ha ayudado a enfrentar la ambigüedad y la poca disponibilidad de la figuras parentales. Santiago busca su atención y afecto, pero de una manera inadecuada y sin saber en qué términos dichas figuras van a reaccionar ante tal solicitud. Esto se ha intensificado en los últimos tres años, ya que la relación ambigua entre los padres se hace más presente en la vida de Santiago.

El objetivo general de la terapia, fue generar un espacio de desarrollo seguro, disminuyendo sus estrategias evitativas y/o sintomatología ansiosa asociada a las situaciones sociales en las que debe desenvolverse por sí solo. Se planteó una terapia de tipo individual-contextual, con intervenciones vinculares, se trabajó en primera instancia con Santiago, agregando algunas sesiones con su madre y con su padre.

En relación a la alianza, se fue gestando poco a poco, y con bastante delicadeza debido a

que la madre impresionaba con cierta desconexión, por lo cual a veces la terapeuta sintió miedo de realizar alguna actividad que promoviera el contacto emocional, previniendo que existiera una reacción agresiva con Santiago (trivializar sus sentimientos o minimizar su dolor). En las sesiones de Santiago con su padre, sucedía algo parecido, ya que, la terapeuta, se sentía intentando cuidar a Santiago de la excesiva demanda de afecto de parte de Roberto.

En cuanto a la estrategia terapéutica, se desarrollaron los temas de acuerdo a su profundidad, entendiendo que no todo se iba a poder abordar en esta terapia, ya que cada uno de los padres debía hacer su propio proceso, en términos de asumir la separación y desarrollar estrategias para sobreponerse a ésta. Se trabajó primero con la identificación y expresión de emociones con Santiago para luego dar paso a algunas intervenciones vinculares con ambos padres por separado. En algunas ocasiones asistieron ambos padres para acordar ciertos criterios en relación a su separación, y en otras ocasiones asistieron ambos padres y Santiago. Se realizaron 38 sesiones en total, en un periodo de 2 años.

Evolución

El sistema consultante evolucionó favorablemente, primero porque la ambigüedad en la separación de pareja fue resuelta más claramente, lo que favoreció la diferenciación de funciones en relación a Santiago y el desarrollo de una relación más estable y segura con su hijo. Esto generó un buen contexto para que Santiago se mostrará más confiado ante situaciones nuevas, disminuyendo su respuesta ansiosa y mejorando en sus relaciones escolares con pares.

Hay algunas secuelas relacionales que se mantienen, de modo poco sintomático, que son los referidos a la ambivalencia de la madre y el padre, en relación específicamente a sus requerimientos sobre cómo debe ser o comportarse Santiago. Esto es una dificultad que se presentó en la terapia, ya que como se mencionó, al entrar en terrenos más vinculares, los padres generaban una nueva queja (por ejemplo: no ha querido saludar de beso a su abuela).

Los cambios que observaron los padres y el mismo niño, son similares a los mencionados por la terapeuta, por ejemplo aspectos como: “se ve más sociable, más seguro de sí mismo, más maduro, feliz”.

Se considera relevante hacer mención respecto a las resonancias de la terapeuta, las cuales principalmente tenían que ver con el poco reconocimiento hacia Santiago por parte de sus padres, a quienes la terapeuta percibió funcionando en gran medida desde sus propias necesidades, dejando poco espacio para la visualización de las necesidades de Santiago, como niño.

Una familia que la terapeuta juzgó como muy adulta, con ambigüedad respecto a las expectativas de desarrollo de su hijo. La ambivalencia en conductas como acercamiento/intrusión y dejar que resuelva por sí solo las situaciones que le parecían difíciles, hizo que la terapeuta se viera, en ocasiones, entrampada en el caso, pues sintió incomodidad, incluso frustración con esta habilidad de sintonización que observó y juzgó disminuida de parte de ambos padres. A pesar de esto, al visualizar estos aspectos, hacerlos conscientes y trabajar con ellos tuvo la utilidad de poder presentarlos a los padres. En ocasiones, en sesiones con la madre la terapeuta sintió cierta incomodidad con la poca empatía que observada en su comportamiento. A partir de esto, se trabajó con su historia de vida, haciéndole traer recuerdos de ella, necesidades de niña, fortalezas y recursos, para que los viera también en su hijo.

Análisis clínico

En la integración de los aspectos fundamentales del caso clínico con la información teórica recogida, se pueden obtener relaciones que parecen relevantes y que permiten a su vez, poder concluir y ver con más sustento aquellos detalles de la relación paciente-terapeuta que logran favorecer el desarrollo de un vínculo seguro en la alianza terapéutica en el contexto de una terapia sistémico-vincular.

En lo que se refiere a las razones por las cuales llega el sistema consultante, podríamos entender que tuvieron relación con los estilos vinculares que se han establecido dentro de la familia y que se encuentran marcados por la ambivalencia, lo que ha producido estados emocionales de inseguridad y ansiedad en el niño. En el proceso inicial de la terapia, y como lo define Schore (2012) en el apartado sobre la empatía del clínico, la terapeuta es quien primeramente empatizó con los sentimientos del niño, lo que logra gracias a la sensibilidad clínica que muestra en los encuentros con el paciente, a través de estar atenta a las expresiones verbales y no verbales de él. Habiendo sido capaz de sintonizar con el niño, situación que promovió las bases fundamentales de la alianza terapéutica en este caso.

Con respecto a las dificultades que manifiesta la familia, en la reformulación de la queja (co-construcción del motivo de consulta) se plantea lo que ha ocurrido con las expresiones de afectos de los padres hacia el niño. Por un lado, la madre, es una persona a la que le cuesta expresar el cariño y se ha enfocado en exigirle, lo que formula como “madurez” con algún grado de severidad y por otro lado, un padre que considera que su hijo le demuestra muy poco afecto, cuestionando su rol de padre en todo momento. Acá la terapeuta da cuenta de cómo este escenario se ha vuelto confuso y difícil de integrar para Santiago. En Schore (2012) en relación a la autorregulación y el rol fundamental del hemisferio derecho en este proceso, sobre todo en las bases del apego primario, en la diada bebé-cuidador, es que se distingue que los padres no han logrado ser reguladores de las emociones de su hijo, por tanto se piensa que esta dificultad en la autorregulación del niño, se relaciona con la dificultad en conectar y sintonizar con los sentimientos de Santiago, lo que le ha generado problemas en la identificación de emociones, la expresión de ellas y el manejo de sí mismo en el área socioemocional.

Dentro de los procesos relacionales de la familia, una de las problemáticas principales sería la trivialización de los estados displacenteros de Santiago, debido a que la madre no desarrolló suficientemente la habilidad de la función reflexiva, no utilizando la mentalización para identificar y validar las emociones de su hijo. A su vez, el mensaje no verbal que ha registrado el niño en el hemisferio emocional derecho es el de no ser comprendido en su emocionalidad, lo que ha impedido el logro de la identificación de estados emocionales. Es por esto que se infiere que le ha costado comprender sus sentimientos, reconocerlos con el nombre adecuado, habiendo finalmente una falla en el proceso de mentalización. Entonces cuando Goleman (2006, citado en Gonzalo, 2010) y Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) describen la teoría de la mentalización y como el cerebro emocional derecho es el encargado de captar las mentes de otros y de tomar en cuenta el contexto donde ocurren las experiencias para darles sentido y orden, es que se encuentra uno de los nudos sobre el mundo emocional interno del niño en relación a la vinculación con sus padres, pues en su intento por captar, comprender y dar el sentido necesario a las experiencias, es que no ha tenido éxito, ya que la vinculación con sus padres ha sido del tipo ansioso ambivalente. Santiago ha realizado un sobre esfuerzo por

comprender y ordenar lo que sucede a su alrededor, pues se debe considerar que ha tenido una falta en la construcción de un andamiaje emocional que le entregara la capacidad de mentalizar y la de autorregularse.

Se considera relevante lo que propone Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) quien alude a que el terapeuta debe tomar en cuenta el estado de la capacidad de mentalización al aproximarse a un niño en psicoterapia, ya que el primer paso para entablar una relación segura, debe ser el desarrollo de la mentalización. En la alianza terapéutica con Santiago, como ya se describió anteriormente, la empatía y la capacidad de conectar y sintonizar que ha tenido la terapeuta, principalmente por las resonancias generadas en relación a la sensación de poco reconocimiento de parte de sus padres, es lo que motiva el *ejercicio de las prácticas consideradas fundamentales en el proceso de desarrollo de la habilidad de la mentalización*, tanto en el niño como en sus padres, a fin de que sean capaces de tener una mejor conexión entre ellos y favorecer un vínculo más saludable. Mediante el uso terapéutico del arte, el juego y la imaginación, se intencionó el desarrollo progresivo de la capacidad de mentalización con Santiago. El uso de imágenes dibujadas o elaboradas por el propio niño hacía que los momentos pasados con la terapeuta fuesen agradables la mayor parte del tiempo, ya que no existía necesidad u obligación de comportarse de cierta manera entre ellos, sino más bien se compartía el tiempo estando presentes uno para el otro. De esta manera, se logró poco a poco la conexión no verbal, señalada por Schore (2012) y Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) como la del hemisferio derecho a hemisferio derecho, que entregó elementos de corrección vinculares, al intencionar nuevas maneras de interactuar con Santiago.

En relación al clima en las sesiones, se pueden mirar aspectos no verbales que se daban en la comunicación con los padres de Santiago, donde la terapeuta apreciaba inseguridad, falta de confianza en las relaciones, rabia de la madre, frustración del padre y ansiedad del niño. Elementos que la terapeuta identificó y puso al servicio de la terapia, sin comunicar desaprobación, rechazo o juicio, siendo cuidadosa y utilizando la potencia del cerebro emocional derecho, para facilitar la alianza terapéutica con los padres, realizando sesiones donde ocupó estos sentimientos y estimuló un nivel más consciente de ellos, promoviendo que los padres pudieran conectarse con sus propios sentimientos y los de Santiago, para intentar mantener el foco de la terapia (Canevaro, 2012).

Si se observa el sistema de hipótesis, se puede establecer una importante relación entre las fallas de autorregulación de los propios padres con el estilo de apego que desarrolló Santiago, por lo que lo transgeneracional del vínculo ayuda a comprender el funcionamiento que genera la sintomatología y/o problemática de Santiago.

Referente a la teoría de apego y el proceso terapéutico, es importante analizar cómo se fue desarrollando la alianza terapéutica con el niño, considerando su estilo de vinculación. Para ello es necesario tomar en cuenta que el objetivo principal de esta intervención se basa en la generación de un espacio terapéutico seguro, con el fin de disminuir las estrategias evitativas y la sintomatología de Santiago, por tanto se cree que considerando el estilo vincular inseguro ambivalente del niño, se logró establecer una alianza que permitió el desarrollo un contexto seguro para abordar y dar solución a algunas de las problemáticas centrales que presentaba. Uno de los factores influyentes en la constitución de la alianza terapéutica con el niño es justamente entender su estilo de vinculación, por tanto la terapeuta intentó ser predecible en todo momento,

fue respetuosa de no ser intrusiva en la exploración de las emociones, respetando sus ritmos, estableciendo patrones de seguridad y estabilidad que aproximaron al niño a una relación más saludable y que a su vez sea reparadora. Además de la sintomatología ansiosa, Santiago mostró estrategias de evitación, por lo que el trabajo de conexión con el niño fue básicamente desde lo no invasivo, utilizando el lenguaje no verbal del juego, el arte y otras técnicas lúdicas, haciendo que Santiago pudiera saber lo que ocurría en el espacio de terapia, que fue respetado y sin decir tantas palabras, la terapeuta conoció y entendió lo que él sentía. Esto gracias a una sintonía bien lograda, como lo plantea Siegel (2007, citado en Gonzalo, 2010) cuando el cuidador (en este caso el terapeuta) sintoniza mediante el reflejo de emoción. Asimismo, Gonzalo (2010), plantea que en las situaciones de terapia con niños que presentan dificultades en su desarrollo de apego, es el terapeuta el encargado de sintonizar adecuadamente con su necesidad, ya sea de mantenerse “a salvo” de las emociones en el polo más evitativo, como también leyendo adecuadamente la necesidad de mayor o menor intrusión en un apego inseguro del tipo ambivalente. Esto validará tanto la emoción como al niño, y sienta una base más segura en la construcción de una buena relación terapéutica, que permita trabajar las ansiedades, temores, conductas, y dificultades que trae el niño a la terapia. De esta forma también la terapeuta cumplió un rol de regulador interactivo de estados afectivos (Schore, 2012).

En relación a la emocionalidad y la relación con los padres, ambos fueron distintos, el padre expresaba sentimientos, sentía confianza en el proceso que se estaba realizando y frecuentemente solicitaba apoyo en los aspectos prácticos de su ejercicio de rol de padre. La mamá por otra parte logró emocionarse en una fase media de la terapia, en la cual también mostró interés por continuar abordando aspectos dolorosos en un contexto seguro de manera de comenzar a integrar esto en su propia vida, tomando conciencia de la necesidad de asistir a la recomendada psicoterapia individual y así continuar su proceso personal, facilitando cambios terapéuticos tanto en ella como en el niño (Schore, 2012).

En esta alianza se despertó en la terapeuta una necesidad emotiva de cuidado hacia el niño, por temor a la “transgresión de los padres” en sus límites emocionales, ya que juzgaba que constantemente trivializan las manifestaciones afectivas proveniente desde el niño. Otros de los aspectos que le llamaron poderosamente la atención, fue el hecho de que ninguno de los padres tuviese la disponibilidad (tanto afectiva como material) para jugar con Santiago. Es por estas razones que la terapeuta evaluó no exponer las emociones de Santiago con sus padres sin antes preparar el camino vincular con ellos.

Ya se ha mencionado que dentro de las estrategias terapéuticas se utilizó el juego y el arte como herramienta de trabajo de las emociones, con las que había dificultad de identificación, expresión y modulación. Esto con el fin de promover que los padres desarrollaran un proceso reflexivo junto a Santiago, paso a paso, sintonizando con sus necesidades y emociones. En la misma idea de proteger al niño, se buscaron actividades que facilitaron la expresión, externalización y metáfora (cuentos, modelaje, dibujos, narrativas, entre otras técnicas), de manera de cautelar el logro progresivo de los objetivos terapéuticos.

Otra estrategia que la terapeuta decidió promover con los padres es que logran ser menos ambiguos en relación a su hijo, concretamente la terapeuta los impulsa a ser más coherentes sobre su separación de pareja, en específico se logró que pudieran determinar y transparentar su separación definitiva, logrando situar a Santiago como una parte importante del sistema familiar, una persona que necesita ser informada. Con esto el niño se sintió menos confundido y por ende

comprendió el verdadero contexto familiar y sus propios sentimientos. En este escenario Santiago se sintió más seguro, facilitando cambios terapéuticos como el avance en la identificación y reconocimiento de las emociones. En relación a los efectos en los padres, una vez que decidieron informar de manera más adecuada a Santiago el estatus de padres separados, se le entregó al niño la estructura necesaria para poder descansar en uno u otro alternados, sin necesidad de verse o sentirse compitiendo entre ellos por el afecto de su hijo.

Al observar la evolución positiva del caso, se desprende que los aspectos logrados tienen estrecha relación con las habilidades desarrolladas en algún grado tanto por Santiago como por sus padres, tales como la empatía, sintonización, reflexión en torno a las necesidades y mentalización de estados emocionales.

Otro aspecto logrado tiene relación con los estilos de apego predominantes en este caso, ya que si bien se entiende que los estilos de apego no se cambian absolutamente, se puede intervenir sobre éstos. De esta manera la evolución positiva se justifica por el objetivo central de la terapia que va acorde con lo planteado por Schore (2012) sobre la importancia de la regulación y los afectos inconscientes, como un mecanismo central en el proceso de cambio en psicoterapia. El hecho de considerar la identificación y el abordaje de los estilos de apegos predominantes permitió la aceptación de las características de cada integrante del sistema terapéutico, fortaleciendo los aspectos sanos de cada uno de los padres, en particular, para lograr cambios a nivel más profundo en Santiago. Esto es apoyado por los planteamientos de Gonzalo (2010) quien describe que para corregir estilos de apego ansiosos se debe trabajar desde la base segura, construyendo el vínculo de manera paulatina.

Conclusiones.

Uno de los puntos fundamentales a desarrollar en el ejercicio de la psicoterapia, es lograr ser o mantenerse como un terapeuta empático, a través de la sensibilidad, la capacidad de conectarse, tomando siempre en cuenta aquellas habilidades clínicas que se pueden desarrollar en relación al cerebro emocional derecho, como la importancia de los estilos vinculares del sistema terapéutico, el conocimiento relacional implícito, el poner atención a la prosodia, la sintonía, meta análisis y la mentalización, componentes esenciales en la construcción de la alianza terapéutica y de un vínculo seguro en la terapia.

Cuando el terapeuta tiene claridad del estilo de vinculación del sistema consultante, puede comprender el funcionamiento familiar e individual, situación que a su vez le facilita crear las estrategias adecuadas para la formación de la alianza y el vínculo terapéutico. En el caso clínico presentado, el estilo inseguro ambivalente tuvo como consecuencia la dificultad para integrar e identificar emociones en Santiago. En los padres han existido problemas para regular primeramente sus propios afectos y por ende tener un rol regulador con su hijo.

El uso terapéutico del juego, el arte, y otras técnicas expresivas puede permitir el desarrollo paulatino de la mentalización, es decir, tener la capacidad para captar las emociones de otros y sí mismo como parte fundamental de la sintonización, en especial cuando se habla de niñas o niños en la terapia. En este caso puntualmente, el desarrollo de una actitud de curiosidad lúdica, conservando el equilibrio entre la cercanía y distancia con Santiago, permitió a la terapeuta sentar las bases de una relación segura. En este sentido, los aspectos no verbales de la

interacción permitieron la comunicación directa entre hemisferio derecho-hemisferio derecho, abriendo el camino hacia nuevas formas de relación para Santiago. Paulatinamente se desarrolló un proceso reflexivo que lleva como destino final la sintonización con los estados emocionales y necesidades de Santiago.

Cuando se habla del clima terapéutico, se puede utilizar las resonancias o emociones sentidas por la terapeuta al servicio de la terapia, haciendo presente y consciente los elementos que puedan ayudar a conectar a los padres con su hijo, ya que los padres en este caso desarrollaron fallas en su autorregulación, con lo cual se generaron con su hijo estilos de apego inseguros, relevando el carácter transgeneracional de dicho vínculo. Por esto es que los cambios en los estilos vinculares de la madre, al asistir a su proceso de terapia, también generaron modificaciones en su relación con Santiago. Con respecto a la necesidad de la terapeuta de proteger a Santiago de la posible trivialización de sus emociones por parte de sus padres, se considera importante la supervisión clínica para facilitar el enfrentamiento de los propios aspectos vinculares de la terapeuta, estableciendo así la necesidad de abordar la persona del terapeuta con su propia historia vincular. Esto además permite la preparación de las sesiones con los padres.

Otro punto importante es que la evolución en el proceso de psicoterapia se basa principalmente en los avances logrados por los padres en relación al desarrollo de un equilibrio o estabilidad de los aspectos ambivalentes de su relación con Santiago, específicamente al lograr una mayor coherencia en su actuar con el niño, transparentando y ordenando la estructura familiar lo que trajo como consecuencia mayor tranquilidad a Santiago. El niño por su parte logró ordenar y dar sentido a su contexto familiar, y mediante la experimentación de nuevas maneras de relación tanto con la terapeuta, en su rol de reguladora interactiva de estados emocionales, como con sus padres quienes desarrollaron una mayor sintonía con él, logró finalmente una mayor estabilidad emocional que le permitió un mejor desempeño a nivel socioemocional.

Finalmente se puede concluir, que luego de revisar los aspectos teóricos acerca de la importancia del vínculo en la psicoterapia, y las prácticas clínicas que facilitan el establecimiento de una alianza basada en un vínculo seguro, se logra comprender que el permanecer atento sobre dichos asuntos permite trabajar de manera integral al terapeuta, ya que estas habilidades son de carácter transversal en el trabajo clínico, y en especial medida en la terapia sistémica vincular. Es interesante e importante la influencia del vínculo en la relación terapéutica y cómo es que el desarrollo de una buena alianza con el sistema consultante puede ser una herramienta adecuada para lograr los objetivos terapéuticos que en ocasiones se ven difíciles de alcanzar, teniendo en cuenta los estilos relacionales de las familias que habitualmente acuden a terapia. El análisis del caso clínico presentado, permite observar los aspectos implícitos del trabajo terapéutico, identificando y reconociendo habilidades, maneras de actuar, de estar y sentir que van guiando el proceso de cambio. Con este análisis se pueden establecer mejoras a futuro y reflexiones acerca de las propias prácticas en el rol de terapeuta sistémico vincular. Se cree sugerente que el terapeuta mantenga supervisiones clínicas para abordar sus emociones y sentimientos con respecto a los casos que está llevando, pues se piensa que por medio de dichas supervisiones se lograría revisar la implicancia práctica del vínculo en la psicoterapia y así desarrollar más expresiones del cerebro emocional derecho, que ayuden a incorporar nuevos elementos en la relación terapéutica, a fin de perfeccionar el rol de terapeuta hacia el camino de

la empatía, la sintonización, mentalización y la regulación de los estados emocionales del paciente y del propio terapeuta que se manifiestan en la alianza.

Referencias

- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata S.L.
- Gonzalo, J.L. (2010). La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y adolescente*, 49, 187-204.
- Lossa, L., Corbella, S. y Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91 -103.
- Oaklander, V. (2012). *El Tesoro Escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.
- Schore, A. (2012). *The Science of the Art of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Wallim, D. (2012). *Apego y Psicoterapia*. Nueva York: Editorial Desclée de Brouwer S.A.