

Contenidos

- La columna de Pat y las cartas sobre consejos de políticas en el Reino Unido.
- Establecimiento de Intervenciones tempranas en Irlanda, Manitoba y Suecia.
- Estudios de casos sobre Intervención temprana en Suecia y Portugal.
- Avances en la comprensión de los trastornos de conversión utilizando el DMM

Introducción



Nuestro tercer boletín se focaliza en prevención e intervenciones tempranas. Nuestras contribuciones abarcan desde el establecimiento de servicios al estudio de casos. Estos, junto con la erudita publicación del elegante trabajo de Kasia Kozłowska acerca de los trastornos de conversión, muestran el potencial del DMM como ayuda para comprender las dificultades complejas y guía de tratamiento. Pat Crittenden

informa acerca de la oportunidad de influenciar la política en el Reino Unido que actualmente lucha en Europa con altos porcentajes de dificultades para la gente joven.

La lista de nuestros miembros se encuentra en crecimiento, visiten nuestro nuevo sitio web www.iasa-dmm.org

El cuarto boletín en el mes de Junio tratará sobre "sexo y violencia". Por favor contactar a Mike Blows si desea contribuir o mandar un poster de último momento para la conferencia de Bertinoro en Octubre.

Mike Blows Editor mikeblows@hotmail.com



El DMM en el Parlamento

El 1 de Abril visité el Parlamento del Reino Unido para hablar con líderes políticos acerca de la política social para los niños y sus familias. Quedé extremadamente sorprendida frente a la grandiosidad de la Casa de los Lores y por el compromiso de todos en mejorar las condiciones de los niños y de las familias, así como por el entusiasmo en escuchar lo que nuestro Modelo Dinámico de Maduración (DMM) del apego y la adaptación podría ofrecer.



Para comenzar, algunos hechos de Gran Bretaña: El Reino Unido tiene el índice más bajo de matrimonios en Europa. Los padres que cohabitan tienen el doble de posibilidad de separarse que los padres casados, con un 8% de parejas casadas y un 43% de parejas que cohabitan, separándose para el momento en que el niño mayor cumple los 10 años.

Los niños que no viven con ambos padres biológicos experimentan más problemas educacionales, abuso de sustancias y problemas psicológicos/conductuales en la niñez y en la adultez, desempleo y deudas que los niños que tienen ambos padres en su hogar. Los subgrupos culturales difieren ampliamente en su apoyo y en el uso del matrimonio.

Esto es por lo cual estoy a favor del matrimonio. El matrimonio es bueno para los niños y los niños son nuestro futuro. Necesitamos políticas que apoyen el matrimonio. Entonces, ¿que les sugeriré a los líderes políticos del Reino Unido? Les ofrecí un breve conjunto de ideas y recomendaciones:

1 Un taller único no les sirve a todos: Necesitamos una amplia variedad de servicios para adecuar las distintas necesidades de los niños y sus familias. (a) Servicios intensivos, personalizados & gerenciados para familias de muy alto riesgo que ya han mostrado evidencia de disfunción, por ej., padres adolescentes, drogas, crimen, etc.; los servicios de prevención grupal pueden resultar perjudiciales e inútiles para esas familias. (b) Servicios de prevención grupal para familias de riesgo moderado a las que se asocian condiciones con disfunciones tales como ingresos bajos, poca educación, pero que aún no presentan disfunción. (c) Servicios breves: por ej. consultas por plazos cortos para ayudar a las familias sin riesgo generalizado a enfrentar crisis específicas (muerte repentina, pérdida del empleo). (d) Servicios no preventivos para familias de bajo riesgo: la confianza que los padres "suficientemente buenos" tienen, puede ser entorpecida por servicios innecesarios que desperdician recursos valiosos.

2 Apoyar a todas las familias mientras que se estimulan las estructuras familiares sólidas: Crear políticas para (a) recompensar el matrimonio, (b) proveer servicios ilimitados a las familias biológicas en vez del cuidado tutelar, (c) motivar a las mujeres con poca educación a postergar el tener niños y a las mujeres educadas a acelerarlo (por lo tanto apuntar a los 20 cuando los cuerpos de las mujeres están óptimamente preparados para dar a luz niños saludables), (d) diseñar barrios que estimulen a los adultos, incluyendo a los abuelos, a ser visibles y a los niños a poder jugar libremente y con seguridad al aire libre.

3 Organizar intervenciones para abordar los problemas más

notorios del desarrollo: especialmente en los bebés, los infantes, y en la transición a la adultez. Comencemos donde está el individuo y su familia, no donde creemos que deben estar. Esto es especialmente importante en casos de protección de niños. Más importante aún: combinar servicios para niños, adolescentes y adultos (y entrenamiento) así como Servicios Psicológicos Humanos. ¿Por qué? La mayoría de padres problemáticos tuvieron infancias problemáticas y todos los niños necesitan padres.

4 Estructurar las intervenciones para hacer lo que queremos que

hagan las familias: por ej: (a) las intervenciones deben ser menos didácticas y más sensibles o responsivas. (b) las intervenciones no deben ser impuestas, se deben ofrecer posibilidades de elección. (c) los padres no deben ser acusados, deben ser entendidos y apoyados (d) el proceso debería ser recíproco & respetuoso, y sin etiquetar de “abusadores”, “agresores”, “psicóticos” u hostigadores (amenazando con ubicar a los niños a cuidado del sistema). Yo sugerí que el poder mal utilizado provoca el mal uso del poder.

5 Evitar lo superficial y estridente; evitar las mañas en el

tratamiento: yo dije que lleva dos décadas criar un padre problemático, no podemos deshacer esto en doce fáciles lecciones según un manual. Hice hincapié en que la intervención/ prevención temprana no es una vacuna contra el futuro, por lo tanto debemos estar preparados para que un buen comienzo tenga un seguimiento. Finalmente argumenté que nos falta una base de evidencia adecuada debido a que: (a) muchos psicoterapeutas no consideran importantes los objetivos evaluados; (b) muchos estudios están sesgados porque están hechos por personas interesadas en respaldar sus tratamientos; (c) no se publican los resultados negativos; (d) no se busca evidencia de daño.

En Canadá se está llevando a cabo una política de trabajo similar, en servicios de niños en general y en servicios de comunidades Aborígenes, para ayudarlos a recuperarse de generaciones de políticas que dañaron a sus familias. Debido a la reciente separación de las estructuras del servicio Aborigen de las estructuras de servicio ya existentes, los Aborígenes Canadienses tienen una oportunidad casi única para instaurar la mejor política sin perjudicarse por el pasado. Seguiremos con esto más adelante!

El DMM está listo para la acción! Queremos ayudar a individuos problemáticos, niños amenazados y familias de todo tipo. Estamos preparados para viajar a cualquier lugar y hablar con cualquier persona acerca de cómo ayudar a la gente para que tengan vidas más felices y saludables. Si tienes conexión con quienes son responsables de tomar decisiones, o con administradores de servicios, nos gustaría saber de ti!

Mientras tanto, sigo entusiasmada con la visita a la casa de los Lores, tomar el té con la Baronesa Morris de Bolton (del equipo del Ministerio para los Niños en la Cámara de los Lores), reunirme con Ian Duncan Smith y sentarme en la casa de los Lores.



Respuesta a Pat

Querida IASA,

Por qué te necesitaba.

Nuestro grupo, que representó a todos los Departamentos de Niños, incluyó a los miembros más prominentes del Parlamento que fueron gratamente sorprendidos. ¡Asombroso!

El DMM representa un modelo que es mucho más aceptable y comprensible para los responsables de toma de decisiones, dado que refleja el camino del desarrollo de un individuo y del entorno en el que vive.

Anteriormente había un punto de vista en el cual los patrones de apego eran, en todos los casos, bastantes fijos, promoviendo la idea de que a la larga no hay nada que pueda hacerse para ayudar a mucha gente vulnerable, del modo en que a la mayoría de los psicólogos / terapeutas les gustaría. Por lo tanto, respuestas “globales” a problemas psicosociales serían la solución más lógica. Mostrar la individualidad de las diadas, dentro de la individualidad de cada cultura es dramático e impactante. Significa que NO PODEMOS ASUMIR que hay respuestas simples. También muestra intensamente cuán fácil es perturbar el apego por descuido, en lugar de la perspectiva que sólo el abuso activo y dramático causa problemas. Los políticos no pueden seguir centrándose en la creencia de que la pobreza es la única causa significativa de dificultad nacional.

Utilizar el DMM podría desafiar la creencia de “un talle único para todos” y nos permitiría intentar lo que verdaderamente se necesita.

Las películas de diadas impactaron y sorprendieron, ya que la gente pudo ver lo que debería suceder entre un bebé y su progenitor; cuando se miran directamente a los ojos. Se interesaron especialmente en ideas relacionadas con el cuidado tutelar. Ver esto por sí mismos arrasó con todo tipo de suposiciones. Esta película todavía debe ser vista por los periodistas, quienes influyen las perspectivas de las naciones hasta el punto en que los bebés son vistos como una gran labor que cuesta mucho dinero.

El poder de la película es increíble. Pienso que todo fue resumido por una investigadora del Centro de Justicia Social al decir: “Nunca volveré a mirar a un bebé y su madre de la misma manera”. Perfecto.

Melanie Gill

Cuando un bebe se “escurre” junto con el agua de la bañera, alguien lo escucha gritar?



La expresión inglesa “throwing the baby out with the bath water” da la imagen de un cuidador tan centrado en el proceso de limpiar que sin darse cuenta tira, no sólo el agua sucia, sino que también al valioso bebe, resplandeciente y limpio. Los bebes son desordenados, dice el sub-texto metafórico, parece una tarea interminable, refriégalos lo suficiente y estarán limpios para siempre. Pero, ¿a qué costo?

Reflexionando sobre lo que está sucediendo en relación con los programas de crianza de los hijos, actualmente en el Reino Unido, una metáfora parecida podría estar ocurriendo. Algunas pocas personas influyentes están diciendo que saben cuales programas funcionan y cuales no. Argumentan que debemos ofrecer solamente a los padres unos pocos programas, claramente identificables y efectivos, basados en la evidencia. Sólo estos son lo suficientemente poderosos como para enseñarles a los padres las habilidades necesarias que pueden reducir los riesgos de sus hijos. Sólo estos son rentables. Solamente estos pueden producir los cambios necesarios para mejorar la calidad de la crianza de los niños. Es tiempo, dicen, de “acabar con” todos los programas ineficaces.

Generalmente esto significa que los programas que se siguen usando se basan en lo comportamental, necesitan aplicarse más grupalmente que individualmente. Deben durar un poco más que entre 8 -12 semanas, y venir en un envase atractivo y listo para usar, habiendo sido evaluado usando ensayos controlados y aleatorios. Estos paquetes se desarrollaron para y se probaron en padres de países fuera del Reino Unido, raramente extensivamente y no siempre en padres con necesidades comparables. Aún así, los argumentos funcionan, están tan bien probados y testeados que continúan recibiendo fondos gubernamentales. Sin resultar de gran ayuda, muy pocos fondos de investigación se han puesto para ver si esos programas funcionan en el contexto del Reino Unido.

Los principales factores subyacentes a esta situación son:

- El pensamiento confuso sobre las metas y los objetivos de los programas de apoyo para padres que conducen a la confusión conceptual asociada con el testeado de resultados.
- La falta de comprensión sobre la carencia de diseños de evaluación respaldada por el entrenamiento inadecuado, y de experiencia de métodos de investigación en posiciones estratégicas.
- Una falta de compromiso para investigar, causada por el fracaso general para reunir la evidencia necesaria para evaluar la efectividad de las intervenciones desarrolladas en el Reino Unido.
- La falsa suposición de que todas las técnicas de evaluación diseñadas para el uso de situaciones clínicas pueden y deben ser aplicadas, sin modificación, en intervenciones en otras situaciones.
- Creer en soluciones simples para problemas complejos.

Todos estos factores y otros más, condujeron a evaluaciones de intervenciones imperfectas, a conclusiones erróneas y finalmente, a decisiones políticas riesgosas (Barrett, 2007). Parecen puestas para iniciar una poda salvaje de los servicios de apoyo a los padres que dejarán carentes o privadas de recursos a las intervenciones más complejas.

Actualmente no hay común acuerdo acerca de cómo pueden ser mejor evaluadas las intervenciones parentales o acerca de qué debería valer como evidencia de efectividad. Es más fácil producir pruebas contundentes de efectividad cuando los programas tienen sólo algunas metas comportamentales definidas, tales como enseñar técnicas específicas para tratar la conducta desafiante, por ej. elogiar y recompensar más e ignorar la mala conducta. Básicamente, la mayoría de los programas enseñan estas técnicas. Es mucho más difícil demostrar la efectividad con programas que ofrecen servicios amistosos con los padres (Newpin, Pippiner), con necesidades ampliamente variadas, algunas veces para complementar intervenciones más intensivas. Estas pueden ofrecer apoyos multidimensionales (ayuda práctica, un lugar de encuentro, cursos cortos de entrenamientos en técnicas, una especie de “segundo hogar” donde los padres pueden aprender a “encontrarse a sí mismos, y donde pueden comenzar a sentirse con suficiente seguridad para pensar más reflexivamente) a padres con problemas persistentes y complejos, que a menudo experimentan violencia doméstica, ansiedad social y aislamiento, depresión y ansiedad, así como el riesgo de abusar de sus niños. El progreso puede llegar de distintas maneras, incluyendo aceptar de renunciar al cuidado de sus hijos. No obstante, es improbable que las medidas estandarizadas capten la variedad de cambios importantes que producen esos tipos de apoyo.

Las evaluaciones sistemáticas de muchas intervenciones desarrolladas en el Reino Unido (por ej. Servicios de visita de salud) no se han subvencionado. Como resultado, no tenemos evidencia sustancial ya sea de su eficacia o de su ineficacia. Pero no es cierto que los programas desarrollados sobre bases más comerciales en otros países hayan probado ser más eficaces. No se han hecho comparaciones. Al suministrar intervenciones más complejas en lugar de soluciones más simples, cuidadas, bien podemos estar dejando ir al niño junto con el agua.

Helen Barrett, President, International Attachment Network (IAN)

Barrett, H. (2007) Evaluating evaluations (of Home-Start, Sure Start and Primary Age Learning Schedule). London: Family and Parenting Institute.

Respuesta de Pat Crittenden

Estoy de acuerdo Helen. Aunque no se han hecho comparaciones, sin embargo sabemos que los programas estandarizados renuncian a la excitación proveniente de los profesionales que trabajan directamente con los padres para crear el programa que satisface sus necesidades. El proceso de entonamiento puede ser el componente crucial de la intervención, porque es lo que les faltó a los padres con muchos problemas en su propia infancia y no pueden (aún) ofrecer a sus hijos. Al no tener en cuenta la diversidad, podemos fracasar en satisfacer las necesidades de diversas familias. Al fracasar en fundar programas con intervenciones más complejas favoreciendo las más simples, las soluciones impecables, como dices, fracasarían en satisfacer las necesidades de las familias con problemas complejos.

Crittenden, P.M. (1991). Treatment of child abuse and neglect. Human Systems, 2, 161-179

Un “enfoque estratégico” para un sistema de múltiples niveles de intervención padres-hijos en Irlanda



Nuestro servicio de Psicología Infantil de la Comunidad se ocupa de casos tradicionales con exigencias cada vez mayores para las intervenciones de familias en crisis. Sin embargo, también nos solicitaron trabajar en prevención e intervención en dificultades de vínculo temprano, y supimos que nuestros servicios lucharon para lograr los resultados deseados para esas familias.

Desarrollar tal trabajo con recursos limitados en servicios públicos es un desafío. Los principios del DMM ofrecían la base teórica para destacarnos dentro de la literatura de investigación y modelos de mejor práctica. Después de un curso de 5 días sobre Apego & Psicopatología, nos entusiasmaba el insight, la pertinencia y la esperanza, que el DMM ofrecía en el trabajo potencial con familias, particularmente durante el período crucial temprano para el cambio.

Queríamos un programa inclusivo para todas las madres y los niños: desde las díadas claramente con problemas, hasta las que solamente buscan información para promover el desarrollo de sus infantes. El entrenamiento en el CARE-Index. (Steve Farnfield en Portsmouth) fue el instrumento clave de evaluación e intervención para desarrollar tal programa. Luego nos encontramos con ‘PO’ Svanberg en Newcastle, cuya experiencia en su utilización, y la evidencia de los efectos positivos de la promoción de programas de apego y como priorizar recursos para este período crucial, fue inspiradora.

Fundamentos presentados para “Trabajo de Prevención e Intervención Temprana con Padres e Infantes”.

- “Tratar la Salud Mental es costoso pero dejar la salud mental sin tratar es más costoso y un lujo que la mayor parte de las naciones no pueden permitirse.” WHO, 2005.
- Los análisis económicos muestran que los retornos son más elevados para las inversiones hechas a edades más jóvenes, el perfil de inversión óptimo decae con la edad (Heckman & Masterov, 2007)
- La investigación basada en la evidencia muestra claramente el costo-eficacia de los programas de promoción con cuidadores primarios e infantes (Svanberg, 1998; 2007).

Utilizamos esto para argumentar a los altos cargos la prioridad de los programas psicológicos que promuevan las relaciones de apego de los infantes. Una vez informados, nuestros colegas de todos los niveles, rápidamente apoyaron los esfuerzos para ampliar los servicios con los mejores resultados.

Un enfoque sistemático y estratégico, para infiltrar el cuidado actualmente focalizado en lo médico, nos permite continuar orientando a los gerentes en priorizar este área de trabajo del servicio público, pero también) un servicio de psicología individual para padres e infantes para crear una “base segura” y resiliencia, y b) colaboración con otros servicios profesionales promoviendo el desarrollo del infante así como su vinculación con otros psicólogos en Irlanda que trabajan del mismo modo.

En lugar de esperar los recursos optamos por un enfoque graduado y un tratamiento por fases orientado a brindar un servicio local progresivo y universal (Septiembre 2007) con un grupo comunitario clave. Este ajuste gradual de los roles existentes y de las obligaciones es una garantía contra la falla del proyecto

Fase 1 metas (cumplidas!)

- Proporcionar Consulta Psicológica para aumentar los servicios existentes de Apoyo a la Maternidad, Cuidado del Infante y Familiar en el servicio de Cuidado de la Salud Irlandesa
- Identificar, Priorizar y Promover las bases de las Relaciones tempranas.

Método:

- Reuniones de Consulta con los Directores Regionales de Maternidades. (N=4)
- Foros de Consulta y educativos con todas las Enfermeras de la Salud Pública (N=60) de la región, acerca del nuevo programa madre-infante.
- Asesorar a los profesionales, por ejemplo, (médicos, Trabajadores Sociales, Trabajadores en Cuidados Primarios, equipos de Salud Mental Adulta) sobre cómo identificar díadas padre-infante que puedan beneficiarse de servicios de apoyo psicológico y mental existentes.
- Jerarquizar las díadas padre-infante que necesitan una evaluación e intervención inmediata de acuerdo a la derivación recibida (20 derivaciones recibidas en la primera semana!)
- Integraron y brindaron un componente psicológico adicional al programa Pre-Natal existente: “Promover el Desarrollo Psicológico y Emocional de Infantes y de Padres: Aprender cómo funciona la mente de un bebé y Promover sus Primeras Relaciones”

Metas de Intervención Psicológica Directa con Padres-Infantes Derivaciones/datos Pre-Natales:

- Involucrar a padres y familias en aceptar ayuda.
- Mejorar la concientización en el Desarrollo del Infante.
- Abordar temas psicológicos parentales del pasado y del presente.

Metas de Intervenciones Psicológicas por medio de la Consulta Multidisciplinaria:

- Enfatizar los conceptos claves de apego y de vínculos padres-infantes.
- Promover la integración de esos conceptos en la práctica profesional cotidiana.

La Fase 2 ahora apunta a:

- Construir sobre la Fase 1 e introducir la teoría del DMM trabajando con familias, educándolas en la promoción de programas de apego.
- Educar a más profesionales en cómo pueden integrar en su práctica el trabajo focalizado padre-infante.

Continúa en la pag 5

Estas metas las lograremos por medio de:

- Dos días de “Introducción a la Conferencia del DMM: “para servicios clínicos de salud y gerentes en la localidad y en el país”, por la Dra. Patricia Crittenden.
- Informe del análisis de las Necesidades Locales, incluyendo la evaluación de datos Pre-natales.
- Consulta a los profesionales de los servicios de salud acerca de “Promover las Primeras Relaciones de los Niños”

Los desafíos para su instalación

La prevención y el trabajo en intervención temprana frecuentemente se sacrifican por las intervenciones en crisis y una variedad de recursos restringidos que presentan desafíos significativos.

- (1) Designar el tiempo destinado a desarrollar nuevos servicios de acuerdo a las necesidades locales y reportadas como mejor práctica en la literatura de investigación, aunque manteniendo servicios existentes de recursos insuficientes. En nuestro servicio, nuestras actuales obligaciones incluyen

investigar y desarrollar servicios que respondan a la necesidad de la comunidad, permitiéndonos un poco de flexibilidad para continuar en esta área de trabajo.

- (2) Todavía es necesario financiar y dar la oportunidad para entrenamientos en curso y supervisiones para desarrollar las capacidades y la especialización para el trabajo con infantes en lo psicológico.
- (3) El Financiamiento es necesario para puestos públicos adicionales en cuidados de salud de maternidad para cargar los datos de casos y permitirles más tiempo para reunirse con las madres y los niños a su cuidado, e involucrarse en algún tipo de trabajo que intervenga significativamente para la prevención de futuras dificultades.
- (4) Ocuparse de la falta de conocimiento dentro de los servicios, gerentes y profesionales en relación a la importancia crucial de los vínculos tempranos para los niños, significa involucrarse en un proceso que brindará información y conciencia en todos los niveles requeridos para continuar este trabajo.

Luego de 18 meses, estamos saliendo de nuestra propia infancia, aunque nuestra experiencia a la fecha ha sido sorprendentemente positiva, con los profesionales y las familias que apoyan con entusiasmo el énfasis y la necesidad continua por este trabajo.

Niamh Clarke & Sheena Burke, Senior Psychologists, Ireland.

Enseñanza de los procedimientos de evaluación, diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva del DMM



Bente Nilsen, psicóloga clínica, Unidad de infantes y toddlers Baerum BUP, Norway.

Trabajé con una madre soltera y sus dos hijos durante mucho tiempo. Cuando me pidió ayuda para comprender mejor a su hijo de 5 años y también para abordar su preocupación sobre la ansiedad que afectaba su relación con él, le sugerí realizar la Situación Extraña. Hacer el procedimiento le dio la oportunidad de observar su dominio del desafío. La conmovió escuchar sus miedos mientras él hablaba con la extraña (luego de la primera separación) y al niño cuando estaba sólo. Mientras que finalizábamos el procedimiento, la madre me agarró las manos y dijo “¡Esto fue muy importante para nosotros, Tenemos que volverlo a ver!” Expresó que esto era una verdadera esperanza, en su tono de voz.

Este caso fue presentado como parte de un seminario clínico de 3 días sobre evaluación, clasificación diagnóstica y tratamiento durante el embarazo en familias con infantes y toddlers en riesgo, patrocinado por la Asociación Noruega de Psicología (NPF). Mette Sund Sjøvold, de la Clínica de Infantes

Aline, y yo trabajamos con 15 psicoterapeutas, psicólogos que trabajan con severos trastornos del desarrollo, terapeutas forenses de la unidad de cuidados de niños y unidades de prevención en salud. Nuestro objetivo era presentar la perspectiva del DMM sobre la interacción, la relación de apego y el tratamiento. Algunos de los participantes recientemente habían asistido a otros seminarios centrados en la “desorganización”, y esto generó discusiones fructíferas en uno de los temas principales que diferencia al DMM de otras teorías, particularmente cuál teoría sustenta la esperanza. El concepto de desorganización, como se usa en Noruega, carga con el mensaje de desesperanza.

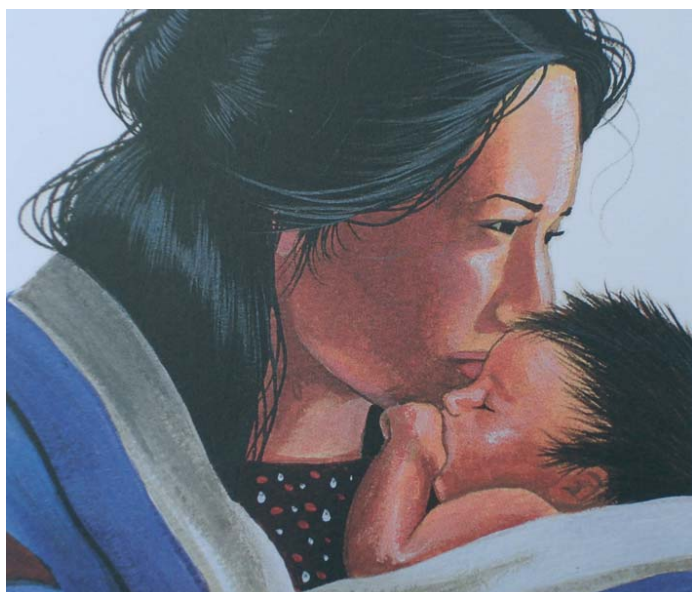
Distribuimos un único artículo a los participantes, y como anunció uno de los psicólogos: “Recibí sólo un artículo. ¡Y resultó ser uno que comprendía todo lo que uno podría soñar con leer!” Este artículo era el de Pat Crittenden: “Moldear la arcilla: el proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia”

En el seminario exploramos el análisis de la interacción madre-infante, usando preguntas del manual del CARE-Index como modo de abrir lo que Daniel Stern denomina, los “momentos ahora” (“now moments”) en terapia. También vimos como observar las situaciones extrañas con los padres puede guiar la exploración mutua de la relación de apego de padre-niño. Concluimos el tema del tratamiento explorando por qué los padres hacen lo que hacen por medio de la comprensión de la organización psicológica. El seminario se focalizó realmente en la esperanza, así como lo hacen las palabras de Pat en su “Moldear la arcilla”:

“[Los psicoterapeutas] deberían estar cómodos con su conciencia, con la incertidumbre del cambio, y con el proceso de integración de las representaciones discrepantes del self. Sin esas competencias, no pueden guiar a otra persona, en especial a una persona que sufre y ha sido expuesta a la amenaza en las relaciones íntimas, por medio de procesos desafiantes de auto revelación y cambio. [...] El self nunca es estático, nunca es completo. Sus cualidades emergentes crean esperanza” (p.11)* También verlo en www.iasa-dmm.org

*Crittenden, P.M. (2000). “Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia”, Revista de Psicoterapia, 41, 67-82. Dedicada a Vittorio Guidano.

Promover el apego padre-hijo a nivel de la población es un imperativo de la salud pública: las lecciones aprendidas del Triple P en Manitoba



En marzo de 2005, la Oficina del Comité de Salud Infantil del gobierno de Manitoba (HCCC) anunció su apoyo a la implementación en toda la provincial del Programa Triple P: Programa de Paternidad Positiva, como una iniciativa de salud pública a nivel de la población para proveer a los padres con información y recursos de paternidad basados en la evidencia.

HCCC es el único comité en Canadá dedicado al bienestar de los jóvenes. La provincia de Manitoba tiene una población multicultural de más de 1 millón de personas. Desde las áreas urbanas hasta la región remota del norte, tiene la mayor población Aborigen de Canadá per cápita, creando un contexto cultural único para la realización de programas de gran escala. El gran defasaje entre el número de familias y los especialistas en servicios de salud mental disponibles, indicaba que era imperativo un enfoque de salud pública para reforzar las relaciones padres-hijos a nivel de la población.

El Triple P es un sistema de “crianza de los hijos” que se enfoca en ayudar a los padres a desarrollar y mantener relaciones positivas con sus hijos, y mostró haber reducido el maltrato infantil y los problemas serios de conducta y emocionales en los niños. El programa fue creado por el profesor Matt Sanders, en la Universidad de Queensland en Australia, y se basa en evidencia internacional remarcablemente fuerte de eficacia, efectividad e investigación, con más de 30 ensayos/experimentos aleatorios, publicados durante los últimos 25 años. Actualmente, se implementa en un número creciente de países alrededor del mundo.

Esta iniciativa de salud pública a nivel de la población es única para el gobierno, porque se implementa a través de una gran variedad de profesionales entre los sectores, utilizando la fuerza de trabajo existente para alcanzar a las familias que lo necesitan. Desde 2005, La Oficina de Salud Infantil de Manitoba (HCMO) ha estado comprometiendo a agencias comunitarias, autoridades de salud regionales, proveedores de cuidado infantil, centros de recursos para las familias, divisiones escolares, autoridades regionales de salud mental y otras organizaciones para asociarlas a este nuevo enfoque para apoyar a los padres y al apego padre-niño en Manitoba. Utilizando un criterio que se focaliza tanto en las necesidades de la comunidad como en la capacidad de la comunidad, se está esparciendo por toda la provincia el entrenamiento para profesionales del Triple P, en fases que incluyen regiones rurales, norteñas y urbanas. La HCMO ha sido gratificada por la respuesta entusiasta de las comunidades, agencias y profesionales respecto a la implementación de la Triple P en nuestra provincia. A la fecha (Abril 2008), aproximadamente 650 profesionales representando a 150 agencias y organizaciones comunitarias han completado exitosamente el entrenamiento Triple P y la acreditación. Ahora estamos haciendo conocer el

programa, con el lanzamiento de una publicidad oficial en Septiembre de 2008. Estamos recolectando feedback de los profesionales para aprender lecciones para continuar con la implementación, y para que otros planifiquen programas de apoyo a familias para construir relaciones saludables con sus niños.

Lección Uno: Preparar

La inversión de recursos en la planificación anterior a cualquier iniciativa de salud pública es fundamental. En particular, la inversión inteligente del tiempo y la energía para difundir y comprometer a la comunidad desde el inicio. Los sistemas, organizaciones y comunidades existentes tienen diferentes niveles de entusiasmo, de disponibilidad y recursos para implementar cualquier iniciativa nueva, y la colaboración con “campeones” que están casi listos y aptos para arrancar ha sido un paso positivo en la implementación exitosa y para alcanzar a las familias que deseamos apoyar. Priorizar estas relaciones es la fundación de una sustentabilidad a largo plazo en un programa de gran escala.

Lección Dos: Apoyar

Los profesionales aprecian involucrarse en un diálogo continuo respecto al entrenamiento y a la incorporación del programa a sus modelos de servicio. El apoyo que dan el profesional y el director de los grupos de apoyo al Triple P ha motivado a los profesionales y agencias a incorporar el programa dentro de su modelo existente de servicio, con lo cual se incrementa el alcance a la población.

Lección Tres: Aprender

Al implementar tal programa, es vital aprender y conocer más a sus profesionales, sus comunidades y a los individuos a los que sirven. HCMO ha conducido numerosos días de consulta acerca de la aceptabilidad y aplicabilidad del Triple P en comunidades y agencias aborígenes. Actualmente estamos trabajando en un proyecto de crianza de aborígenes para aprender más acerca de las fortalezas y las prácticas de nuestros padres en las diversas comunidades a través de la provincia. Se realiza una sesión de entrenamiento y un día de consultas para las agencias, las familias y los profesionales que trabajan con familias que han inmigrado recientemente a Manitoba, para entender mejor sus necesidades. Este entendimiento compartido es imperativo para colaborar con los profesionales para adaptar el programa a culturas y comunidades únicas y diversas.

Lección Cuatro: Comunicar

Para maximizar el alcance de una intervención en la población, es importante considerar las formas apropiadas de demostrar sus beneficios a los socios potenciales en su trabajo como profesionales y a las organizaciones con sus clientes. También es clave, no sólo reconocer el buen trabajo que ya están haciendo algunas organizaciones con las familias a las que atienden, si no también remarcar el rol que juegan en el panorama general mejorando las relaciones padres-niños a nivel de la población. La colaboración es clave para motivar la creatividad en los nuevos profesionales y en las organizaciones para aclarar los compromisos que se espera de ellos, tanto en cuanto a terminar el proceso de entrenamiento, como con la puesta en práctica del programa como parte de las prácticas rutinarias a través de los sectores y los servicios de ayuda.

La preparación, el apoyo, el aprendizaje y la comunicación ayudan a establecer fuertes relaciones de colaboración entre los profesionales, organizaciones, comunidades y el público, y son pre-requisitos para alcanzar resultados positivos para las familias que intentamos apoyar.

Jennifer Volk (1 & 4), **Steve Feldgaier** (1 & 2), **Rob Santos** (1 & 3), **Kelly Penner Hutton** (1 & 4), **Deb Campbell** (1) and **Jan Sanderson** (1).

(1) Healthy Child Manitoba Office, Healthy Child Committee of Cabinet, Government of Manitoba; (2) Department of Clinical Health Psychology, Faculty of Medicine, University of Manitoba; (3) Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba; (4) Department of Psychology, Faculty of Graduate Studies, University of Manitoba.

Familias en riesgo, desde el embarazo hasta la edad pre-escolar: creación de un enfoque clínico desde una perspectiva DMM



Bente Nilsen, Anne Vaglum and Agnes Aarre, Clinical Child Psychologists, Baerum Child and Adolescent Outpatient Clinic.

En Mayo de 2007 creamos la Unidad para Niños y Toddlers en nuestra clínica de pacientes no hospitalizados para atender a las familias en riesgo de psicopatología desde el embarazo y hasta los 5 años. Buscamos atender a familias donde había riesgos tales como:

- Síntomas Parentales tales como depresión, ansiedad o desórdenes de la personalidad.
- Bebés nacidos prematuramente, o con desórdenes del desarrollo o retraso, condiciones médicas, problemas de conducta o desórdenes regulatorios.
- Problemas de vinculación entre padres e hijos, tal como discordia en las interacciones, abuso o negligencia.

En 6 meses trabajamos con 44 familias (2 embarazos, 11 infantes de menos de 12 meses, 9 infantes entre 1 y 2 años, 7 niños de entre 2 y 3 años, 3 niños entre 3 y 4 años y 15 en el rango de edad pre-escolar - más de 4 años).

Los temas de referencia incluían:

- (1) Regulatorios, relacionados a la alimentación, al sueño, el afecto, la conducta y la interacción.
- (2) Asuntos conductuales tales como golpearse la cabeza, desórdenes de alimentación y agresividad.
- (3) Desarrollo psicomotor retrasado.
- (4) Vínculo discordante.
- (5) Estresores en la familia (enfermedades somáticas, nacimiento prematuro, muerte o trauma, enfermedad psiquiátrica, discordia parental).

Colaboramos con otras agencias para la educación, cuidado de niños, servicios de salud pública, servicios de salud mental infantil, pediatría, cuidado diurno, médicos generales y psiquiatras de adultos.

Nuestra orientación teórica y metodológica está dentro del DMM, el uso del CARE-Index, PAA y AAI. Junto a esto, tenemos orientaciones teóricas y terapéuticas hacia la teoría de sistemas familiares, el enfoque psico-educativo, la psicología evolutiva, la teoría del afecto y la terapia interactiva basada en feedback de videos. (por ej. Marte Meo).

Nuestro equipo tiene una variedad de entrenamientos en metodología DMM, pero como discutimos nuestro enfoque profesional hacia los desafíos clínicos que teníamos delante, todos sentimos que necesitábamos tener métodos que pudieran satisfacer las necesidades de evaluación así como de tratamiento. Nos preocupaba que nuestro foco fuera el tratamiento y no solamente la evaluación, para alcanzar - y potencialmente dar forma a - criterios para proveer tratamientos basados en la evidencia.

Crear tal unidad es un trabajo en progreso, y nos sentimos excitados acerca de ocuparnos de temas que emergen temprano en el desarrollo humano. Hemos empezado a ver que podemos ayudar a los miembros de la familia a mejorar su comunicación y a compartir momentos de experiencia. Estas pueden parecer metas inalcanzables, pero al mirar las interacciones entre padres y niños – video- filmadas – con un método válido de entender los aspectos funcionales de las interacciones y la relación de apego, vemos los resultados emergentes y las razones sólidas para mantener con vida estos tipos de objetivos.

Al prepararnos para esta unidad de tratamiento, nuestras preguntas son numerosas. ¿Cómo podemos crear intervenciones de tratamiento basadas en el análisis interactivo (CARE-Index), y en evaluación del apego (SSP, AAI)? ¿Cómo pueden estos métodos darnos temas y asuntos para tratamiento que sean valiosos tanto para los niños como para sus padres? ¿Cómo pueden los individuos crear significado, reflexionar en sus experiencias pasadas y presentes y al mismo tiempo mantener el foco en su interacción y relación de apego con su infante o niño? ¿Cómo podemos crear una intervención de tratamiento que evite enseñarle a los padres “lo que se debe hacer” desde la perspectiva de los otros, si nosotros mismos representamos la autoridad? ¿Cómo evitamos estimular la acumulación de comportamientos parentales sin respuesta, aunque sean activos? ¿Cómo pueden estos métodos proveer una herramienta mejor para que los padres observen las iniciativas y señales de sus niños, su deseo de confort y la expresión de afecto positivo y negativo?

Todavía no podemos contestar todas esas preguntas, pero sin embargo las preguntamos orgullosamente! Nuestra experiencia en el trabajo con familias en el campo de la psiquiatría infantil y adolescente y el trabajo preventivo hace que estas preguntas sean muy importantes. Cuando conocemos a familias con experiencia previa en tratamientos, nos sorprende cuán fácilmente las familias asimilan las ideas profesionales acerca de sus vidas, sus niños y cómo comportarse, y sin embargo a menudo parecen incapaces de describir lo que observan acerca de sus propios niños y cómo entienden los deseos y necesidades de sus niños.



Ilustración por Anna Fiske

Trastornos de conversión - ¿raíces filogenéticas en el comportamiento animal innato?



Revisión por Airi Hautamäki, Professor, Swedish School of Social Science, University of Helsinki.

Los trastornos de conversión elusivos han llamado la atención de los doctores y terapeutas desde Jean-Martin Charcot, Pierre Janet y Sigmund Freud.

En su artículo, **‘Orígenes evolutivos de los trastornos de conversión’ (Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2007,**

12, 487-509), Kasia Kozłowska presenta un nuevo

concepto de los trastornos de conversión en términos de sus orígenes evolutivos. Señala una distinción entre dos tipos de trastornos de conversión. Sus raíces están en dos comportamientos defensivos innatos en los animales, en respuesta al peligro, por ej. las respuestas de “paralización” y “apaciguamiento”. Los comportamientos defensivos en los humanos han evolucionado gradualmente, tanto en el contexto de amenaza predatoria como de otros seres humanos, particularmente de aquellos que se supone que cuidarán al niño. Aún en las sociedades occidentales, post-industriales, prevalecen el abuso infantil y la negligencia.

Kozłowska enfatiza que las observaciones de niños en procedimientos que provocan estrés (por ejemplo, el SSP y PAA) indican que los comportamientos de paralización están incorporados en las estrategias compulsivas Tipo A. Las estrategias tipo A + de auto-protección son vistas en niños en peligro, que presentan síntomas de conversión en el contexto de inhibición del afecto. Con la ayuda de presentaciones de casos ilustrativos, Kozłowska analiza las reacciones de conversión en términos de comportamiento paralizante. También presenta un caso en el cual un niño tipo A es incapaz de mantener su inhibición, a medida que aumenta el estrés. La irrupción del afecto negativo se ve como una angustia negativa intensa, por ej. la caída del niño sin reflejos de auto-protección.

Las estrategias C+ están conectadas con los síntomas de conversión en el contexto de despliegues alternados y exagerados de afecto agresivo-amenazante o fingido. Sin embargo, las estrategias de apego que subyacen los dos tipos de síntomas de conversión tienen distintas raíces filogenéticas en respuesta de autoprotección hacia las amenazas externas. Los niños que manifiestan los diferentes síntomas de conversión se caracterizan por distintos caminos evolutivos. Los síntomas de conversión relacionados al Tipo compulsivo A se manifiestan a menudo como síntomas neurológicos discretos, relacionados a la inhibición del afecto negativo. El segundo camino evolutivo que se origina de las conductas de apaciguamiento de Tipo C se observa en niños (toddlers) con trastornos de conversión que muestran fuertes conductas dolorosas, impedimentos conspicuos en la función neurológica, o representaciones corporales de afecto negativo.

Kozłowska concluye que el trastorno de conversión ligado a la estrategia de apego de tipo C+ representa engaño implícito. Está automáticamente provocada por y basada en los sistemas de memoria preconcientes, por ej. la memoria de imágenes y de procedimiento. Se debe distinguir el engaño implícito del engaño explícito, por ej. los síntomas neurológicos fingidos relacionados con las estrategias de apego del tipo 7-8. El tipo 7-8 emerge en la adolescencia, y prevalece más en poblaciones anti-sociales.

La autora reformula el concepto de “desorganización”. De acuerdo a Main & Solomon (1990) y Solomon y George (1999), los niños se volverían

desorganizados frente al peligro, y la desorganización de la estrategia de apego del niño podría incluso aumentar con la edad. Usando el DMM, Kozłowska toma una perspectiva evolutiva. Para poder sobrevivir y enfrentar la amenaza, los niños en peligro deben organizarse en formas más complejas de lo que sería necesario en contextos donde se los cuida y les brindan protección. La reformulación de la desorganización de Kozłowska concuerda con la tesis de la universalidad del apego de Bowlby (1969/1982); la propensión de los niños a apeгarse cualquiera sea su nicho cultural. Pero estas propensiones de conductas globalmente adaptativas se realizan de formas específicas, como una función del nicho cultural en el cual los niños deben sobrevivir.

La autora propone que las conductas llamadas “desorganizadas” se basan ya sea en comportamientos “paralizantes”, por ej. quietud extrema, rigidez del cuerpo o movimientos interrumpidos y bruscos, posturas anormales; o, en el otro extremo, reflejan el uso de comportamientos exageradamente apaciguantes, por ej. despliegues intensos de miedo extremo o impotencia fingida. Sin embargo, los comportamientos supuestamente desorganizados, no son desorganizados. En su lugar, reflejan la incorporación de comportamientos innatos de defensa en los patrones de apego. En términos del DMM (Crittenden, 2004, 2006) y en contraste con Solomon & George (1999) y Hesse & Main (2006), la autora concluye que, a medida que el niño crece hacia la adultez, y con la ayuda de la maduración neurológica, hay un aumento de la complejidad en las estrategias de apego auto-protectoras frente al peligro.

Clínicamente, la distinción entre dos trastornos de conversión cualitativamente diferentes, así como entre el engaño implícito y explícito, es útil para formular hipótesis en el asesoramiento familiar y para planificar un tratamiento. Los trastornos de conversión en el contexto de despliegue exagerado de afecto, necesitan intervención haciendo hincapié en la estructura y la predecibilidad, mientras que los síntomas de conversión en el contexto de inhibición del afecto necesitan una intervención en la cual los niños son asistidos para profundizar su conciencia de los estados del cuerpo y comunicar los sentimientos negativos.

La autora elabora el modelo propuesto del DMM y de su experiencia clínica con niños y adolescentes. Enfatiza que las nuevas distinciones surgidas de los diferentes orígenes evolutivos de los trastornos de conversión requieren más pruebas empíricas con poblaciones mayores y más diversas. El DMM permitirá una mejor diferenciación entre pacientes que sufren síntomas neurológicos inexplicados y también aquellos que usan el engaño implícito versus el explícito.

Referencias

- Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press. (Original work published 1969).
- Crittenden, P.M. (2004). Patterns of attachment in adulthood: A Dynamic-Maturation approach to analyzing the Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript; Draft, March, 2004.
- Crittenden, P.M. (2006). A Dynamic-maturational model of attachment. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 27, 105-115.
- Hesse, E. & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior: Theory and associations with parental Adult Attachment Interview status and infant disorganization. Development and Psychopathology 18, 309-343.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti; & E.M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Solomon, J. & George, C. (1999) (Eds.). Attachment disorganization. New York, London: Guilford.

El uso del DMM en la intervención temprana con niños y familias en Portugal

En un esfuerzo por apoyar a los niños con problemas de desarrollo y sus familias, un pequeño grupo de profesionales creó un centro privado en Lisboa: el Gabinete de Apoyo al Desarrollo Infantil y a la Familia (GADIF). GADIF tiene un programa basado en el hogar, con diferentes servicios, como la psicología evolutiva, apoyo familiar, terapia física o terapia del habla/lenguaje. Este programa promueve el desarrollo saludable de niños menores de 6 años fortaleciendo a las familias y reforzando el cuidado positivo. Más aún, el programa busca atender cuidadosamente los asuntos de apego. Además de su trabajo clínico, GADIF tiene varios proyectos de investigación en curso.

Familiarizarse con el Modelo Dinámico de Maduración - DMM

En 2002 la coordinadora del proyecto GADIF, Marina Fuertes y luego el resto del equipo, se familiarizaron con el Modelo de Maduración Dinámico (DMM), comenzando con un curso general acerca del Apego y Psicopatología. Este marco teórico se usó como la base para la investigación del apego (Fuertes, Lopes-dos-Santos, Beeghly & Tronick, 2006) e informó de las prácticas de GADIF.

El uso de DMM para ayudar al 'niño gato'

Cuando la maestra de pre-escolares y los padres mostraron preocupación acerca de este niño de 3 años, arreglamos el primer encuentro con la familia, y simplemente escuché. Tomas presentaba significativo atraso motor y en el lenguaje, fue descrito como que no le importaba estar solo, raramente buscaba a sus padres, y "tan independiente como un gato". Sus padres notaron su torpeza y caídas frecuentes. Los miembros de su familia eran urbanos, bien educados y estaban desesperados por respuestas.

La evaluación posterior incluyó la Escala de Desarrollo Mental Griffiths para evaluar el desarrollo motor y cognitivo. Las observaciones naturales en la escuela mostraron que Tomas tenía una falta de comunicación intencional (especialmente con sus pares) y usaba conductas destructivas como estrategia principal de interacción. Frecuentemente vagaba por el salón con poco o ningún interés participación en las actividades, juguetes o personas. En su casa, sus padres tenían muchas dificultades para controlar sus conductas erráticas, que a menudo lo ponían en riesgo, y raramente miraba a sus padres como un referente social o para encontrar protección.

La falta de reciprocidad social de Tomás era muy estresante para sus padres. La Evaluación de Apego Pre-Escolar (PAA-DMM) confirmó una falla en la activación del patrón de apego. Tomás "no ha organizado su comportamiento afectivo alrededor de una figura de apego que sea percibida como proveedora de la función protectora" (Crittenden, 2000). Al contrario, Tomas no mostraba reacción hacia la partida de su madre, y en los episodios de reunión, no buscaba proximidad con ella y no mostraba preferencia ni luchar por estar con su madre en vez de un extraño. A su vez, a su madre le resultaba difícil ayudar a Tomás a acercarse y usar su apoyo como una base segura.

El pediatra y la maestra pre-escolar de Tomás asistieron al proceso de evaluación y esta fase se completó con un informe final analizado y, crucialmente, discutido entre los miembros del equipo y la familia. Claramente, los rasgos de espectro autista de Tomas se asociaban con un trastorno significativo de desarrollo y apego.

El impacto personal del diagnóstico fue diferente para ambos padres, y tenían sentimientos diferentes de confusión y preocupación. La mamá de Tomás había pasado días (y noches) buscando respuestas para la condición de su hijo, mientras que su padre tenía la esperanza de que el problema de Tomás se resolvería por sí mismo. Tal como recomienda DMM, GADIF colaboró de cerca con la familia, enfocándose en la conducta del niño y el apoyo a la familia. Promover el apego es el desafío mayor, y DMM nos dio confianza para planificar las intervenciones socio-emocionales de Tomás. Durante las sesiones, nos dedicamos duro a trabajar en la dinámica de la familia usando videos, observaciones en el hogar, juego con juguetes, lectura de libros, ayuda con las rutinas y apoyo emocional. Buscamos promover la sensibilización de los padres y la disponibilidad para Tomás, así como en el involucramiento de Tomás. Inicialmente, la atención y la energía de los



padres se enfocaba principalmente en promover en Tomás la adquisición de nuevas habilidades.

Las visitas al hogar apoyaron las nuevas perspectivas de los padres, al encontrar disfrutables las interacciones cercanas y organizar un tiempo para rutinas en el vínculo, tal como el tiempo para bañarse juntos, jugar o contar cuentos. También se alentó el contacto visual sensible. Consecuentemente, Tomás y sus padres aprendieron a estar más cerca, espontáneos y más juguetones!

Ahora, a los 4 años, Tomas trata de agradar a su madre con sus dibujos así como llamando su atención con rabietas y peleas, y su padre se da cuenta de las nuevas protestas de Tomas cuando finge dejarlo.

El disfrute creciente de Tomas de jugar y hablar con su madre es ahora auto-fortalecedor, y ha empezado a explorar conductas con diferentes funciones. Al mismo tiempo, aprender acerca del apego ayudó a los padres a entender su rol cognitivo en relación con este comportamiento. Tomás le preguntó a su madre: "¿qué estás haciendo mamá? ¿vas a venir a cuidarme o no?"

Sin prescripciones, y con un espíritu crítico e inquisitivo, el equipo sigue dedicado a este caso. Los resultados primarios del Programa Integrativo de Intervención están respaldados por los comentarios de la mamá de Tomás:

"estas actividades que realizamos en nuestro hogar nos permiten (a los padres) usar y practicar importantes habilidades con nuestro hijo, con las herramientas apropiadas. Probablemente habríamos pensado que sólo los profesionales podrían realizar estas estrategias. Podemos ver los beneficios para el crecimiento de Tomás y su desarrollo. Nuestro niño es un buen ejemplo de esto! Hay un efecto psicológico fuerte y cuando empezás a hacerlo, realmente hace que nuestra familia se sienta mucho mejor acerca de nosotros mismos."

Lo que DMM ofrece que es diferente de otros enfoques del apego

El lazo entre la sensibilidad materna y el estatus del apego que encontraron Ainsworth y sus colegas (1978) inspiró una variedad de intervenciones en las relaciones padres-niños. Para enriquecer estas relaciones, los programas basados en el apego se enfocan en la conducta maternal, las representaciones maternas, la conducta del niño y en los otros contextos de cuidado del niño. El modelo DMM, como un marco para la práctica, da una contribución adicional crucial a los enfoques más tradicionales mediante:

- La conceptualización del estatus del apego como un proceso dinámico y diádico, que no sólo existe en el niño. Es la diada la que encuentra las condiciones para establecer (o no) la seguridad del apego, y por lo tanto es necesario planificar el proceso de intervención.
- La visión de las estrategias de apego como estrategias de auto-protección. El estilo de apego de cada persona es su mejor estrategia de protección para lidiar con sus cuidadores y el entorno, y por lo tanto se necesita cuidado cuando se intenta cambiar o remover su chaleco salva-vidas!

Continúa en la página 10

- Enfatizar la necesidad de entender el contexto donde el niño aprendió a organizar su conducta auto-protectora. Por ejemplo, la rabieta de un niño puede ayudar a una madre retraída a volver a interactuar, una conducta evasiva puede ser la mejor forma de lidiar con un cuidador invasivo. Contextualizar la intervención y adaptar nuestro trabajo en un enfoque multimodal toma en cuenta diferentes niveles de influencia en el desarrollo social e individual del niño.



- Enfatizar los procesos y el funcionamiento de la díada y de la familia, en vez de las etiquetas dicotómicas como 'seguro versus inseguro'.

Es esperanzador reconocer que la organización de los procesos de apego no es rígida, y sabemos que una vez que se encuentra un balance más deseable, es improbable dar un paso hacia atrás. El modelo DMM les da a los profesionales un cimiento sólido, y una causa mayor para ser optimistas en su trabajo.

Raquel Corval (1), **Sara Figueiredo** (1) and **Marina Fuertes** (1 & 2).

(1) GADIF, Portugal (gadif@hotmail.com)

(2) Child Development Unit, Harvard Medical School, Boston, USA (marina.fuertes@childrens.harvard.edu)

Referencias:

Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment (pp. 343-357), in Crittenden, P. M. and Claussen, L. (Eds.), The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. New York: Cambridge University Press

Ainsworth, M., Blehar, M., Walters, E. and Wall, S. (1978). Patterns of attachment - a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum: New Jersey

Fuertes, M., Lopes dos Santos, P., Beeghly, M. & Tronick, E. (2006). More than maternal sensitivity shapes attachment: infant coping and temperament. Annals of New York Academy of Sciences, 1094, 292-296

Próximos cursos de entrenamiento

Apego & Psicopatología

Fechas: 5 días, 29 de Setiembre - 3 de Octubre 2008

Docente: Patricia M. Crittenden en Bertinoro

Contenido: Este es un curso de desarrollo desde la infancia a la adultez acerca del desarrollo del riesgo de psicopatología y tratamiento. Introduce ideas básicas del Modelo de Maduración Dinámico acerca del apego y la adaptación. Es un prerrequisito para todos los cursos de evaluación DMM excepto el CARE- Index (pero se recomienda para el CARE- Index). Para más información, ver www.patcrittenden.com

Contacto para información y registro: Sabrina Bowen, jslnbo@bellsouth.net

CARE-Index

Fechas: 6 días, 29 de Setiembre - 4 de Octubre 2008

Docentes: Bente Nilsen & Steve Farnfield en Bertinoro

Contenido: El CARE Index es una evaluación basada en videos sobre el riesgo en díadas adulto-infante. Puede usarse para detección, tratamiento e intervención (por ej. video-feedback) en individuos o grupos. Los participantes entregarán videos de su propio trabajo y completarán una prueba de confiabilidad después del curso para obtener certificados. Para más información, ver www.patcrittenden.com

Contacto para información y registro: Bente Nilsen, nilsen.bente@gmail.com

Entrevista de Apego Adulto (Método DMM)

Fechas: 18 días, 20 al 25 de Febrero; 18 al 23 de Mayo; 19 al 24 de Setiembre, 2009

Lugar: Reggio Emilia, Italia

Idioma: Inglés

Docente: Patricia M. Crittenden

Prerrequisito: Los participantes al curso deben haber completado el curso "Apego y Psicopatología" antes de completar este curso.

Contenido: Este curso enseña análisis de discurso para los AAI, particularmente aplicaciones clínicas del AAI. Usa los métodos DMM. Hay trabajo de codificación entre las sesiones, un requisito de entregar 3 AAls realizados por el participante del curso, y una prueba de confiabilidad después del curso. Este trabajo debe completarse para recibir certificados para administrar y codificar AAls. Para mayor información, ver www.patcrittenden.com

Contacto para información y registro: Sabrina Bowen, jslnbo@bellsouth.net

Simon Wilkinson idisertará acerca de **Apego** en Brighton, Reino Unido, el 20 de Junio 2008. Contacte a Simon en simon.wilkinson@tele2.no

El curso top up de Índice CARE con **Steve Farnfield** y **Elaine Thomson** en Portsmouth, Reino Unido los 23 y 24 de Junio todavía tiene unos pocos lugares. Contacto steve.farnfield@ntlworld.com