

# EL APEGO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

## ATTACHMENT AND CLINICAL PSYCHOLOGY DURING COVID-19 PANDEMIC CLINIC PRACTICE DURING A PANDEMIC

**Lorena Velayos Jiménez**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3238-7620>

**Diego Sánchez Ruiz**

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. España  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1748-4967>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Velayos Jiménez, L. y Sánchez Ruiz, D. (2020). El Apego en la Práctica Clínica durante la Pandemia COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 295-309. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.391>

### Resumen

*El virus que causa enfermedad por COVID-19 ha sido catalogado como una pandemia mundial en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ha supuesto la activación del Estado de Alarma en muchos países, entre ellos España. Este Estado ha llevado a las personas a un confinamiento en el domicilio y reducción del contacto físico con los otros. Esto implica importantes cambios socioeconómicos e interpersonales. La Teoría del Apego puede dar claves para analizar estos cambios en las relaciones interpersonales. El objetivo es revisar la Teoría del Apego para estudiar desde este marco teórico los cambios interpersonales durante la pandemia, especialmente en la relación psicoterapéutica. Se reflexiona sobre las características del apego durante la crisis de la COVID-19, el efecto en la activación de conductas exploratorias y en la construcción de la identidad personal. Se examinan los cambios en el entorno psicoterapéutico durante el virus y sus consecuencias en la práctica de la Psicología Clínica. Finalmente, se reflexiona sobre la intervención en crisis y las posibles adaptaciones del espacio psicoterapéutico para trabajar en beneficio del paciente.*

**Palabras clave:** Apego, Coronavirus, Psicología Clínica, Psicoterapia, Intervención en Crisis.

### Abstract

*The virus that causes COVID-19 disease has been designed as a global pandemic in March 2020 by the World Health Organization (WHO). It has led to the activation of the Alarm State in many countries, including Spain. This state has managed people to confinement at home and cut off physical contact with the others. This implies important socioeconomic and interpersonal changes. Attachment Theory can provide clues to analyze these changes on interpersonal relationships. The aim is to review the Attachment Theory to analyze from this theoretical framework the interpersonal changes during the pandemic, especially on the psychotherapeutic relationship. It intends to think about the characteristics of attachment during the COVID-19 crisis, the effect on the activation of exploratory behaviors and the construction of personal identity. Changes in the therapeutic space during the virus and its consequences in the practice of Clinical Psychology are analyzed. Finally, crisis intervention and possible adaptations of the psychotherapeutic space to work for the benefit of the patient are reflected on.*

**Keywords:** Attachment, Coronavirus, Clinical Psychology, Psychotherapy, Crisis Intervention.

Fecha de recepción v1: 10-5-2020. Fecha de recepción v2: 9-6-2020. Fecha de aceptación: 14-6-2020

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [lorenavelayosj@gmail.com](mailto:lorenavelayosj@gmail.com)

Dirección postal: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Carretera Alcalá-Meco, s/n, Alcalá de Henares, Madrid. España

© 2020 Revista de Psicoterapia



## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a), los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. El coronavirus que se ha descubierto más recientemente (SARS-CoV-2) causa enfermedad por COVID-19. Fue catalogado oficialmente por la OMS como una pandemia el 11 de marzo de 2020 (OMS, 2020b). Se trata de una enfermedad infecciosa respiratoria no conocida con anterioridad que puede ir desde el resfriado común hasta manifestaciones más graves, incluyendo la muerte. Se notificó por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019. En el día de hoy (6 de mayo de 2020), está presente en más de 185 países en todo el mundo, se han notificado al menos 3.525.116 casos y 243.540 fallecidos, según datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS, 2020).

Cualquier persona puede contraer el virus SARS-CoV-2 y desarrollar la enfermedad COVID-19, si bien existen factores de riesgo como padecer una enfermedad médica previa (hipertensión, diabetes...). Las manifestaciones principales del virus son fiebre, tos y disnea, si bien a veces cursa con molestias gástricas o alteraciones dermatológicas. Se trata de una enfermedad muy variable en cuanto al curso y pronóstico, por lo que aún se investiga para obtener más información acerca del modo de propagación y el tratamiento del virus, no existiendo aún una vacuna.

La forma de transmisión es mediante el contacto de una persona infectada con otra. Incluso las personas con síntomas muy leves de COVID-19 pueden transmitir el virus. Esto ha supuesto que las autoridades sanitarias hayan recomendado el aislamiento en los domicilios y evitar el contacto humano mediante el uso de guantes, mascarillas y una distancia de seguridad de al menos un metro, incluso en miembros de una misma familia.

En algunos países se ha establecido el Estado de Alarma para ralentizar el crecimiento exponencial de la curva de contagiados, que ha saturado el sistema sanitario. Esto ha ocurrido en España el 14 de marzo, mediante el RD 463/2020. Ha supuesto el inicio de un confinamiento hasta el 2 de mayo, momento en que se ha iniciado una fase de desescalada progresiva. El aislamiento domiciliario ha implicado que algunas personas se hayan separado de sus familiares y amigos. En algunos casos, incluso conviviendo en el mismo domicilio, ha sido necesario mantener aislamiento en la habitación.

Si bien existen precedentes anteriores a esta situación en relación con la crisis del Ébola o del SIDA, en ninguno de esos casos supuso una afectación socioeconómica e interpersonal como la involucrada en esta ocasión. Osorio (2017) cita a Slaikeu (1996) para describir el término “crisis”, que destaca lo siguiente: estado temporal de trastorno y desorganización, incapacidad del individuo para abordar la situación con los métodos que solía emplear en la resolución de problemas; y potencial resultado radicalmente positivo o negativo. Se entendería la crisis como un momento en el que se pueden poner en marcha habilidades que estaban desactivadas anteriormente (personales, interpersonales, espirituales...).

La Teoría del Apego puede dar cuenta y explicar algunos cambios en las relaciones interpersonales durante la pandemia. El objetivo del artículo es analizar las circunstancias de la crisis de la COVID-19 bajo el marco teórico de la Teoría del Apego, haciendo hincapié en sus repercusiones interpersonales, especialmente con relación al vínculo psicoterapéutico.

## Marco Teórico

### *El apego*

Son muchos los estudios que han abordado el concepto de apego, sus características, su tipología o sus manifestaciones. Se podría definir este concepto como “el profundo vínculo que se establece desde el comienzo de la vida con las personas que nos cuidan y nos protegen” (Holmes y Slade, 2019). Los autores citados sostienen que “se activa en los momentos en los que una persona está perdida”, con dos objetivos principales: protegerse de amenazas externas, y gestionar la reacción ante estas amenazas. Esta pérdida que describen los autores podría constituir un estado de crisis.

La Teoría del Apego se desarrolló durante la década de 1940, tras los estudios realizados por el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby, quien hipotetizó el apego como una necesidad básica de conexión con los cuidadores (Holmes y Slade, 2019). Los objetivos iniciales de la Teoría fueron el diagnóstico y tratamiento de familias y pacientes con alteraciones emocionales, si bien posteriormente pasó a ser una teoría de la evolución y desarrollo de la personalidad (Bowlby, 1989).

Las conductas de apego son aquellas llevadas a cabo para facilitar la conexión con los cuidadores, en busca de protección, consuelo y apoyo. Bowlby (1989) sostenía que el hecho de que la madre esté inaccesible o al menos lo parezca es un factor que facilita que se activen estas conductas. Se van desarrollando a lo largo de los primeros meses de vida y continúan manteniendo su importancia durante la adolescencia y adultez, funcionando como mecanismos de defensa ante vivencias de angustia. Anteriormente, las conductas de apego en adolescentes y adultos eran categorizadas como dependencia y sobredependencia, respectivamente (Bowlby, 1989).

Parece difícil operativizar las manifestaciones de una conducta de apego. La Teoría del Apego sostiene que es necesario que haya dos partes: una persona que manifiesta una conducta de apego y otra que responde ante esta conducta de diferentes maneras. Esto es algo que se pone en juego en la relación psicoterapéutica, como se verá con más detalle en los siguientes apartados. La satisfacción de la necesidad de protección se relaciona con la proximidad, actitud de cuidado y de aceptación sin juicio, accesibilidad y transmisión de seguridad (Bowlby, 1989).

Frente a la seguridad que puede generar en una persona la satisfacción de una necesidad de apego, Fonagy y Allison (2014) sostienen que el humano nace con una “incredulidad natural acerca de acerca de la información que pudiese ser

contradictora, engañosa, o dañina”, que denominan “vigilancia epistémica”, y que funcionaría como mecanismo protector o defensivo. Sostienen que para que una persona pueda confiar en otra y despliegue satisfactoriamente sus conductas de apego, necesita recibir señales sociocognitivas que le generen confianza por parte de la otra persona. Las denominan “señales ostensibles”. Estas traspasarían la protección que pretende la vigilancia epistémica innata y permitirían un mutuo intercambio de información entre dos partes, fomentando el apego seguro y la supervivencia de la especie. Estas señales facilitarían la confianza en el sí mismo, en los otros y en el ambiente.

Las señales ostensibles se pueden poner en marcha con la mirada, la escucha y el tacto, así como la alimentación. El olfato y el gusto también se ven implicados algunas veces (por ej. una manta suave que un agente dador de apego facilita a la persona, puede estar utilizando el tacto, la vista y el olfato para enviar señales ostensibles).

Cuando la angustia que sufre la persona que solicita protección es de baja intensidad, la vista o la escucha pueden conseguir desactivar las conductas de apego, pero se necesita pasar al tacto cuando la angustia es más intensa (Bowlby, 1989).

### **Sistema de Apego y Sistema Exploratorio**

Existen cuatro sistemas encargados de proteger y garantizar la supervivencia de una especie: el sistema de apego, el reproductor, el alimentario y el exploratorio (Bowlby, 1989).

Mary Ainsworth (1967) relacionó el sistema de apego con el exploratorio. Desarrolló un nuevo paradigma al que denominó Situación Extraña, para estudiar las manifestaciones de la conducta de apego. Concluyó la existencia de tres tipos de apego que darían información sobre la relación maternofilial: seguro, con padres rechazantes (posteriormente denominado evitativo), y ansioso/ambivalente (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978).

El apego seguro lo presentarían aquellos niños que durante el primer año de vida han recibido un cuidado sensible que les ha proporcionado una “base segura” desde la que explorar (Holmes y Slade, 2019). Un apego seguro facilita al niño abrirse a la experiencia con libertad, sintiéndose lo suficientemente protegido como para atreverse a contactar con situaciones nuevas. De este modo, se genera aprendizaje y se potencia la imaginación y creatividad, algo relacionado con el concepto de “espacio transicional” de Winnicott (1972).

La base segura puede estar forjada sobre un vínculo real o imaginario (Bowlby, 1989). En situaciones de trauma intenso, algunas personas se distancian o incluso pierden las principales figuras de apego. Una forma de trabajar con ellas es poder crear en imaginación un tipo de vinculación segura que le permita afrontar su angustia ante tal situación. El documental “Gaza: Psicodrama sin Fronteras” (2013) constituye un acercamiento a este tipo de trabajo. En la misma línea, Victor Frankl (1946) tenía en cuenta cierta influencia del imaginario en situaciones de trauma:

“nuestra mayor libertad humana es que, a pesar de nuestra situación física en la vida, siempre estamos libres de escoger nuestros pensamientos”.

Siguiendo a Ainsworth et al. (1978), los niños con apego evitativo perciben a sus padres como rechazantes, evasivos, de modo que tienden a estar inhibidos cerca de la figura de apego, con distancia emocional y sin conducta exploratoria activa. Los niños con apego ansioso son objeto de respuestas hiperactivadas ante sus conductas de apego, es decir, cuando solicitan el vínculo con la figura de apego, esta emite respuestas inconsistentes que influyen en que el niño explore con seguridad (Holmes y Slade, 2019).

### **El apego y su relación con la construcción de la identidad**

Stern, en 1985 refería que desde el momento del nacimiento el individuo muestra una capacidad embrionaria para establecer una interacción social y siente placer al hacerlo, algo que determina el estilo de apego.

Erickson (1968), principal autor en el estudio de la identidad, o conciben la construcción de la personalidad en relación con el otro desde el nacimiento. En la misma línea, desde la Teoría Psicodramática, Herranz (2012) indica que nos relacionaríamos con los otros en base a conductas que pueden aglutinarse en roles, diferentes con cada persona, que tienen que ver con el estilo de apego que tenemos. El conjunto de los roles de una persona contribuye a crear una identidad: “se es con los demás, y nos construimos y reconocemos con los demás” (Herranz, 2012).

Main estudió sobre el apego en adultos y descubrió pautas que reflejaban lo que Bowlby expresaba como *modelos operativos internos* (MOI), que se refieren a la representación del yo con respecto a los demás (citado en Holmes y Slade, 2019). Se trataría de representaciones que tienen que ver con las fantasías inconscientes del niño acerca de sí mismo (por ejemplo: “¿me responderá esa persona cuando le pida ayuda?”). Serían diferentes a las *representaciones de objeto internalizadas* a las que se refiere la Teoría de las Relaciones Objetales: forma en la que veo al otro y me relaciono con él, basadas en la experiencia real de la persona y no en el imaginario (Holmes y Slade, 2019). Los modelos operativos internos y las representaciones de objeto internalizadas tienen efecto sobre la conducta de apego e influyen en la construcción de la identidad de la persona.

Los modelos internos, las representaciones de objeto que hacemos de los otros y los roles que desarrollamos se van modulando con el tiempo. Continuamente se tienen que volver a diseñar, revalorar o desarrollar nuevas fórmulas de relación que cuestionan las anteriores (Sunyer, 2011). Este dinamismo determina nuestra identidad, que nunca se pierde, sino que se reconstruye y modula.

### **El apego en la práctica clínica**

Todo lo descrito en los apartados anteriores es importante porque la relación entre paciente y terapeuta constituye un vínculo sobre el que se establece una conducta de apego. Bowlby (1989) refiere que “el apego es ineludible en la relación

terapéutica, en la medida que sentirse vulnerable, necesitar protección y requerir ayuda de un congénere más capaz, definen al paciente que acude a consulta". El estilo de apego preponderante en cada persona va a configurar la manera en la que esta se relaciona con su terapeuta.

Son muchos los autores que han estudiado el apego en la relación terapéutica. Entre los más recientes, Galán (2020) refiere que "la Teoría del Apego ha impulsado una forma específica de relacionarse con el paciente, donde la proximidad, la disponibilidad y el cuidado emocional comprometido son elementos fundamentales".

Como ocurre con el resto de vínculos, la relación terapéutica se va modulando, transformando y cambiando. Crittenden (1990), en su estudio sobre los Modelos Operativos Internos, diferencia entre modelos "abiertos" (expuestos a nuevas interpretaciones y predicciones), y "cerrados" (se interpretan todas las conductas en términos del modelo existente). Sostiene que los modelos internos pueden ser "operativos" (posibilitan la modificación cognitiva de las respuestas), y "no operativos" (no permiten modulación cognitiva). En la psicoterapia se trabajará para facilitar modelos abiertos y operativos, que permitan adaptarse a los diferentes vínculos en los distintos momentos de cada relación, constituyéndose así conductas de apego que satisfagan en mayor medida las necesidades de protección y regulación emocional. Esta transformación requiere una atmósfera suficientemente segura para la persona, lo que permitirá un espacio de creación: un "espacio transicional" (Winnicott, 1972).

Holmes y Slade (2019) sostienen que la transformación de la relación entre paciente y terapeuta dependerá de la capacidad del terapeuta para mantener una postura con las siguientes cualidades: reguladora, tranquilizadora, sensible, sincrónica, mentalizadora y de aceptación radical. Asimismo, indican la importancia de la sociedad en el estilo de apego, ya que esta puede establecer mecanismos de poder y control, o bien puede promover un funcionamiento basado en la colaboración. Esta última forma de funcionar se relaciona con una mayor seguridad que permite a los individuos desarrollarse, evolucionar y transformarse.

### **Pandemia COVID – 19 y su relación con el Apego**

La COVID-19 supone un ataque externo, desconocido, que coloca a las personas en una situación nueva y peligrosa. Implica una amenaza para la vida y para poder realizar el trabajo sanitario en unas condiciones favorables, debido a la alta carga asistencial que ha supuesto el rápido crecimiento de la curva de contagios.

Si se entiende esta situación como el ataque de un agente externo, se podría hablar de un momento en el que potencialmente se activaría la conducta de apego de las personas. Este virus despierta la vulnerabilidad de todos los humanos, independientemente de la edad, la raza, el género... Todos podemos ser portadores, contagiar y ser contagiados, y el curso y pronóstico aún es incierto. A toda esta incertidumbre se le añade otra condición: el "depredador" es invisible.

Activar en este momento el mecanismo de defensa del apego, desarrollando

conductas en busca de cuidado, consuelo, protección y seguridad por parte del otro podría ayudar a regular la angustia, si bien se dan una serie de circunstancias que dificultan que se desarrolle una situación de apego seguro.

Es complicado diferenciar qué parte de una relación puede actuar como dador de apego seguro debido a la vulnerabilidad generalizada de toda la población. En otras catástrofes, suele haber personas que han estado más expuestas al agente externo que actúa como amenaza, que generalmente son las que ponen en marcha sus conductas de apego. Sin embargo, en el caso de la crisis por COVID-19, el peligro es impredecible, no localizable en un lugar puntual, invisible.

En el caso de la relación entre niño-adulto se espera que sea este último el que actúe como figura de apego, por su experiencia y mayor desarrollo del aparato psíquico. Sin embargo, algunos adultos han presentado una intensa angustia ante este confinamiento, aislamiento, temor a contagiar y a contagiarse, nostalgia y tristeza al no poder estar junto a sus seres queridos, en muchos casos acompañado de pérdidas y duelos importantes.

La necesidad de mantener distanciamiento físico, dentro y fuera del domicilio, conlleva que la figura de apego no siempre esté accesible y mucho menos próxima, algo necesario para que se maneje la angustia según la Teoría del Apego. Es más, según se explicó anteriormente, el hecho de que la figura de apego parezca o esté inaccesible activa en mayor medida la conducta de apego (Bowlby, 1989).

Dada la cualidad de situación nueva e incierta para todas las personas, en la mayoría de los casos las estrategias de regulación emocional implicadas en otros momentos ya no sirven. Los sistemas sensoriales que permiten interconectarnos con los otros (la mirada, el tacto, la escucha, el olfato, el gusto...) no están en las mismas condiciones durante la pandemia COVID-19 que antes de esta.

- Destaca el caso del tacto, dada la recomendación de no tocarse a uno mismo ni a los otros durante esta pandemia. La OMS recomienda reducir el contacto de las manos con la cara, los ojos, la nariz y la boca, que incrementaría el riesgo de contagio. Es necesario utilizar guantes y mascarillas protectoras cuando interactuamos con los otros (OMS, 2020a).
- La mirada no siempre está pudiendo estar presente. Se trata de uno de los indicadores más utilizados en los vínculos y relaciones. Las personas que viven separadas no siempre están pudiendo verse, y si lo hacen es a través de instrumentos digitales, que suponen un tercer elemento en la relación, que determina el vínculo que se establece. Cuando se mira a través de una herramienta digital, se ve una parte de la realidad (el foco al que se dirige la cámara) sin posibilidad de redirigirlo, puesto que el aparato que enfoca al otro es del otro. Esto puede afectar a la confianza de la relación.
- En cuanto a la escucha, es el sistema sensitivo que más información puede aportar en el momento de pandemia COVID-19. La mayor parte de las relaciones se están manteniendo a través de ella: llamadas de teléfono, conversaciones a través de las puertas o terrazas, videollamadas...

Si se complica la capacidad de establecer una relación con base segura, se va a activar en menor medida el Sistema Exploratorio. El confinamiento bajo el Estado de Alarma ha reducido la capacidad para explorar fuera del domicilio. Se han incrementado las vivencias a través de aparatos digitales. Dada la relación entre el Sistema de Apego y el Exploratorio, se ha establecido un funcionamiento de inhibición entre ellos, con influencia de uno sobre el otro: al sujeto se le queda reducido el espacio seguro desde el que ir explorando, aprendiendo, transformándose con la experiencia, mermando así su proceso de construcción de la identidad.

Ainsworth (1967), explicaba que la exploración del entorno incluye el juego y las diversas actividades con los compañeros. La reducción del espacio seguro desde el cual explorar ha sido especialmente relevante en el caso de los menores. Estos se encuentran en etapas donde el Sistema Exploratorio adquiere máxima relevancia. Acudir al colegio, o a cualquier otra entidad formativa, tiene como objetivo educar a la persona en relación a conocimientos teóricos, habilidades, pero también formar en valores y ofrecer, como describe Echevarría (2003), “un espacio de interacción, construcción y desarrollo de potencialidades necesarias para la comprensión del mundo, sus relaciones y sus posibles transformaciones”.

La mayor parte de los menores confinados han tenido relación con iguales que forman parte de la misma familia (hermanos), y el resto de vínculos con congéneres han sido digitales.

Como se señaló anteriormente, la personalidad se construye estableciendo distintas relaciones en diferentes contextos que, agrupadas en pequeños tipos de relación constituyen los roles o funciones de la persona, y por tanto su identidad. Los menores han dejado a un lado su rol como estudiante con las tareas de acudir a clase, relacionarse..., que ha sido sustituido por clases individuales en los domicilios a través de plataformas digitales. Del mismo modo se ha paralizado su rol en las distintas actividades extraescolares. Los adultos han pausado su rutina de trabajo, relaciones con amigos, aficiones para realizar en el tiempo libre en espacios exteriores... Esto implica que las rutinas diarias han cambiado de repente, lo que puede poner en entredicho la identidad de la persona: ¿quién soy yo si no puedo hacer todo lo que hacía antes del confinamiento? Se han desarrollado otros roles, transformado así, en algunos casos, la identidad.

Autores como Minuchin, 1986; Andolfi, 1993; Musitu, Buelga y Lila, 1994; y Rodrigo y Palacios, 1998 (citados en Espinal, Gimeno y González, 2004) describen la familia como “un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. La pandemia COVID-19 ha supuesto una redistribución de los sistemas familiares, con las diferentes consecuencias en cada casa en cuanto a las relaciones entre los miembros.

Al igual que con el resto de vínculos, el que se establece entre paciente y terapeuta también se ha visto afectado por la pandemia COVID-19. Los pacientes han dejado de poder asistir a sus psicoterapias presenciales, se han anulado los



grupos de psicoterapia en los centros de salud, y se han paralizado los procesos de evaluación solicitados por nuevos pacientes. Esto ha tenido repercusiones a muchos niveles. Algunas personas han tenido que detener su proceso de psicoterapia y otras han continuado a través de herramientas digitales. Por otra parte, han aparecido nuevas demandas en los servicios de Salud Mental en relación con la COVID-19: pacientes que se han contagiado con el virus, angustiados por los síntomas que les ocasiona, por contagiarlo, fallecimientos, duelos en las familias, sanitarios saturados y desbordados emocionalmente con culpa, miedo, ira, tristeza...

Todas las relaciones mencionadas se han caracterizado por la falta del contacto físico habitual hasta el inicio de la pandemia. Las personas que estaban en seguimientos psicoterapéuticos y han continuado con sus psicoterapias a través de herramientas telefónicas o digitales han visto introducido un elemento más en su espacio psicoterapéutico que determina la relación.

Muchas consultas cuentan únicamente con la escucha a través de un teléfono como herramienta principal a través de la cual intercambiar información, y en ocasiones la vista, en caso de las videollamadas. Cuando la angustia de la persona es muy intensa, como se revisó anteriormente, es necesario utilizar el tacto para ayudar a regular la emoción, algo que durante la pandemia no se ha podido hacer. Se trata de un momento en el que el nivel de angustia general es elevado, más aún en pacientes que ya contaban con un estado psíquico vulnerable antes de la pandemia.

La accesibilidad del psicoterapeuta tampoco ha sido fácil de mantener, dados los cambios administrativos y bajas, trabajo de servicios mínimos o la saturación del sistema sanitario.

En el caso de los grupos psicoterapéuticos, algunos mantenidos a través de un sostén digital, se han visto afectados por las interferencias de estas herramientas (por ejemplo, el “salir y entrar” en el grupo en función de la calidad de la conexión a internet que tuvieran). El formato virtual hace que se pierda la mayor parte de la información que se genera en un grupo: parte de la comunicación no verbal, el trabajo de interrelación con los otros, la espontaneidad del grupo, el compartir un espacio con otras personas... En este sentido, Watzlawick, Helmick, y Jackson (1985) diferencian entre comunicación digital (se refiere al contenido) y analógica (relativa a la relación: vocalizaciones, movimientos, signos de estado de ánimo...). Sería esta última la más afectada en la comunicación virtual.

Los pacientes en espera de su primera cita para realizar la valoración de inicio de tratamiento psicoterapéutico, han tenido que “posponer” su demanda. Generando esto un cambio en las expectativas previas a la psicoterapia, ahora asociadas a la incertidumbre de la situación.

En los sanitarios y, específicamente en el caso de los profesionales de la Salud Mental y de la Psicología Clínica en particular, a la angustia personal explicada por la amenaza vital que supone la COVID-19, se suma el hecho de no poder realizar un trabajo sanitario en las condiciones habituales. En algunos casos, se podría pensar que al no poder ver al paciente, una estrategia de manejo puede ser

medicalizar en mayor medida, como forma de obtener mayor sensación de seguridad (en el profesional más que en el paciente, en ocasiones). A este respecto, las guías de tratamiento en relación a la atención a la Salud Mental insisten en que la intervención de primera línea debe ser psicológica, minimizando en lo posible el uso de psicofármacos (NICE, 2014, 2018).

Es esperable pensar que los profesionales de la sanidad, como todas las personas, han desplegado sus mecanismos de defensa habituales, que les han servido en otras ocasiones y que quizá en este momento también, o no. Por ello, se debe estar atento y consciente a estas defensas, para cuidar la salud mental de los sanitarios. Yalom (2011) destacó el narcisismo como una de las defensas principales ante el miedo a la muerte, esto es, el distanciamiento de esta angustia y la creencia de que ese problema “no me va a pasar a mí...”. En ocasiones, los sanitarios han sido percibidos por los pacientes como “héroes o salvadores” ante la pandemia COVID-19. Esto ha podido fomentar en algunos casos el desempoderamiento de los pacientes y el aumento de la carga emocional en el profesional, algo que sería interesante investigar.

### **Adaptaciones de los Espacios Psicoterapéuticos**

El ser humano está diseñado para adaptarse a las distintas situaciones y circunstancias (Sunyer, 2020). Muchos han sido los cambios que se han dado a lo largo de la historia y en los diferentes proyectos vitales de cada persona (guerras, accidentes...). La reacción de cada persona ante una situación nueva y peligrosa va a depender, aparte del estilo de apego, de la naturaleza y gravedad del acontecimiento, de su experiencia con acontecimientos angustiantes anteriores, del apoyo de otras personas en su vida, su salud física, su historia personal y familiar de problemas de salud mental, su cultura y tradiciones, y su edad (OMS, 2012).

En tiempos de COVID-19, son significativos los cambios que se han llevado a cabo para poder adaptarse y mantener un trabajo psicoterapéutico y, por tanto, intentar mantener una relación de apego seguro con los pacientes. Dos de las atenciones que se van a destacar en este artículo son las atenciones telefónicas o por videollamada, y la primera ayuda psicológica.

Por una parte, la atención a los pacientes por teléfono o videollamada, permite cumplir con la premisa de no contacto contactando. Por una parte, puede suponer una dificultad para acceder a la persona, puesto que no siempre se responde o se tiene cerca el teléfono cuando llaman. Por otra parte, el teléfono permite acercarse a los otros con más protección que si se hiciera en persona. Da la oportunidad de contactar y darse a entender sin mostrarse. En ocasiones, el confinamiento ha facilitado la puesta en marcha de llamadas telefónicas entre personas que llevaban mucho tiempo sin contactar, funcionando como herramienta de acercamiento.

En relación con la Teoría del Apego, el paciente que pone en marcha una conducta de apego con su psicoterapeuta por medios digitales, va a tener que exponerse a la “vigilancia epistémica” que mencionaban Fonagy y Allison (2014), pero

con un distanciamiento físico con el otro. Esta distancia puede ser favorable en los pacientes que tengan la vivencia de mayor desconfianza cuando se encuentran en presencia de alguien, de manera que tienden a desplegar mecanismos defensivos evitativos. De forma digital, podrían percibir señales ostensibles en el psicoterapeuta que les permitirían superar esa vigilancia innata y desarrollar un apego seguro con el profesional. Como se ha revisado, este apego seguro les podría ayudar a explorar y a construir un relato de lo que está ocurriendo y cómo les está afectando. Esto sería favorable para permitir la integración de la vivencia durante la pandemia COVID-19 en el proyecto vital de la persona y en la construcción de su identidad.

Es inevitable que haya un cambio en las señales ostensibles que percibe el paciente por parte del psicoterapeuta en el formato digital en comparación con el presencial. Se podría contemplar un cambio de marco desde uno que interpreta peligro para el vínculo psicoterapéutico en una relación por teléfono a uno que ve una oportunidad de relacionarse diferente, pudiendo adaptar el funcionamiento de la psique de cada parte en beneficio de establecer un vínculo seguro.

Irvine et al. (2020), evidencian en una investigación que incluyó varios estudios, poca diferencia entre la atención psicoterapéutica por teléfono y la presencial en relación a la alianza terapéutica, la empatía, la atención y la participación. Comentan que las sesiones por teléfono en su análisis fueron significativamente más cortas que las realizadas en persona. Sin embargo, los propios autores señalan algunas limitaciones de su investigación: identificaron solo un pequeño número de estudios heterogéneos que en algunos casos no utilizaban medidas validadas para evaluar los constructos, y que utilizaban muestras no homogéneas (población clínica y no clínica) y no aleatorizadas, así como modalidades psicoterapéuticas diferentes.

Por otro lado, la primera ayuda psicológica (PAP) es “una respuesta humana, de apoyo, a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda” (El Proyecto Esfera, 2011; IASC, 2007, citados en OMS, 2012). Se ha destinado en algunas áreas sanitarias a los pacientes con COVID-19, familiares y sanitarios durante esta crisis. Abarca dos aspectos principales: proteger a los supervivientes de daños mayores (a veces, una persona muy angustiada puede adoptar decisiones que provocan mayor riesgo); y la contención emocional, proporcionando la oportunidad de que la persona hable sobre los hechos, pero sin ejercer presión. Cabe la posibilidad de informar a las personas angustiadas de su derecho a negarse a hablar de los hechos con profesional asistencial, periodistas, etc. (IASC, 2007).

La PAP no es un asesoramiento profesional, de hecho pueden hacerlo personas no profesionales de la Salud Mental, si bien es necesario estar formado en cómo realizarla (OMS, 2012). Es una alternativa al *debriefing* psicológico, que se ha probado no efectivo en situaciones de crisis (OMS, 2012; Inchausti, García-Poveda, Prado-Abril y Sánchez-Reales, en prensa). Este promueve la ventilación emocional pidiendo a la persona que describa sistemáticamente la vivencia durante el acontecimiento traumático, mientras que la PAP implica mostrarse disponible para escuchar las historias de las personas, sin presionar (OMS, 2012).

La PAP incluye factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo y que están en relación con el desarrollo de un apego seguro: atmósfera de seguridad, conexión con otros, calma y esperanza; accesibilidad a apoyo social, físico y emocional; y sentimientos de capacidad de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades (OMS, 2012).

Muchos pacientes en seguimiento previo en Salud Mental o no, traerán a la sesión de psicoterapia su angustia ante la crisis de la COVID-19. Duque (2020) y OMS (2012) realizan algunas recomendaciones de intervención en crisis que van en consonancia con lo analizado en relación a la Teoría del Apego y que se discuten a continuación:

- Escuchar activamente: agudizar la escucha, sostener los silencios y leer sus significados, mantener actitud de disponibilidad y no de intervención. Es recomendable preguntar por las necesidades de la persona en ese momento, y utilizar la técnica del parafraseo (Duque, 2020). Esta actitud permite que el paciente pueda desplegar su estado mental del momento, y devolvérselo en forma de espejo mediante la paráfrasis, algo que puede ayudarle a recolocar el impacto emocional de la crisis y reajustarlo con sus modelos operativos internos y representaciones de objeto. El objetivo sería reencontrarse con un equilibrio psíquico de nuevo, que le permita sentir algo de control interno para afrontar el descontrol de fuera.
- Ayudar a tranquilizarse (OMS, 2012): es probable que los pacientes se encuentren intensamente angustiados, y es en estos momentos en los que se han de desplegar señales que permitan a la persona sentir una atmósfera de mayor seguridad y protección, esperanza, mostrar apoyo físico y emocional.
- Ser auténtico: mantener una conversación de humano a humano. Independientemente de los conocimientos que tengan los profesionales, la cercanía, accesibilidad y proximidad que ha demostrado favorecer el establecimiento de un vínculo seguro se apoya en una relación auténtica. Se puede, en ocasiones, realizar autorrevelaciones personales si se considera que puede ser útil para el paciente (Duque, 2020).
- Ayudar a resolver las necesidades básicas del momento (OMS, 2012): conectarle con seres queridos, informarle de qué ha pasado, contribuir a minimizar el malestar ocasionado por el ambiente en ese momento (luz, ruido...).
- Ayudar a cambiar de marco o estado mental. Duque (2020) sostiene que si bien es necesario sostener la angustia, escucharla y darle un espacio, también resulta relevante ayudar a la persona a contactar con otros aspectos del momento vital que le generen otras reacciones emocionales. Pone el ejemplo del cambio que se da generalmente en un abuelo angustiado por la crisis cuando se le habla de sus nietos. Este movimiento ayuda a tomar perspectiva y regular el impacto emocional. A veces, utilizar el humor

sirve para ayudar a cambiar de marco (Frankl, 1946).

- Ofrecer un espacio donde desplegar la creatividad (Duque, 2020) y la espontaneidad, donde reflexionar sobre lo que pasa y ayudar a generar una base segura interna. El trabajo psicoterapéutico con algunos pacientes en este momento implica utilizar dibujos, recursos musicales, o herramientas que tenga disponibles en el domicilio; que permiten desplegar un trabajo creativo que ayude a la persona a recolocar su sistema mental.
- Poner énfasis en aspectos que permiten retomar la sensación de control y poder sobre la vida: empoderar (Duque, 2020). Todas las personas tienen los recursos para adaptarse a situaciones de crisis, hay que ayudar a tomar conciencia de ellos. Comunicar sobre los roles que se mantienen en esa etapa de crisis, que construyen su identidad, su autenticidad, y sostener la integridad de la persona. Activar redes naturales de apoyo se ha mostrado implicado en la recuperación de la persona (Duque, 2020; OMS, 2012).
- Ayudar a reconfigurar el listado de prioridades de la persona y retomar su proyecto de vida (Duque, 2020).
- Minimizar en lo posible el uso de psicofármacos (NICE, 2014, 2018).

## Conclusiones

La enfermedad COVID-19 ha supuesto un cambio en las relaciones interpersonales a nivel mundial. La falta de contacto físico ha implicado replantearse la manera en la que las personas establecemos conductas de apego en busca de protección y seguridad. La angustia ante la muerte que supone la pandemia ha podido incrementar la puesta en marcha de estas conductas de apego. La pandemia ha planteado el reto de reconfigurar la percepción de las señales ostensibles que encontramos en los otros para establecer relaciones de apego seguro que permitan establecer intercambios comunicacionales interpersonales. Desde esa posición, se puede explorar el mundo y a uno mismo, contribuyendo así a construir las representaciones internas del yo y de los otros, que colaboran en mantener un equilibrio psíquico sobre una base segura. Esto tiene implicaciones en la construcción de un proyecto personal y de la identidad, fomentando la integración psíquica. La relación a través de medios digitales ha cobrado mucha importancia, influyendo en el tipo de relaciones actualmente.

Entre todas las relaciones interpersonales afectadas se encuentra la relación psicoterapéutica. Dados los cambios que se han generado en estas relaciones, en este artículo se contempla un cambio de marco desde uno que interpreta peligro para el vínculo psicoterapéutico en una relación digital a uno que ve una oportunidad de relacionarse diferente, pudiendo adaptarse al estilo de apego de cada persona para procurar establecer un vínculo seguro.

Como indican Inchausti et al. (en prensa), esta crisis sociosanitaria brinda múltiples oportunidades para aprender y mejorar. Los autores destacan la importancia de reforzar los sistemas públicos de salud y la capacitación en materia de atención

psicológica en emergencias, la apertura de nuevos campos de investigación y la importancia de la unidad social ante futuras crisis similares.

Entre los retos que se presentan a continuación en el campo de la Psicología Clínica, se pueden citar la reorganización de los recursos sanitarios públicos en materia de salud mental, entre otros, para prevenir y atender las necesidades que presenten las personas; superar el intrusismo laboral para promover una atención especializada y de calidad en Salud Mental; abordar de forma comunitaria las narrativas formadas por las población acerca de la crisis, fomentando un trabajo grupal de los duelos y cambios de rol, reforzando las redes naturales de apoyo, empoderando y enfatizando los recursos de afrontamiento propios para promover los proyectos vitales de las personas.

## Referencias Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia Familiar: Un enfoque interaccional*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona, España: Paidós.
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/iasc\\_guidelines\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_spanish.pdf)
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 259-277. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3%3C259::AID-IMHJ2280110308%3E3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3%3C259::AID-IMHJ2280110308%3E3.0.CO;2-J)
- Duque, F. [Psicología Clínica COVID-19] (2020 abril, 1). *Sesión Online: COVID-19: Trabajo con personal asistencial para Tratamiento Psicológico de Estrés Traumático Agudo: "cuidando al cuidador"*. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=1&v=4jdA2-3AQw&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=4jdA2-3AQw&feature=emb_logo)
- Echevarría, C. V. (2003). La escuela: un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(2), 15-43.
- El Proyecto Esfera (2011). *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*. Ginebra: El proyecto Esfera. Recuperado de: <https://spherestandards.org/>
- Erickson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- España, Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, 14 de marzo de 2020, 67. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14, 21-34. Recuperado de: [www.uv.es/jugar2/EnfoqueSistematico.pdf](http://www.uv.es/jugar2/EnfoqueSistematico.pdf)
- Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Galán, A. (2020). ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica? Es hora de recapitular [How Does Attachment Theory Improve Our Clinical Practice? A time for Summing-Up]. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 66-73. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
- Herranz, T. (2012). El final de un principio: el principio de un modo de pensar y hacer psicodrama. *Revista de Psicoterapia y Psicodrama*, 1(1), 77-87. Recuperado de: [http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior01/5\\_El\\_final\\_de\\_un\\_principio\\_Teo\\_Herranz.pdf](http://www.revistapsicoterapiaypsicodrama.org/archivos/Anterior01/5_El_final_de_un_principio_Teo_Herranz.pdf)
- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (en prensa). La Psicología Clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>

- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., ... Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120-131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) (2020). *Enfermedad por nuevo Coronavirus, COVID-19*. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Musitu, G., Buelga, S. y Lila, M. S. (1994). Teoría de Sistemas. En G. Musitu y P. Allat (Eds.), *Psicosociología de la Familia* (pp. 47-79). Valencia, España: Albatros.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Anxiety disorders. Quality standard*. Londres, Reino Unido. Recuperado de: [www.nice.org.uk/guidance/qs53](http://www.nice.org.uk/guidance/qs53)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). *Post-traumatic stress disorder*. Londres, Reino Unido. Recuperado de: [www.nice.org.uk/guidance/ng116](http://www.nice.org.uk/guidance/ng116)
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020b, marzo 11). *We have therefore made the assessment that COVID19 can be characterized as a pandemic* [Twitter post]. Recuperado de: <https://twitter.com/WHO>
- Osorio, A. (2017). Primeros Auxilios Psicológicos. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 5(15). Recuperado de: <https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos>
- Psychodrama Group of Gaza [Arnulba Palestina] (2012, agosto 1). *Documental: Gaza, Psychodrama without borders*. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=Tbpb5bAX3OA>
- Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la Familia. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y Desarrollo Humano* (pp. 45-70). Madrid, España: Alianza.
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, México: Manual Moderno.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Sunyer, J. M. (2011, marzo 31). *De Identidades dañadas* [Comunicación online]. Recuperado de: <http://www.grupoanalisis.net/identidades-danadas/>
- Watzlawick, P., Helmick, J. y Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: España. Herder.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Gedisa.
- Yalom, I. (2011). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.