

2.2. Desarrollo del *self* desde el marco de las relaciones de apego. Implicaciones en la psicopatología y proceso psicoterapéutico

Carmen Bayón, Alberto Fernández Liria, María Goretti Morón

1. JUSTIFICACIÓN

La teoría del apego constituye una de las construcciones teóricas más sólidas dentro del campo del desarrollo socioemocional, habiendo experimentado importantes modificaciones desde sus planteamientos iniciales en base a las aportaciones de la investigación. La actual confluencia entre la teoría del apego y la neurobiología interpersonal nos ofrece una posibilidad real de crear conceptos interdisciplinarios más complejos sobre la psicopatogénesis, el apego y el desarrollo socioemocional¹. Bowlby, en 1978, sugiere que el campo de la etiología y la psicopatología [teoría del apego] pueden emplearse para construir hipótesis que relacionen las diferentes experiencias familiares a diferentes formas de trastornos psiquiátricos y también es posible que a los cambios neurofisiológicos que los acompañan².

Por otro lado, la teoría de apego proporciona una base teórica para entender el espacio intersubjetivo entre paciente y terapeuta y un modelo para comprender el desarrollo humano como un proceso relacional, el *self*-en-relación.

2. EL SISTEMA DE APEGO

En su desarrollo inicial por Bowlby^{3, 4, 5}, la teoría del apego, que evoluciona a partir del psicoanálisis, la etología y la teoría de sistemas, se basa en la necesidad universal de los seres vivos de crear lazos afectivos. La reciprocidad en las relaciones tempranas se convierte en una condición indispensable para el desarrollo normal. Las conductas de apego del niño, tales como la búsqueda de proximidad, sonreír y aferrarse a su madre, son reflejadas por las conductas de apego del adulto (acariciar, arrullar y tran-

quilizar), lo que fortalece las conductas de apego del niño hacia ese adulto en particular. Conforme pasa el tiempo, se desarrolla un auténtico vínculo afectivo, que estará basado en nuevas capacidades cognitivas y emocionales del niño así como en una historia de cuidado consistente, sensitivo y receptivo. Los niños forman un vínculo afectivo perdurable con sus cuidadores que les permite utilizar esta base segura a lo largo del tiempo y la distancia. La representación interna de este vínculo se convierte en una parte importante de la personalidad. Sirve como un conjunto de expectativas acerca de la disponibilidad de figuras de apego, la probabilidad de recibir apoyo de estas en situaciones de estrés y la interacción con ellas, que se convertirá en la base de todas las relaciones cercanas durante la infancia, niñez, adolescencia y vida adulta^{3, 4, 5}.

Desde una perspectiva filogenética, el apego tiene un papel fundamental en la supervivencia de los seres humanos. El *sistema comportamental de apego* es un producto de la evolución que sirve para incrementar la probabilidad de sobrevivir y reproducirse. Incluye tres tipos de comportamientos: 1- Búsqueda, control e intentos de mantener la proximidad de una figura de apego protectora; 2- Uso de esta figura como base segura desde la que explorar (*sistema comportamental de exploración*); y 3- Búsqueda de una figura de apego en situaciones de peligro o alarma⁶.

Las experiencias del niño con el cuidador se integrarán en sistemas representacionales que Bowlby llamó *modelos internos de trabajo*. El modelo mental incluye un concepto sobre la figura de apego y sobre los demás (accesibilidad, disponibilidad) y

un concepto de sí mismo, complementario al de la figura de apego que establece el grado de aceptación esperable para uno mismo por parte de las figuras de apego⁷. Además se incluyen los recuerdos, expectativas, creencias y actitudes sobre la relación, las reglas para regular las conductas y afectos, las metas relacionadas con el apego y las estrategias y planes derivados para conseguir esas metas y por último una visión del mundo físico y social en el que se sitúa la relación⁸. Bowlby también se refirió a la exclusión defensiva como el mecanismo por el que sentimientos y pensamientos indeseados se mantienen fuera de la conciencia, con la consiguiente pérdida de flexibilidad del sistema y por tanto de adaptabilidad en el futuro.

Otro punto que nos interesa para el desarrollo de este capítulo es reconocer la evolución de la representación mental en el tiempo desde un nivel implícito, emocional a un nivel explícito gracias al desarrollo del lenguaje y por medio de la narrativa⁹.

3. ESTILOS DE APEGO EN LA INFANCIA Y EN EL ADULTO

Mary Ainsworth, trabajó con Bowlby durante 40 años buscando base empírica para sus teorías. Después de realizar estudios observacionales longitudinales en Londres, Uganda y Baltimore, Ainsworth encontró tres patrones principales de apego a partir de los cuales elaboró una situación experimental conocida como la *Situación Extraña* (1974) para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración bajo condiciones de alto estrés. Según esta experiencia, quedaba claro que el niño utiliza a la madre como una base segura para la exploración, y que la percepción de cualquier amenaza activa las conductas de apego y hace desaparecer las conductas exploratorias. Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación que le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos

de apego establecidos: 1. Niños de apego seguro (B), en los que sus madres respondían consistentemente a las conductas de apego, encontrado en un 65-70% de los niños observados en distintas investigaciones realizadas en EE.UU; 2. Niños de apego inseguro-evitativo (A), en los que sus madres rechazaban consistentemente las conductas de apego y que suponen el 20% del total de niños estudiados en EE.UU; y 3. Niños de apego inseguro-ambivalente (C), madres que respondían inconsistentemente a las conductas de apego y cuya frecuencia ronda el 10%¹⁰.

Estos tres tipos de apego son los que han sustentado la mayor parte de la investigación posterior. Sin embargo, más recientemente, Main y Salomon (1986), proponen la existencia de un cuarto tipo, que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables, al que denomina inseguro desorganizado/desorientado (D)¹¹. Se trata de los niños que, aunque generalmente se ajustan a uno de los patrones descritos, desarrollan en momentos determinados comportamientos aparentemente inexplicables como acercarse al adulto girando la cara o arrojarse al suelo.

Main establece que el modo en el que un individuo presenta la narrativa de su vida (independientemente de su contenido) predice su comportamiento como cuidador de un modo muy específico y sistemático. En 1985, George, Kaplan y Main diseñaron un cuestionario, el *Adult Attachment Interview* (AAI), en el que se pregunta al sujeto por el recuerdo de las experiencias de apego durante su infancia así como por la valoración de estas experiencias. En función de las características formales de estas respuestas resultó que podían obtenerse tres tipos distintos de modelos internos activos: autónomo, preocupado y rechazante¹².

Main llamó *control metacognitivo* a la capacidad de tener una experiencia emocional y reflexionar sobre ella durante la

entrevista al ser capaz de reevaluar sus experiencias de apego cuando las rememoran. El hecho de que los padres seguros tengan hijos con apego seguro, los padres preocupados niños con apego inseguro-ambivalente, y los padres “rechazantes”^a niños de apego inseguro-evitativo, ha sido constatado en distintas investigaciones¹³ que han encontrado que la capacidad pre-

dictiva que las representaciones maternas tienen sobre el tipo de apego que establecen sus hijos ronda el 80%. Estos datos ponen de relieve la transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos, que tendría lugar a través de los modelos internos activos construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente (Tabla 1).

ESTADO MENTAL ADULTO RESPECTO AL APEGO	COMPORTAMIENTO INFANTIL EN LA SITUACIÓN CON EL EXTRAÑO
SEGURO/AUTÓNOMO (F)	SEGURO (B)
Discurso coherente, colaborador. Valora el apego pero parece objetivo respecto a acontecimientos o relaciones concretas. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el apego parecen consistentes, tanto si las experiencias son favorables como desfavorables. El discurso no viola ninguno de los postulados de Grice ^b .	Explora la habitación y los juguetes con interés antes de la separación. Da muestras de echar de menos al cuidador durante la separación, a menudo llorando en la segunda separación. Prefiere de modo claro al cuidador que al extraño. Da activamente la bienvenida al padre, generalmente iniciando contacto físico. Frecuentemente mantiene algún contacto tras la segunda reunión, pero se tranquiliza y vuelve a jugar.
RECHAZANTE (DISMISSING) (DS)	EVITADOR (A)
No coherente. Rechazante de experiencias y relaciones referentes al apego. Normalizador (“una madre excelente, muy buena”), con representaciones basadas en generalizaciones y sin apoyo o en franca contradicción con los episodios que refieren, de modo que violan la máxima de calidad de Grice. Las narraciones tienden a ser muy cortas, violando la máxima de cantidad.	No llora en la separación. Evita e ignora al cuidador en la reunión (alejándose, volviéndose o zafándose del abrazo si lo cogen). Poca o ninguna proximidad o búsqueda de contacto, no muestra malestar ni rabia. La respuesta a los padres parece desprovista de emociones. Se centra en los juguetes o en el entorno durante todo el experimento.

^a Hemos optado por utilizar, como viene siendo habitual en las traducciones al castellano, el término “rechazante” por el inglés “dismissing”. Aparte del barbarismo, el término tiene el problema de sugerir una actitud activa que no tiene por qué estar siempre presente. Hemos barajado dos posibles alternativas. El término “despreocupado” lo hemos rechazado porque podría sugerir ser exactamente lo opuesto al patrón que en inglés se llama “preoccupied” y nosotros hemos traducido como “preocupado”. El término “distante” parece hacer alusión a un efecto más que a una actitud y tampoco abarca el mismo campo semántico que “dismissing”

^b Según Paul Grice, conocido por sus contribuciones a la filosofía del lenguaje en el ámbito de la teoría del significado y de la comunicación, cualquier interacción verbal está regida por el principio de cooperación: “Haz que tu contribución sea la requerida para la finalidad del intercambio conversacional en el que estas implicado” (Studies in the Way of Words, Cambridge, Harvard University Press, 1991).

<p>PREOCUPADO (E) Incoherente. Preocupado por las relaciones o experiencias pasadas parece enfadado, pasivo o temeroso. Las frases son a menudo largas, gramaticalmente enrevesadas o plagadas de expresiones vagas como “y tal y tal...”, “ta, ta, ta, ta...”, “y eso...”, de modo que viola la máxima de relevancia de Grice. Los transcritos son excesivamente largos y violan la máxima de cantidad</p>	<p>RESISTENTE O AMBIVALENTE (C) Pueden estar recelosos o molestos incluso antes de la separación, con poca exploración. Preocupados con el cuidador durante todo el experimento. Puede parecer enfadado o pasivo.. No se tranquiliza después de la reunión y generalmente sigue centrado en el cuidador y llora. No vuelve a la actividad de exploración</p>
<p>NO RESUELTO/DESORGANIZADO (U) Durante la discusión de abandonos o abusos, comete imprecisiones o errores de razonamiento o discurso. Por ejemplo puede dar muestras de considerar viva a una persona muerta o de atribuir su muerte a un pensamiento infantil. Puede entrar en períodos de silencio o charla aduladora. En otros momentos se comporta como los individuos de otras categorías</p>	<p>DESORGANIZADO/DESORIENTADO (D) El niño despliega comportamientos desorganizados o desorientados en presencia del cuidador que sugieren un colapso de sus estrategias comportamentales. Por ejemplo se puede quedar paralizado, como en trance con las manos en el aire; puede levantarse a la entrada del cuidador y, entonces, tirarse al suelo y permanecer boca abajo; o puede arrimarse gritando e inclinándose hacia atrás con la mirada alerta. En otros momentos se comporta como los niños de otras categorías</p>

Tabla1: Clasificaciones en el AAI y patrones de conducta correspondientes en la *Situación Extraña*¹²

Para Bretherton (1985), lo importante no es el tipo de relación que el adulto sostuvo durante su infancia con las figuras de apego, sino la posterior elaboración e interpretación de estas experiencias, que es lo que en realidad evalúa el AAI¹⁴. El hecho de que la transmisión generacional sea bastante frecuente no debe llevarnos a pensar que se trata de un hecho inevitable. Aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar bastante estabilidad, ciertas experiencias pueden provocar cambios. Así puede suceder, por ejemplo, el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, la experiencia de la maternidad¹⁰, o la psicoterapia que encontraría en esta posibilidad la razón de ser de su existencia.

4. NEUROBIOLOGÍA DEL APEGO

Allan Shore (2001) afirma que tanto el desarrollo neurológico como el psicológico de la

primera infancia se articula sobre la capacidad de sintonía de las figuras de apego: no es solo que el cerebro del bebé sea afectado por esa interacción; es que requiere literalmente de la interacción cerebro/cerebro y esto ocurre en el contexto de un relación positiva entre la madre y el niño¹⁵. A través de este sistema interactivo regulador es como aprendemos a estar con otras personas y con nosotros mismos. En una diada segura madre hijo, la relación con la madre regula el sistema nervioso autónomo en desarrollo del niño y proporciona la estimulación necesaria para la maduración del sistema socioemocional y psiconeurobiológico que es dependiente de la experiencia. La estimulación somato-sensorial es a través de procesos visuales, auditivos, gustativos, olfatorios y vestibulares. En el sistema relacional seguro está el germen necesario para el desarrollo socioemocional, como es la capacidad de

confianza, empatía, amor, alegría, humor, paciencia, creatividad y vitalidad¹⁵.

Las experiencias de apego tienen influencia directa sobre las conexiones neuronales que se establecen a nivel del sistema límbico en el hemisferio derecho, hemisferio dominante durante los dos primeros años de vida. El sistema límbico es el sistema cerebral que vehicula información en términos de emociones y sirven para guiar la conducta y el hemisferio derecho juega un rol central en la evaluación automática y no consciente del significado emocional positivo o negativo de estímulos sociales. Es dominante para el procesamiento de la comunicación emocional que incluye la mirada, el tono de voz, los gestos faciales y de las manos, y los aspectos somáticos de las emociones. El hemisferio derecho es dominante asimismo en situaciones de estrés abrumador, activando el eje hipotálamo hipófisis adrenal con la producción de hormonas de estrés (cortisol). La comunicación sincronizada entre madre e hijo podríamos decir que tiene lugar de "hemisferio derecho a hemisferio derecho", y sabemos que es imprescindible para el desarrollo posterior del córtex orbitofrontal derecho, que juega un papel fundamental en la regulación del afecto y otras funciones ejecutivas. La sincronía de la díada segura madre hijo modula la intensidad y duración de la actividad simpática (alta) y parasimpática (baja)¹⁶.

Siegel (1999) afirma que el desarrollo del cerebro después del nacimiento depende de cómo la maduración biológicamente programada del sistema nervioso es conformada por la experiencia interpersonal, y esta experiencia ocurre en el marco de la relación de apego¹⁷.

Aunque susceptibles de ser modificados como se ha mencionado anteriormente, los patrones de apego infantiles siguen influyendo en nuestra vida adulta y esa influencia va más allá de su capacidad de modelar las nuevas relaciones, ya que también influyen en nuestra vida emocional, funcionamiento neuroinmunológico y sentido del *self*¹⁸.

5. APEGO Y DESARROLLO DEL SELF: AUTOREGULACIÓN EMOCIONAL Y NARRATIVA

El *self* se origina, se construye y se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego. Wallin (2007) establece cuatro dominios o dimensiones del *self* que están íntimamente ligados e interrelacionados: 1. El *self* somático, 2. El *self* emocional, ya que el objetivo del apego es sentirse seguro. Las emociones son centrales en la relación de apego, es la forma de comunicación más directa con el otro. Schore considera que el núcleo del *self* se encuentra en pautas de regulación afectiva.; 3. El *self* representacional, en el que a partir de los modelos de trabajo interno adquirimos una base segura internalizada que nos permite restablecer el equilibrio emocional a través de un contacto simbólico; y 4. El *self* reflexivo y de la conciencia plena (*mindfulness*), que se asocian a la presencia de una base segura interna que hace posible la resiliencia y la exploración⁷.

La organización del *self* comprende inicialmente la integración de las experiencias corporales, estableciendo los límites entre el propio cuerpo y el mundo. Una vez logrado, las experiencias sociales y el reconocimiento de los límites sociales constituyen los elementos fundamentales del *self*. Entre el nacimiento y los cinco meses, el intercambio de señales afectivas cara a cara entre el niño y el cuidador, representará un papel fundamental en el desarrollo de la representación del afecto en el niño¹⁹. Para Bowlby (1978), los afectos son el único medio de comunicación que tenemos en los primeros años de vida². Los afectos son innatos, pero la capacidad de regular las emociones no está presente en el nacimiento sino que se construye con el cuidador, depende de la cualidad de las relaciones de apego. Damasio (1994) afirma que las emociones son la forma más completa de bioregulación en organismos complejos, y las representaciones primordiales de los estados corporales son los pilares sobre los que se construye el

desarrollo²⁰. Las emociones y su regulación son esenciales en la función adaptativa del cerebro.

Algunas razones que se sugieren cuando se enuncia que los afectos son centrales en el desarrollo del self serían que "las emociones son las evaluaciones intuitivas o del estado del propio organismo (...) o de las situaciones ambientales en las que se encuentra"³. Además, las emociones facilitan las decisiones, provocan acciones y están siempre conectadas al cuerpo.

La función reflexiva o mentalización es un hito en el desarrollo que permite al niño responder no sólo a las conductas de los otros sino también a sus propias creencias y sentimientos. Capacita a los niños para leer la mente de los otros, y de esta forma hacer que sus conductas sean significativas y predecibles. El hecho de explorar las conductas de los otros, permite al niño comprender y dar significado a sus propias experiencias psicológicas, lo que estará en la base de la regulación del afecto, el control de los impulsos, la auto observación y la autonomía, bases en el desarrollo del self. Para Fonagy la capacidad reflexiva es un factor de protección que atenúa el impacto de las experiencias infantiles adversas y disminuye la probabilidad de la transmisión intergeneracional de la inseguridad⁶.

Fonagy habla de tres modos de experiencia subjetiva: 1. El modo de equivalencia psíquica, en el que no hay diferencia entre los pensamientos y los hechos; 2. El modo como sí, en que el mundo interno se separa del externo; y 3. El modo mentalizador o reflexivo, en que somos capaces de darnos cuenta de que el mundo interno está separado, pero en relación con el externo. Estos tres modos de funcionamiento se suceden secuencialmente en el desarrollo del niño (el modo mentalizador aparece sobre los cuatro años de edad)²¹.

Daniel Stern (1985) señala que el núcleo básico del self del niño es lo que llama la *sintonía afectiva*, entendido como el doble proceso de resonancia emocional y comuni-

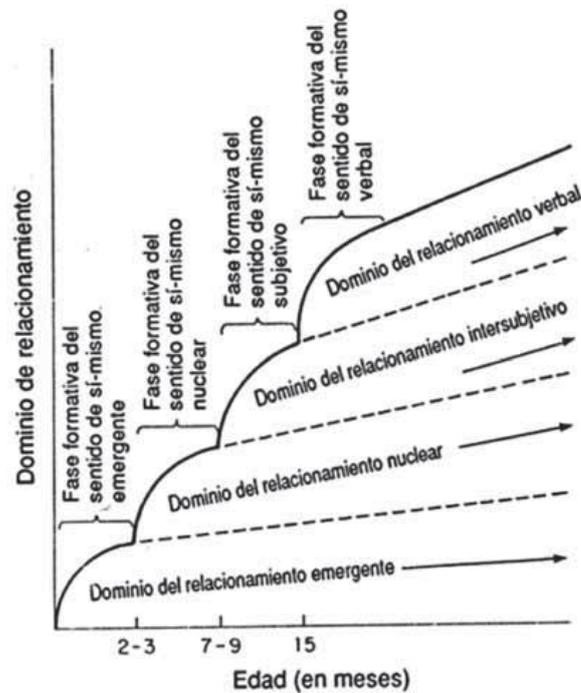
cación que nos permite sentir que sentimos algo próximo a lo que siente otro y acordar con el otro que estamos compartiendo una experiencia. El apego y la intersubjetividad son dos sistemas motivacionales separados y complementarios: el sistema de apego equilibra nuestra necesidad de seguridad y proximidad física con nuestro aprendizaje de que la exploración es posible; el sistema de la intersubjetividad está guiado por nuestra necesidad de conocer que somos conocidos por otros y como el apego tiene ventajas evolutivas. La mentalización es una manifestación de la intersubjetividad, pero es algo distinto de ésta, que no supone tanto entender la mente del otro, como resonar, alinearse y compartir los paisajes mentales.

Para Stern, a lo largo del desarrollo, el niño desarrolla diferentes sentidos del self según los modos de relación: el self emergente (0 – 2 meses), el self nuclear (2 – 6 meses), el self subjetivo (7 – 9 meses) y el self verbal (9 – 12 meses)²².

La teoría del apego ha demostrado vínculos entre estas observaciones en los primeros momentos de la vida y el self narrativo en adultos. La capacidad reflexiva es determinante para que madres que fueron traumatizadas en su infancia no hagan apegos inseguros¹⁹. Su incremento reduce la vulnerabilidad psicológica y es un objetivo de la psicoterapia que se relaciona con la competencia autobiográfica²³.

6. IMPLICACIÓN DEL APEGO EN LA PSICOPATOLOGÍA

El modelo de desarrollo propuesto por Bowlby^{3, 4, 5} tiene importantes implicaciones para la psicopatología. El desarrollo en el niño de un apego hacia el cuidador es un factor fundamental del desarrollo que influencia no sólo las representaciones del niño sobre sí mismo y los otros, sino también estrategias para procesar pensamientos y sentimientos en cuanto a las relaciones de apego a lo largo de la vida. Los acontecimientos vitales ligados al ape-

Figura 1: Distribución en el tiempo de las fases formativas del self²²

go, tales como la pérdida o el abuso, llevan a modificaciones en las representaciones internas y afectan las estrategias del niño para procesar pensamientos y sentimientos, lo que les hace más vulnerables a la psicopatología^{3, 4, 5}.

La pérdida en las relaciones de apego se ha relacionado con múltiples trastornos en vida adulta tales como la depresión, la ansiedad y la personalidad antisocial. Según el tipo de pérdida se afecta el desarrollo de psicopatología de forma diferencial: la depresión se ha relacionado con la pérdida temprana de la madre; la ansiedad se ha relacionado más con la amenaza de pérdida y la inestabilidad que con la pérdida permanente, y el trastorno de personalidad antisocial con la pérdida a través del abandono, separación y divorcio.

Las circunstancias previas y posteriores a la pérdida serán determinantes para el desarrollo bien de resiliencia o de vulnerabilidad en el niño. Una relación afectuosa con la madre así como con el padre u otros cuidadores tras la pérdida, parecen prote-

ger al niño de los efectos de dicha pérdida, mientras que una madre no disponible y un cuidado negligente tras la pérdida aumentan la vulnerabilidad del niño al desarrollo posterior de ansiedad o depresión. Del mismo modo, en la personalidad antisocial se han encontrado como predictivos en mayor medida la perversión e inadecuación en las relaciones con los cuidadores que la pérdida en sí misma.

Las experiencias tempranas de abuso se han relacionado con los trastornos disociativos, el trastorno límite de personalidad y el antisocial. Cuando los cuidadores son la fuente del daño los niños desarrollan conflictos muy difíciles de resolver, ya que las figuras que les protegen de la amenaza son en sí mismas amenazantes²⁴.

Giovanni Liotti (1992) ha señalado semejanzas entre la naturaleza no integrada de la conducta desorganizada del niño y la falta de integración mental característica de los síntomas disociativos en el niño o el adulto. Se considera que los niños con apego desorganizado tienen más probabilidades

de mostrar síntomas disociativos según se aproximen a la etapa adulta. El niño desarrollará representaciones mentales desintegradas y, en último lugar, disociadas o escindidas en la medida en que el cuidador no se implique en un diálogo afectivo, simbólico e interactivo suficientemente integrado con él²⁵. Si los padres no pueden reconocer y responder a afectos de apego básicos o si se muestran temerosos u hostiles en cuanto a integrar esos aspectos de la experiencia del niño en el intercambio afectivo con él, es más probable que se produzca la falta de integración de estados mentales evidentes en las experiencias disociativas o en aspectos del trastorno límite de personalidad²⁶.

El apego desorganizado en la infancia se asocia en vida adulta con conductas autolesivas, propensión a la disociación, impulsividad y conductas potencialmente violentas, consideradas características nucleares del trastorno límite de personalidad. Fonagy y Bateman sugieren que una pobre mentalización del niño por parte de la madre determina un pobre desarrollo de las capacidades cognitivas del niño, particularmente la regulación emocional y control atencional, y con ello la desorganización del apego. Proponen que algunos individuos con trastornos de personalidad son aquellas víctimas de maltrato infantil que lo afrontaron rechazando captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitando así tener que pensar sobre los deseos de sus cuidadores de hacerles daño. El continuar alterando defensivamente su capacidad para representarse estados mentales propios y de los otros les lleva a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre los pensamientos y los sentimientos²⁷.

7. APEGO Y PSICOTERAPIA. IMPLICACIÓN DEL APEGO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO.

En los últimos años se han articulado una serie de propuestas de fundamentar en la teoría del apego y en los hallazgos de la investigación una moderna teoría de la psi-

coterapia que permitiera releer desde este nuevo paradigma las propuestas y los modos de actuar de las diferentes escuelas.

Bateman y Fonagy (2004) desarrollan la terapia basada en la mentalización para trastorno límite de la personalidad basándose en los conceptos previamente desarrollados de desorganización del apego y déficit en la capacidad de mentalización en estos pacientes²¹.

Holmes (2001) ofrece una psicoterapia basada en el apego, de carácter integrador, de tiempo limitado y estructurada, aunque no empíricamente validada, basándose en seis dominios fundamentales que comprenden la base segura, la exploración y el juego, la protesta y la asertividad, la pérdida, los modelos internos de trabajo y la capacidad reflexiva²³.

Una de las propuestas mejor fundamentadas es la de David Wallin quien resalta tres hallazgos de la teoría del apego para la práctica de la psicoterapia: 1) las relaciones de apego co-creadas son el contexto clave para el desarrollo del niño, 2) la experiencia preverbal conforma el núcleo para el desarrollo del *self* y 3) la forma de entender la propia experiencia desde uno mismo (la capacidad reflexiva), y no los hechos de la historia, es mejor predictor de la conducta de apego que un determinado sujeto desarrollará cuando actúe como cuidador de un niño⁷.

A partir de estos puntos, Wallin plantea la psicoterapia como un encuentro entre el cliente y terapeuta donde se produce una relación transformadora, una relación de apego que provee una base segura desde la que explorar. Si la psicoterapia ofrece una experiencia emocional correctiva es porque el terapeuta ofrece unas condiciones semejantes a las que proporcionan las relaciones de apego seguro: sintonía, manejo de la protesta sana, sensibilidad, reflejo (*mirroring*), etc. El objetivo es generar con el paciente una relación que sea más sintónica, inclusiva y colaboradora que las que él conforma habitualmente. En este contexto se intenta

acceder a las experiencias rechazadas o disociadas que no han sido o no han podido ser puestas en palabras, y se intenta darles sentido. En general, las experiencias traumáticas y preverbales no pueden ser articuladas y han de ser disociadas de modo que sólo se hacen accesibles porque son evocadas, escenificadas o corporizadas. El foco en la experiencia no verbal en el marco de una base segura permite el afloramiento de emociones disociadas y su reconocimiento.

El terapeuta debe ser capaz de acceder a la emoción y utilizarla así como contar con herramientas para procesar las emociones de forma que se pueda alcanzar una experiencia emocional adaptativa. El acceso, la articulación y la reflexión sobre esas experiencias potencia la competencia narrativa²³ del paciente, se ayuda a construir una nueva historia, con nuevos elementos y con nuevos significados.

El terapeuta debe estar especialmente atento a su propia experiencia y practicar lo que Wallin llama la visión binocular (estando atento a la vez a la experiencia del paciente y a la suya propia, con un acento importante en el cuerpo del paciente y el suyo propio).

Aparte de los modelos psicoterapéuticos específicamente basados en el apego, algunos de los conceptos clave de las teorías psicoterapéuticas clásicas han cobrado nuevo significado a la luz de la psicoterapia basada en el apego. Así ha sucedido por ejemplo con el concepto de transferencia. Desde una perspectiva relacional la transferencia no es vista como una distorsión sino más bien como una especie de rigidez que se refleja en el hecho de que entre todas las interpretaciones creíbles del comportamiento del terapeuta el paciente se adhiera sólo a una. La consecuencia técnica es empezar por reconocer lo que hay de plausible (o acertado) en la percepción del paciente, lo que Linehan denomina validación. Esto es esencial para que el paciente pueda confiar en que el terapeuta está abierto a sus pensamientos y sentimientos.

Otro tanto ocurre con la contratransfe-

rencia. Clásicamente se concebía como un impedimento ocasional y esporádico procedente de la vida psíquica del terapeuta. En el nuevo paradigma es una manifestación viva de la relación con el paciente que técnicamente justifica el uso juicioso de la autorrevelación de la transferencia.

Respecto a la resistencia, tradicionalmente se concibe desde un punto de vista exclusivamente intrapsíquico, como resultado de que algo, en la psique del paciente, debe ser apartado de la conciencia. En el nuevo paradigma tiene también un significado interpersonal. El comportamiento del paciente debe verse también como una respuesta a la calidad de la sintonía (o falta de sintonía) por parte del terapeuta. La resistencia se concibe como comunicación sobre aspectos de la experiencia del paciente que son difíciles de poner en palabras.

Por último, el concepto de neutralidad que en el nuevo paradigma se considera un ideal inalcanzable, o una ilusión o algo directamente indeseable, porque priva de la subjetividad del terapeuta como un instrumento valioso. Se asume que ni el paciente ni el terapeuta pueden ser objetivos y que la neutralidad debe traducirse en el esfuerzo compartido por trabajar juntos sobre las resistencias interpersonales.

Los pacientes suelen acudir a consulta por sus dificultades en la integración o desarrollo de sus capacidades de pensar, sentir, y relacionarse con los demás, y consigo mismos, de un modo eficaz. El papel del clínico es facilitar la integración y, de este modo, la reasunción del desarrollo sano que, generalmente, se inicia con el desarrollo emocional²⁸.

En la relación terapéutica, la unión que se crea mediante procesos diádicos, equivalente adulto del apego seguro, sirve como un entorno en el que procesos emocionales profundos, mediados por el hemisferio derecho y el sistema límbico, pueden ser accedidos de forma experiencial, procesados y trabajados para que puedan ser integrados con la narrativa autobiográfica del paciente.

RESUMEN

La teoría del apego se basa en la necesidad universal de los seres vivos de crear lazos afectivos. Los niños forman un vínculo afectivo perdurable con sus cuidadores que utilizarán como base segura a lo largo del tiempo y la distancia, convirtiéndose la representación interna de este vínculo en una parte importante de la personalidad y en la base de todas las relaciones cercanas a lo largo de la vida. Por otro lado, el apego se ha considerado un producto de la evolución que sirve para incrementar la probabilidad de sobrevivir y reproducirse, activando conductas de búsqueda de protección y exploración.

Desde la perspectiva de la neurobiología, tanto el desarrollo neurológico como el psicológico de la primera infancia se articula sobre la capacidad de sintonía de las figuras de apego, siendo la relación con la madre lo que regula el sistema nervioso autónomo en desarrollo del niño y proporciona la estimulación necesaria para la maduración del sistema socioemocional y psiconeurobiológico de éste. Las relaciones de apego serán la base sobre la que se construya el self, contribuyendo a la capacidad reflexiva y de regulación emocional.

De acuerdo con la investigación en este campo, se identificaron inicialmente tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego: 1. Niños de apego seguro (B); 2. Niños de apego inseguro-evitativo (A); y 3. Niños de apego inseguro-ambivalente (C). A éstos se añadiría posteriormente un cuarto tipo o apego inseguro desorganizado/desorientado (D). En cuanto a los patrones de apego adulto, se ha establecido que el modo en el que un individuo presenta la narrativa de su vida (independientemente de su contenido) predice su comportamiento como cuidador de un modo muy específico y sistemático; de este modo se obtienen tres patrones diferentes: autónomo, preocupado y rechazante. La transmisión intergeneracional del tipo de apego entre padres e hijos ha sido constatada en distintas investigaciones aunque no se considera inevitable, existiendo la posibilidad de que ciertas experiencias, entre ellas la psicoterapia, puedan provocar cambios.

El desarrollo en el niño de un apego hacia el cuidador influencia las estrategias para procesar pensamientos y sentimientos en cuanto a las relaciones de apego a lo largo de la vida, lo que se relaciona con la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología en vida adulta. Acontecimientos vitales ligados al apego, tales como la pérdida y el trauma, afectan de forma diferencial al desarrollo de trastornos de ansiedad, disociativos, depresión o trastornos de personalidad, entre otros.

En los últimos años se han articulado una serie de modelos psicoterapéuticos fundamentados en la teoría del apego y en los hallazgos de la investigación, a la vez que algunos de los conceptos clave de las teorías psicoterapéuticas clásicas han cobrado nuevo significado a la luz de la psicoterapia basada en el apego. De este modo, la teoría del apego proporciona una base teórica para entender el espacio intersubjetivo entre paciente y terapeuta, y la psicoterapia como una herramienta para ejercitar la regulación emocional, la capacidad reflexiva y con ello la competencia autobiográfica, reduciendo así la vulnerabilidad psicológica.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Wallin DJ. Attachment in Psychotherapy (Trad cast: Apego y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2011). New York: Guilford Press; 2007. En este libro, el autor comienza revisando el concepto del apego y las investigaciones en este campo, con especial interés en la interrelación entre neurociencia,

estudios sobre el trauma, psicoterapia relacional y psicología del mindfulness. A partir de esto, articula un modelo de psicoterapia como un tratamiento transformador a través de la relación, explicando también el trabajo con las experiencias emocionales y corporales del paciente así como la experiencia subjetiva del terapeuta.

Holmes J. *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy* (Trad cast: *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclee de Brouwer; 2001). Hove: Routledge, 2001. El autor repasa los conceptos fundamentales del apego para centrarse en seis dominios fundamentales de relevancia en el tratamiento psicoterapéutico. Presenta un modelo de psicoterapia breve basada en el apego, altamente estructurada y de carácter integrador.

Bateman A, Fonagy P. *Mentalization – based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 2006. Se trata de una guía orientada a la práctica clínica en que los autores exponen de forma didáctica el modelo de la mentalización y sus aportaciones para entender el trastorno límite de la personalidad, centrándose en la estructura y herramientas básicas del tratamiento basado en la mentalización.

REFERENCIAS

- (1) Schore A. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health (Part II). *Infant Mental Health Journal* 2001; 22: 201-269.
- (2) Bowlby J. Attachment theory and its therapeutic implications. In S.C. Feinstein & P.L. Giovacchini (Eds.), *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies*. Chicago: University of Chicago Press; 1978.
- (3) Bowlby J. Attachment and loss. Volume 1: Attachment. (Trad cast: *El apego y la pérdida - 1. El apego*. Barcelona: Paidós; 1998). New York: Basic Books; 1969.
- (4) Bowlby J. Attachment and loss. Volume 2: Separation. (Trad cast: *El apego y la pérdida - 2. La separación*. Barcelona: Paidós; 1985). New York: Basic Books; 1973.
- (5) Bowlby J. Attachment and loss. Volume 3: Loss. (Trad cast: *El apego y la pérdida - 3. La pérdida*. Barcelona: Paidós; 1993). New York: Basic Books; 1980.
- (6) Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and Development of the self*. New York: Other Press; 2004.
- (7) Wallin DJ. *Attachment in Psychotherapy* (Trad cast: *Apego y psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2011). New York: Guilford Press; 2007.
- (8) Lafuente Benaches, MJ. El sistema de apego. En: Lafuente Benaches MJ, Cantero López MJ (Ed). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Madrid: Pirámide; 2010.
- (9) Nelson K. Event representations, narrative development and internal working models. *Attachment and Human Development* 1999; 1:239-252.
- (10) Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* 2004; 4 (1): 65 – 81.
- (11) Main M, Salomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. *Affective development in infancy*. En: Brazelton, T. Berry (Ed); Yogman, Michael W. (Ed). *Affective development in infancy*. Westport, CT, US: Ablex Publishing, 1986.
- (12) Hesse E. The adult attachment interview: Historical and current perspectives. En: Cassidy, Jude (Ed); Shaver, Phillip R. (Ed). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, (pp. 395-433). New York, NY, US: Guilford Press; 1999.
- (13) Benoit D, Parker, K. Stability and Transmission of Attachment across Three Generations. *Child Development* 1994; 65: 1444–1456.
- (14) Bretherton I. Attachment Theory: Retrospect and Prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*; 50 (1/2), *Growing Points of Attachment Theory and Research* 1985: 3-35.
- (15) Schore A. The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, & Infant Mental Health (Part I). *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22: 7-66.
- (16) Tatkin S. A Developmental Psychobiological Approach to Therapy. *Psychoanalytic Research*: 20-22.
- (17) Siegel DJ. *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclee, 2007). New York: Guilford; 1999.
- (18) Cozolino L. *The neuroscience of human relationships*. New York: Norton; 2006.
- (19) Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9 (1997), 679–700.
- (20) Damasio A. *Descartes' error: emotions, reason and the human brain* (Trad cast: *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica; 1996). New York: Grosset/Putnam; 1994.

- (21) Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for the borderline personality disorder; a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- (22) Stern D. *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology* (Trad cast: *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós: Buenos Aires, 1985). New York: Basic Books; 1985.
- (23) Holmes J. *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy* (Trad cast: *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001). Hove: Routledge; 2001
- (24) Dozier M, Stovall KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. En: Cassidy, Jude (Ed); Shaver, Phillip R. (Ed), (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, (pp. 497-519). New York, NY, US: Guilford Press, xvii, 925 pp.
- (25) Liotti, G. (1992), Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4:196-204.
- (26) Lyons-Ruth K. The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized. *Psychoanalytic Inquiry* 2006, 26 (4): 595-616.
- (27) Fonagy P. Apegos patológicos y acción terapéutica. *Revista de Psicoanálisis* 2000; 4: 1-14.
- (28) Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. El redescubrimiento del cuerpo en psicoterapia. *Átopos* 2009 (8): 5-16.