

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

DESARROLLO Y PSICOPATOLOGÍA DEL APEGO

Epoca II, Volumen XII - 4º. trimestre 2001

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

48

Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, JAUME SEBASTIÁN, SANDRA SASSAROLI, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XII - N° 48 - 4º. trimestre 2001

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 12 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
CENTRALIDAD DE LA ÓPTICA EVOLUTIVA EN EL COGNITIVISMO CLÍNICO POST-RACIONALISTA Y NUEVOS ARGUMENTOS EXPLICATIVOS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL	5
Furio Lambruschi	
TRANSFORMACIONES EN LAS RELACIONES DE APEGO EN LA ADOLESCENCIA: ADAPTACIÓN FRENTE A NECESIDAD DE PSICOTERAPIA.....	33
Patricia M. Cittenden	
DE LA TEORIA DEL APEGO A LA PSICOTERAPIA	63
Giovanni Liotti	
APEGO, ORGANIZACIÓN DEL SIGNIFICADO Y RECIPROCIDAD EMOCIONAL: UNA TERAPIA DE PAREJA	87
Maurizio Dodet	
PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA Y PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA	99
Mario Reda	

EDITORIAL

La teoría del apego es un trabajo conjunto de John Bowlby y Mary Ainsworth. Ambos fueron influidos por el trabajo de Freud y otros pensadores psicoanalistas, que en el caso de Bowlby fue una influencia directa y en el de Ainsworth más bien indirecta. Básicamente, la teoría del apego se sustenta históricamente en conceptos de etología, cibernética, procesamiento de la información, psicología cognitiva, psicología del desarrollo y psicoanálisis. Su principal repercusión, fue la manera original de aproximarse a las relaciones tempranas, entendidas como un proceso de vinculación afectiva primaria entre el infante y su madre, aspecto que revolucionó las ideas sobre los trastornos durante la separación, la privación y la pérdida.

Si hacemos una breve mirada retrospectiva, desde la publicación del primer volumen de la trilogía acerca del apego de John Bowlby (1969), es evidente que el campo de investigación del apego ha crecido y cambiado substancialmente en aspectos conceptuales, de su medición y clasificación (propuestas categoriales y dimensionales), en la manera de comprender los problemas de salud mental y de las aplicaciones clínicas de la teoría del apego por diferentes escuelas psicoterapéuticas. Históricamente, desde las primeras formulaciones de John Bowlby, cuando él era criticado por los psicólogos académicos y acallado por los psicoanalistas, el concepto del apego ha sido generalmente aceptado por la comunidad de investigadores en psicología del desarrollo, psicopatología y psicoterapia. Esto se ha convertido en un tributo a la creatividad y percepción aguda de las primeras formulaciones de Bowlby por una parte, y, por otra, a la conceptualización y contribución metodológica del procedimiento de la “situación extraña” de Mary Ainsworth que hizo posible probar empíricamente algunas ideas de Bowlby y que a su vez ayudó a expandir la teoría. Asimismo, Ainsworth contribuyó con el concepto de “figura de apego” como una base segura en la cual un niño puede explorar el mundo y formuló el concepto de sensibilidad maternal a las señales de los infantes pequeños y su rol en el desarrollo de sus modelos representacionales.

Ya en los inicios del siglo XXI, podemos sostener que la teoría del apego goza de excelente salud, aspecto que se observa en el cada vez mayor interés en la teoría del apego por investigadores de diferentes áreas y en su expansión creciente de investigaciones en distintos campos de la psicología contemporánea reflejado en el incremento progresivo de la proporción de publicaciones dedicadas al tema. Es una teoría que ha franqueado hasta ahora con éxito el sometimiento continuo a pruebas de falsación de sus nociones nucleares y predicciones teóricas, lo que se observa plasmado en las científicamente convincentes investigaciones controladas que la teoría del apego ha generado, en su estructura

conceptual que está en la base de la teoría y que se sigue desarrollando a la luz de la investigación y metodología científica.

Este número monográfico de la Revista de Psicoterapia está dedicado a las aplicaciones en el ámbito de la psicopatología y la psicoterapia de la teoría del apego y sus desarrollos posteriores, entre los que se encuentran los trabajos de los autores que contribuyen a este número

Furio Lambroschi aborda particularmente desde esta óptica evolutiva la psicopatología infantil en un trabajo extenso y elaborado con el que abrimos la monografía. Considera la psicopatología como una ciencia del significado personal: el estudio de cómo este sentimiento de nosotros mismos toma forma y se estructura en la primera infancia y adolescencia y de lo que sucede cuando un individuo, ante ciertos acontecimientos críticos, experimenta algún tipo de fractura en su sentido de sí mismo, en la que se instauran los síntomas como un modo de explicarse y recomponer esta discontinuidad percibida.

Patricia Cittenden habla en su artículo, en cambio, de las peculiares transformaciones experimentadas en las relaciones de apego durante la adolescencia, planteándose la necesidad de adaptación a las continuas presiones de cambio provenientes tanto de factores internos como externos. Considera la adolescencia como un periodo de cambios significativos en las relaciones de apego, en la que culmina, además, un proceso de desarrollo tanto neurológico, como psicológico y sexual que ofrece a los adolescentes la primera oportunidad de considerar y cambiar, independientemente de sus padres, la herencia familiar.

Debido a sus repercusiones en la praxis clínica, Giovanni Liotti analiza en detalle: las bases evolucionistas de la teoría del apego, la dialéctica existente entre los diferentes tipos y dimensiones del apego (en especial, la desorganización del apego), los aspectos de la teoría relacionados con la cognición humana, el desarrollo y organización de la personalidad y la regulación de las emociones.

Apego, organización del significado y reciprocidad emocional, aplicados al ámbito de la terapia de pareja es el cuarto de los artículos de la monografía. Su autor, Maurizio Dodet, presenta un caso de terapia de pareja desde el Modelo Cognitivo Constructivista Postracionalista, demostrativo de una posible aplicación en el ámbito clínico de la teoría del apego.

Mario Reda establece una relación entre psicopatología evolutiva y psicoterapia constructivista. El terapeuta constructivista explora con su paciente los episodios emocionales problemáticos que se hallan en la base de la demanda, permitiendo de este modo el paso de una perspectiva diagnóstica descriptiva a una perspectiva explicativa.

Álvaro Quiñones Bergeret (Editor invitado) y
Manuel Villegas Besora (Director)

CENTRALIDAD DE LA ÓPTICA EVOLUTIVA EN EL COGNITIVISMO CLÍNICO POST-RACIONALISTA Y NUEVOS ARGUMENTOS EXPLICATIVOS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Furio Lambruschi
Università di Siena. Italia

Inspired by the work of Vittorio Guidano and Patricia Crittenden this article develops clinical and therapeutic applications of theory of attachment to children's specific developmental problems

Key words: Attachment theory, Internal Working Model, Postrationalism, Cognitive Therapy; Developmental Psychology.

1. INTRODUCCIÓN

Como es sabido, el desarrollo post-racionalista más reciente del enfoque clínico cognitivista describe el ser humano, los procesos psicopatológicos y los mecanismos de cambio psicoterapéutico, poniendo gran énfasis en dos aspectos fundamentales: la dimensión *organizativa*, o mejor auto-organizativa, del sistema cognoscitivo humano y la visión *evolutiva* del Sí mismo.

A diferencia del primer cognitivismo de carácter racionalista (Ellis, 1962; Beck, 1976), la evaluación y la intervención ya no se orientan hacia creencias específicas, normas o esquemas cognitivos disfuncionales; el ser humano es entendido como un sistema cognoscitivo complejo que ordena constantemente la realidad que le circunda, un conjunto jerárquicamente organizado de esquemas cognitivo-afectivos interpersonales codificados en diversos niveles y sistemas de memoria. Una representación del hombre como Sí mismo auto-organizado, incesante y activo constructor de significados personales.

Según la acepción de Vittorio Guidano (1988, 1991), el significado personal representa el modo cómo un sistema organiza todas las posibles tonalidades de su dominio emocional en una configuración de conjunto capaz de proporcionarle una

percepción estable y definida de sí mismo y del mundo. Una configuración unitaria de esquemas interpersonales que comprende todos los aspectos sensoriales-afectivos-motores y neurofisiológicos en los que se basa el sentido de continuidad, permanencia y unidad de nosotros mismos y del mundo externo. Uno de los muchos modos posibles de poner orden al multiforme flujo sensorial que nos envuelve en el *multiverso* constructivista.

La psicopatología, desde esta perspectiva, debe ser vista como ciencia del significado personal: el estudio de cómo este sentimiento de nosotros mismos toma forma y se estructura en la primera infancia y adolescencia, de cómo se articula y diferencia a través del tiempo y la observación, y de lo que sucede cuando un individuo, ante ciertos acontecimientos críticos, experimenta algún tipo de fractura o cambio brusco en su sentido de sí mismo. En esta fractura se instauran los síntomas como un modo de explicarse y recomponer esta discontinuidad percibida.

De ahí que sea imprescindible adoptar una óptica evolutiva, en la cual la comprensión del comportamiento humano (tanto en sus manifestaciones adaptativas como psicopatológicas) sólo es posible mediante la reconstrucción de la continuidad y coherencia de sus procesos de desarrollo, del modo cómo tales procesos dan lugar a organizaciones cognoscitivas individuales específicas que, en caso de desequilibrarse, pueden llegar a producir, en el ciclo de vida individual, los cuadros psicopatológicos que definimos como trastornos clínicos. Al tiempo que se ha ido asumiendo este «espesor» evolutivo, también el proceso terapéutico ha ido adquiriendo una consistencia y un espesor nuevos, desplegándose, con una ampliación progresiva del campo, desde el presente (reconstrucción de la experiencia actual) hacia la reconstrucción del propio estilo afectivo, hasta el pasado remoto (reconstrucción de la historia de desarrollo evolutivo y de las relaciones primarias de apego).

2. UNA TEORÍA EVOLUTIVA

Una teoría evolutiva, sí; pero ¿cuál de entre todas las posibles? La elección del cognitivismo clínico, ya a finales de los años 70 (y por tanto en un período nada sospechoso, dada la gran notoriedad de que goza actualmente) recae sobre la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988) que desde entonces, con todas sus evoluciones posteriores, representa la referencia conceptual principal, por constituir un marco explicativo capaz de aportar un argumento de referencia unitario para organizar los datos disponibles sobre el desarrollo infantil.

A diferencia de otras perspectivas teóricas sobre el desarrollo infantil, la teoría del apego ha tenido un gran atractivo para el enfoque clínico cognitivista, el cual, como es sabido, se ha caracterizado siempre por su tendencia a basarse en los métodos de la psicología experimental, los estudios etológicos y la investigación empírica. La teoría del apego ahonda sus raíces en la etología contemporánea y se basa en observaciones sistemáticas y repetidas en el tiempo de las interacciones

madre/niño, en lugar de hacerlo en reconstrucciones retrospectivas basadas en las fantasías del paciente adulto: de acuerdo con Grossmann y Grossmann (1993), Bowlby ha conseguido «poner en marcha a Freud», puesto que una investigación científica satisfactoria en este campo sólo es posible en términos prospectivos. Además, la descripción de los procesos de interiorización de la relación en términos de *Internal Working Model* se adapta muy bien a los modelos cognitivistas que conciben el sistema cognoscitivo humano como un conjunto organizado de «esquemas», «constructos», «normas» que guían la elaboración de la información, la actuación y el sentir del individuo. Finalmente, la teoría del apego se distancia de las viejas conceptualizaciones motivacionales de carácter «pulsional» o «energético», para abrazar nuevos modelos científicos de tipo «cibernético», tal como el «sistema de control conductual» y considera el sistema conductual que regula el apego como biológicamente fundado y destinado a garantizar la supervivencia del individuo.

Disponemos en la actualidad de una descripción suficientemente coherente y fundada de cómo, a partir de los patrones de apego respecto a las figuras primarias de referencia, se perfilan diversos itinerarios de desarrollo a lo largo de los cuales una organización cognoscitiva evoluciona hacia niveles crecientes de complejidad, aun manteniéndose la propia coherencia interna. El hecho de que desde una perspectiva cognitivo-evolutiva se privilegie una concepción del desarrollo en términos de «itinerarios» en vez de «fases» es sintomático del énfasis que pone este enfoque en la continuidad y la coherencia en el tiempo de estos procesos evolutivos y, por lo tanto, del Sí mismo. Una madre con escasos potenciales en términos de sensibilidad, o distante, o discontinua, o intrusiva, lo será también en la relación con su hijo en cada una de las fases evolutivas («oral», «anal» o «fálica»), con diversas formas y modalidades, naturalmente. Y es en esta cualidad específica del vínculo, más que en las características de los diversos estadios evolutivos, donde resulta más útil buscar la patología o la salud.

Como es sabido, Bowlby considera el sistema conductual del apego como un «patrón de objetivo prefijado»² que tiene una importancia fundamental en los seres humanos, puesto que desempeña la función biológica de mantener la proximidad entre el niño y la figura cuidadora primaria, garantizando así la seguridad física del niño y la satisfacción de sus necesidades físicas fundamentales. En situaciones de malestar o vulnerabilidad pueden activarse una serie de comportamientos específicos dirigidos a estimular el sistema de cuidado del adulto significativo (por ej.: llanto, sonrisa), o a movilizar el mismo niño hacia esta figura (por ej.: seguir, agarrarse). El objetivo del modelo de acción (mantener o reestablecer la proximidad) está biológicamente integrado en el sistema, mientras que los diversos comportamientos o combinaciones de éstos pueden seleccionarse con cierta flexibilidad, en función de su capacidad de perseguir el objetivo en esas contingencias ambientales particulares. Y, en función de las contingencias ambientales en las que

se encuentra al actuar, con especial referencia a las actitudes y el grado de sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador, el sistema conductual del apego se plasmará para cada niño en configuraciones específicas y originales, en un continuo proceso de regulación basado en el *feedback* procedente de los padres.

Estas primeras configuraciones o patrones de apego funcionan, inicialmente, como esquemas sensorio-motores que conectan directamente las percepciones inmediatas que el niño tiene del cuidador con comportamientos específicos de éste, destinados a seguirlo o a reclamar su atención. En la segunda mitad del primer año de vida, el niño ya empieza a interiorizar el contexto de relación: prueba de ello es el miedo a lo extraño que aparece hacia el séptimo mes y su reacción totalmente distinta ante la separación de la madre, por ejemplo en casos de hospitalización (Schaffer y Callender, 1959), antes y después de esta edad. Gradualmente, a través de los conocidos procesos de asimilación y adaptación a las nuevas capacidades que aporta la maduración cognitiva, la experiencia transforma los esquemas sensorio-motores del apego originarios en verdaderos esquemas cognitivos, que constituyen «modelos representativos internos» de las figuras de apego y de sí mismo en la relación. Desarrollándose sobre la base de las interacciones cotidianas y repetidas con la figura de apego, estos modelos operativos internos reflejan, ya no tanto una representación objetiva de los padres sino más bien la historia de las respuestas parentales en términos de disponibilidad, accesibilidad y prontitud ante las demandas de seguridad del niño. En adelante, los comportamientos y las experiencias emocionales del niño se organizarán y construirán en función de dichas representaciones prototípicas de sí mismo y del otro con quien se relaciona, y se convierten en una especie de matriz que regula la asimilación de cada nueva experiencia de relación.

Safran (1990) (véase también Safran y Segal, 1990) propuso para ello la noción de esquema cognitivo interpersonal, que puede definirse como una representación generalizada de interacciones entre el Sí mismo y el otro, fruto de la experiencia interpersonal, una suerte de «programa para el mantenimiento del estado de relación». Su estructura organizativa está constituida por unidades interaccionales más que de elementos o atributos del Sí mismo o del otro. En un esquema interpersonal, la contingencia relativa al Sí mismo funciona como una norma o un plano que tiene como objetivo el mantenimiento del estado de relación. Su naturaleza intrínsecamente interaccional y diádica se ve confirmada por la complementariedad sustancial de los modelos operativos de sí mismo y del otro: a un modelo operativo interno de la madre como disponible, dispuesta y capaz de ofrecer confort, corresponderá un modelo operativo del sí mismo como persona amable y digna de atención y cuidados, así como capaz de obtenerlos mediante la activación del propio comportamiento; y viceversa, a un modelo operativo de madre como inaccesible o despreciativa, le corresponderá una representación del sí mismo como no amable, indigno de cuidados e incapaz de obtenerlos.

Como es sabido, hasta los 16/18 meses de edad estas estructuras se presentan esencialmente bajo la forma de configuraciones de esquemas sensorio-motores³ dotados de antemano de una organización precisa: patrones corporales (formas gestuales, expresiones faciales, modulaciones vocales) y esquemas de acción que se conectan en secuencias conductuales complejas y organizadas, aptas para mantener el estado de relación con el cuidador. Este niño “procesual” puede ser observado y comprendido en su relación con el otro significativo mediante instrumentos como la conocida *Strange Situation* (Ainsworth y otros, 1978) o el *Care Index* (Crittenden, 1981, 1994) que se basan en una observación y clasificación detallada de los índices conductuales explícitos, a través de los cuales se expresan directamente las expectativas diádicas recíprocas. Posteriormente, con la llegada del pensamiento pre-operatorio y de nuevas competencias sociales, las «creencias motoras» originarias se diferencian y enriquecen integrando nuevas formas de conocimiento (o sistemas de memoria) como la llamada «declarativa», en sus componentes semánticos primero y episódicos después. Las modificaciones conceptuales e instrumentales aportadas por Crittenden (1992, 1994) al procedimiento y los criterios de clasificación de la *Strange Situation* en edad preescolar (*Preschool Assessment of Attachment*), reflejan precisamente las transformaciones cognitivas y sociales características de esta edad: la observación ya no puede basarse únicamente en la conducta manifiesta, en tanto que las solas secuencias conductuales pueden estar ahora al servicio de varias estrategias relacionales, formas diversas e interrelacionadas de regulación afectiva y de comunicación verbal de los afectos, patrones de negociación de las necesidades, etc.

Desde esta perspectiva, resulta evidente que la misma mente humana se va redefiniendo gradualmente, pasando de una descripción en términos de estructuras predeterminadas emergentes desde el interior de un organismo individual (óptica de la maduración fisiológica interna), a una descripción basada en modelos transaccionales, estructuras internas derivadas de un campo interactivo interpersonal: que nos lleva a pensar en términos de Sí mismo con el Otro.

3. UNA NUEVA PERSPECTIVA SOBRE LA MOTIVACIÓN HUMANA

En este sentido, podría decirse que la teoría del apego ha promovido el desarrollo de una nueva teoría de la motivación humana. Una perspectiva en la que la necesidad de relación se convierte en necesidad primaria, fundamental para todo ser humano: no sólo un medio para lograr otros objetivos pulsionales (de tipo sexual o agresivo), sino que la relación se convierte por sí misma en el fin.

La imagen de un recién nacido inmerso en una especie de bruma autística, que sólo gradual y sucesivamente se orienta hacia el mundo social, ya no puede continuar sosteniéndose. Actualmente está claro que todos los sistemas perceptivos del individuo funcionan desde el momento del nacimiento, y lo que resulta perceptivamente más «interesante» para el recién nacido desde los primeros

segundos de vida son justamente los otros seres humanos (la voz humana, el rostro humano, etc.). En otras palabras, venimos al mundo para ser «sociales», dotados de una estructura perceptivo-motora que nos orienta hacia el otro, y sentimos constantemente la necesidad de mantener un estado de relación significativa con el otro.

Una vez aceptado esto, también es verdad que existen diversos metadominios y perspectivas que debemos considerar a la hora de interpretar esta inexorable necesidad de relación.

Situándonos, por ejemplo (Mitchell, 1988), en una postura *fenomenológica descriptiva*, podría sostenerse que simplemente es así porque resulta extraordinariamente evidente al observar cualquier experiencia humana: el ser humano desea la relación, la implora; y esta intención de establecer relaciones es un dato de constatación irrefutable. Piénsese, por ejemplo, en la devoción que los niños maltratados nutren hacia sus padres abusadores, a pesar de la relación tan «dolorosa» que se supone que viven. Si la «libido» persiguiera ante todo el placer, los objetos libidinosos deberían ser bastante más intercambiables, en función de la gratificación pulsional que son capaces de producir. Pero no es así: para bien o para mal nuestros pacientes quieren conservar sus relaciones, aunque sea repitiéndolas de manera dolorosa, porque a menudo, precisamente en ese dolor, las figuras de apego existían para ellos, o mejor dicho, ellos sentían que existían para sus figuras de apego.

En cambio, según la *posición biológica* (la posición bowlbiana más clásica), el ser humano es relacional simplemente «por destino», en tanto que posee desde su nacimiento una estructura biológica (un sistema motivacional del apego), constituido por disposiciones innatas a percibir y actuar que han sido seleccionadas filogenéticamente por su elevado valor adaptativo, promoviendo la protección y la supervivencia: condiciones necesarias para la satisfacción de cualquier otra necesidad o motivación personal e interpersonal. Se trata, en consecuencia, de un legado arcaico, genéticamente codificado. Algunos teóricos y clínicos cognitivistas han desarrollado su pensamiento particularmente desde esta perspectiva, anclada firmemente en el metadominio biológico, y han construido teorizaciones basadas en la existencia hipotética de una serie de sistemas motivacionales interpersonales que se activarían de manera distinta o integrada en diversas situaciones (Liotti, 1994). Esta óptica parece poner énfasis en los procesos motivacionales y cognoscitivos particulares más que en la coherencia sistémica general del Sí mismo, focalizándose más en las discontinuidades que en las regularidades. Además es una óptica que lleva consigo, inevitablemente, algunos aspectos reduccionistas, ya que intenta explicar una serie de fenómenos psíquicos complejos reduciéndolos, precisamente, al metadominio biológico; mientras que en cambio, en la epistemología constructivista moderna, cada dominio tiene su relatividad pero también su legitimidad e irreductibilidad respecto a los demás.

Y es aquí precisamente donde se sitúa la tercera posición metateórica, la más sintónica con el cognitivismo de tipo sistémico-procesual que subraya la continua

y estrecha *interdependencia entre procesos de apego y Sí mismo*: una posición, por así decir, más molar y sintética que molecular. Necesitamos relacionarnos porque sólo en el interior de un estado de relación, más o menos estable y cohesionado, conseguimos desarrollar un sentimiento de nosotros mismos igualmente estable y cohesionado. Dicho de forma más sencilla: no se puede vivir sin esta posibilidad de ordenar el mundo y a nosotros mismos, porque vivir es conocer y construir la propia realidad. El hombre es concebido como «animal-que-habla», que vive y se nutre incesantemente de un contexto intersubjetivo. Los seres humanos solamente logran adquirir un conocimiento de sí mismos a través de la interacción con los otros significativos de su propio ambiente: el comportamiento de las figuras parentales para con el niño constituye para él la matriz de la cual él empieza a percibir y extraer algunas invariables referidas a su propio sentido de sí; es decir, representa el espejo en el que aprende a reconocerse, a través de la conciencia que los demás tienen de él. Esta perspectiva (Guidano, 1988) ve los procesos de apego como *procesos autorreferenciales*, como búsqueda continua de modelos de contingencia, de interdependencia en los ritmos entre niño y figura de apego, que lentamente circunscriben un sentido de sí percibido como estable, duradero, único y unitario.

Si pensamos en el Sí mismo como emergencia activa de un sentido de unicidad e individualidad personal, de *unicidad* y de *continuidad* (permanencia) en el tiempo: es decir, el sentirse, el reconocerse como portador de atributos específicos y personales que nos diferencian de cualquier otro individuo, atributos coherentes entre sí y permanentes en el tiempo frente a la mutabilidad de los acontecimientos ambientales, entonces, un Sí mismo dotado de estas características únicamente puede emerger en el interior de una relación dotada, justamente, de características análogas: unicidad y exclusividad (el otro significativo se dirige a nosotros, nos sonrío, nos mira, nos toca, atiende a nuestras señas de necesidad, de manera absolutamente única; tenemos, por así decirlo, la exclusividad absoluta), unicidad (el otro significativo no se relaciona con una parte de nosotros, como puede suceder por ejemplo en una relación amical, sino con nosotros en nuestra totalidad) y constancia (es precisamente esta estabilidad en el tiempo de las relaciones de apego la que permite al niño extraer las redundancias e invariabilidades significativas en los esquemas afectivo-motores que construirán más tarde el sentido de sí). A esto nos referimos cuando hablamos de estrecha interdependencia entre apego y Sí mismo.

Por lo demás, el bebé que muestra la investigación neonatal más reciente (Stern, 1985, Tronick, 1982, 1989) es un niño al que no se le pueden atribuir estrategias sostenidas por fuertes emociones de amenaza y displacer (como presupondría la óptica biológica que se basa en la protección), emociones que aparecen de modo organizado sólo después del sexto-séptimo mes; es un niño que se autorregula continuamente, que se mantiene reactivo incluso a pesar de los numerosos fracasos en la sintonización; un niño que parece «dar por supuesta» la

relatividad de la accesibilidad y disponibilidad maternas y estar dispuesto a afrontarlas (Seganti, 1995). Los modelos operativos internos no se forman a partir de categorías específicas de emociones, sean éstas negativas (como el peligro y la sensación de amenaza) o positivas (como la sensación de seguridad), sino a partir de categorías relativas a la experiencia del mantenimiento de la coherencia en el flujo de los estados de activación interna que se generan en la interacción con el ambiente. Lo que interesa al sistema cognoscitivo/niño es conservar una identidad y estabilidad en el tiempo propias (sea ésta «positiva» o «negativa»), y ser capaz de anticipar y ordenar la propia realidad.

Los patrones de apego que se estructuran hacia el noveno mes de vida y se hacen reconocibles, precisamente como anticipaciones o expectativas organizadas respecto al comportamiento paterno, se entienden (incluso en sus formas más inseguras: evitativas/defensas o ansioso-resistentes/coercitivas) no como distorsiones afectivo-relacionales, sino más bien como reciprocidades milagrosas que esas diadas consiguieron estructurar, verdaderos programas para el mantenimiento del estado de relación.

Por ejemplo, las intensas y a menudo dramáticas llamadas de atención del niño ansioso-resistente son el fruto de un largo proceso de aprendizaje y resultan absolutamente funcionales al objetivo de maximizar las probabilidades de respuesta de una madre cuya disponibilidad y accesibilidad es inexplicablemente discontinua. Se olvida, a menudo, el carácter vital que asumen estas estrategias para el niño, que está teniendo la experiencia en aquel momento y en aquel contexto, en tanto que la posibilidad de mantener un estado mínimo de relación con la figura parental puede que pase exclusivamente a través de la «capacidad» de controlar al otro «perdiendo» el control de las propias emociones.

Del mismo modo, la actitud cautelosa y evitativa que puede presentar un niño defensivo, forma parte de una inhibición muy bien calibrada de su repertorio de señalización, forjada gradualmente, y absolutamente vital en su adaptación a un contexto tendencialmente rechazante o intrusivo: es esencial en vistas a la propia regulación de estado y a una coherencia interna adecuada; estabiliza la relación en una óptima «distancia de seguridad»: ni tan lejos como para no sentir una mínima sensación de protección, ni tan cerca como para correr el riesgo de una intimidad, causa de sufrimiento. Como diría Tronick (1982, 1989), es el modo cómo el niño logra experimentar un mínimo sentido de factibilidad y anticipación activa de los acontecimientos.

Lejos pues de considerarse y tratarse como fracasos interactivos, estas configuraciones merecen ser consideradas como formas muy refinadas de modulación del estado de relación y, por lo tanto, de regulación y organización de los estados internos. Las categorías valorativas, positivas o negativas, de estos esquemas relacionales, se colocan simplemente en un punto de vista externo, objetivo y adultocéntrico, y tienen muy poco que ver con la experiencia interna de ese

individuo, en el interior de aquel contexto diádico.

4. MÁS ALLÁ DE LAS APARIENCIAS: CENTRALIDAD DE LAS DINÁMICAS AFECTIVAS

Todo esto, obviamente, pone en el centro de nuestra atención, teórica y clínica, el análisis de las dinámicas afectivas a lo largo de todo el ciclo de vida. Es aquí donde hemos aprendido a buscar la salud y la patología psíquica: en las vicisitudes de los vínculos afectivos, en la posibilidad de conservar a través del tiempo la continuidad y la coherencia de los propios procesos auto-organizativos, y por lo tanto del Sí mismo. Los seres humanos, como diría Bowlby, experimentan las emociones más intensas y lacerantes en fases de construcción, crisis o ruptura de sus lazos afectivos. Aquellos signos que en el plano descriptivo definimos como «síntomas» o «trastornos» comportamentales y emocionales, encuentran un sentido preciso, que es siempre, inexorablemente, un sentido de tipo afectivo, si los colocamos en el interior de los lazos de apego que se han estructurado con las figuras significativas del propio ambiente. Se nos presentan como modalidades específicas orientadas a mantener el estado de relación con las propias figuras de apego y, en consecuencia, de una estabilidad idónea del sentido de uno mismo que se forma en estas relaciones. No sirven, en efecto, para expresar conflictos sexuales o agresivos; ni tampoco para dirigir dinámicas de poder en el interior del propio orden familiar y relacional. No hay niño, adolescente o adulto a quien le interese conservar una posición de poder y de control en la relación si esto no tiene la función vital de dirigir y reequilibrar un desequilibrio afectivo percibido como intolerable para la estabilidad del sentido de sí mismo⁴.

Para los clínicos cognitivistas, ésta ya se ha convertido en una guía terapéutica preciosa e imprescindible. Podemos dar por supuesto, desde luego, que reconstruyendo atentamente, con el paciente, los acontecimientos vinculados a su fase de descompensación clínica (ya sea agorafóbica, depresiva u obsesiva), invariablemente reencontraremos un importante desequilibrio afectivo en sus relaciones significativas: un desequilibrio que ha comportado un cambio repentino de la imagen del otro capaz de sostener y dar estabilidad a la imagen de sí mismo y, por lo tanto, una ruptura en el propio sentido de coherencia y continuidad personal.

También, y quizá sobre todo, los síntomas del niño se hacen extraordinariamente transparentes desde una óptica que subraya la centralidad absoluta del sistema comportamental del apego en el interior del orden motivacional humano y, en consecuencia, la centralidad y supraordenación de los esquemas cognitivos interpersonales que se originan a partir de la activación de este sistema. En la organización de conocimiento del niño primero, y del adolescente después, los esquemas relativos a los otros sistemas sociales de conducta están sostenidos por construcciones relativas a las experiencias de apego, y sólo podrán desarrollarse y articularse dentro de los límites puestos por esta estructura de fondo. Por lo tanto,

más allá de sus apariencias más explícitas, que a menudo se configuran en términos de conflictividad, de desafío-poder, de manipulación recíproca, las dimensiones de significado más profundas del síntoma son siempre de tipo afectivo, se nutren de las necesidades de cuidado presentes en la relación de apego con los padres, de los equilibrios en su relación de pareja y de las necesidades afectivas irresueltas de su historia.

Gianni es un niño de 10 años que presenta un trastorno de aprendizaje, pese a poseer un nivel intelectual normal y con habilidades instrumentales adecuadas. El cuadro se configura en términos de «inhibición intelectual», etiqueta poco explicativa, que debe llenarse conectándola con los procesos relacionales subyacentes.

En la historia de Gianni, la relación con la figura paterna resulta absolutamente dominante, dada la centralidad emocional que reviste el padre en la organización y las dinámicas familiares. Su incapacidad de aprender es tolerada por la madre, culturalmente pobre y con expectativas limitadas respecto al hijo, mientras que el padre, que es maestro, la ha etiquetado desde el principio como falta de motivación y negativismo para con él: «*Es un vagabundo delincuente... sabe la importancia que doy al estudio... ¡pero él, nada!*». La relación con el padre, que antes del problema se describía en términos un poco idealizados pero faltos de emoción (en realidad con muchas características de una relación evitante), desde la escuela básica se ha polarizado completamente en los conflictos relativos a las dificultades escolares, que culminaban en el alejamiento temporal de Gianni del ambiente familiar para pasar el último año escolar en casa de los abuelos paternos: «*¡A ver si ellos son capaces de hacerte estudiar!*».

Ayudando a los padres a tomar gradualmente conciencia de la distancia afectiva general que existe en la relación con su hijo, independientemente del problema concreto, fue posible mostrar gradualmente cómo aquel trastorno escolar inexplicable y tenaz de Gianni, más allá de su apariencia de desafío frente al padre, constituía un intento desesperado de mantener su oscilante idealización paterna: «*qué bueno y amable sería papá si yo no le hiciera poner furioso con esta historia de la escuela*». La función del síntoma consistía en marcar distancia con el padre, al mismo tiempo que justificarla. Focalizar la negatividad de la relación en un aspecto específico y limitado consentía a la díada salvarlo en su globalidad, evitando entrar en contacto con los aspectos dolorosos y con el sentido de soledad vinculado a su incapacidad de intimidad y reciprocidad afectiva profunda. Para Gianni significaba salvar al padre, para salvarse un poco a sí mismo y a un mínimo sentido de amabilidad personal.

Tal como sucede con el sistema motivacional de dominio-subordinación, es importante tener también claras las relaciones de supra/subordinación entre apego

y sexualidad si quieren comprenderse a fondo los significados de algunas manifestaciones clínicas infantiles con connotaciones aparentemente sexuales.

Derivado por la escuela, acude Antonio a la consulta psicológica cuando está cursando segundo de primaria a causa de dificultades en el aprendizaje en el área de la lectura y escritura, pero ante todo por ciertas particularidades comportamentales que los maestros describen con embarazo: Antonio tiene la costumbre, para hacerse el adulto, de describirse a sí mismo en términos de valor y de fuerza, ostentando sus cualidades y competencias masculinas, entre las cuales destaca su habilidad como piloto de *minicar*. Pero enfatiza sobre todo sus características de virilidad con frecuentes alusiones o referencias directas y concretas a la propia dotación sexual, mostrando a menudo, y casi ostentando, su interés por la esfera de la sexualidad, emitiendo juicios particulares dirigidos a compañeras, maestras y mujeres en general. Las maestras, con una mezcla de embarazo y curiosidad, conocedoras de algunos conocimientos básicos de psicología, se preguntan si estos comportamientos pueden atribuirse a un «complejo edípico no resuelto», salvo que luego no saben qué hacer con esta etiqueta. En el trabajo clínico con Antonio y sus padres surge un cuadro bastante complejo, en el que la marcada, y casi caricaturesca, asunción del papel masculino desplegada por el chico se revela como una especie de «versión en miniatura» de la actitud paterna. Un padre en quien el énfasis extremo en su virilidad personal, en algunos aspectos hasta lo obsesivo, funciona como un importante mecanismo de compensación respecto a profundos temas de no ser digno de ser amado, ligados a una historia dolorosa de lutos (en particular, el luto paterno), llevados con modalidades reservadas y de negación del dolor y de vulnerabilidad personal. Antonio (al igual que su padre) ha aprendido a jugar con estas actitudes en la relación de apego con una madre solitaria y deprimida, con las modalidades típicas del hijo parental. Ya a partir de la edad preescolar descubrió que, invirtiendo la relación de apego con su madre y mimándola, ella era capaz de activarse mostrando aspectos de sensibilidad. Sus «mimos» deben asumir una forma particular en lo cotidiano, acercándose y sustituyendo puntualmente al padre en su colusión específica de pareja con la mujer, mantiene activada y motivada a una madre que de otro modo estaría apagada y deprimida, reforzando principalmente su atractivo físico a través de esmerados rituales de cortejo, cumplimientos y apreciaciones dirigidos particularmente a la imagen física materna.

La sensibilidad que desarrollan los niños hacia los esquemas de compensación de la organización cognitiva paterna y su capacidad de adaptarse a ellos para asegurarse un mínimo estado de relación, es verdaderamente sorprendente. La literatura psicológica en materia de trastornos de la identidad sexual, se pregunta a

menudo cómo puede ser que, en casos particulares, el aprendizaje, la cultura, el dominio de la fantasía tomen la delantera sobre el «*bios*», identidad que, por lo general, está biológicamente fundada, distorsionando la manera de percibirse a sí mismo pese a la presencia de una marca biológica opuesta. Desde una clave de lectura cognitivo-evolutiva, en estos casos, no se plantea un problema de conflicto entre «*bios*» y cultura: más bien, en función del metadominio de referencia que se asume, el conflicto será entre «*bios*» y «*bios*», y por tanto entre dos sistemas comportamentales fundamentados ambos biológicamente, el del apego y el sexual; o entre las representaciones procesuales y declarativas aprendidas en uno u otro dominio motivacional; donde, sin embargo, *las demandas del primero, más precoz y supraordenado, son por naturaleza capaces de orientar y plasmar el desarrollo del segundo.*

Los padres de David llegan a la consulta mostrando una gran preocupación, sobre todo la madre, por las actitudes marcadamente femeninas de su hijo. David, que ahora tiene diez años, está casi siempre con amigas, y juega con ellas a juegos típicamente femeninos. Muestra actitudes agraciadas y pasivas. Desde pequeño ha mostrado modalidades comportamentales de este tipo, señaladas varias veces por los maestros de la guardería donde tenía la costumbre de jugar con las muñecas y a menudo se transvestía con prendas femeninas. Los padres han confiado siempre en la «*maduración*» y el desarrollo para la resolución de este problema, pero ahora estas explicaciones empiezan a perder peso. Además, hace poco sorprendieron a su hijo en su habitación, intentando ponerse los vestidos y las prendas íntimas de la madre, un ritual que creían que había abandonado hacía tiempo.

Desde las primeras entrevistas, la historia de David se configura como una triste historia de distancia afectiva y negligencia. Nacido, sin ser deseado, con varios años de diferencia respecto a sus dos hermanas mayores, con quienes todavía comparte el dormitorio, se integra, sin diferenciación alguna, en el contexto de los cuidados reservados a las hermanas: la misma habitación, los mismos juegos, las mismas costumbres cotidianas, delicadas atenciones y demandas más o menos implícitas de autosuficiencia obligada, en un triste desarrollo evitante en la primera infancia y luego más refinadamente complaciente. David aprende en la vida cotidiana a dejar de lado su propia existencia causando la menor molestia posible a una madre dedicada totalmente al quehacer compulsivo de la casa y el trabajo, sin espacio para la afectividad y la intimidad interpersonal, correspondiendo a sus expectativas y asimilándose al universo mental de las hermanas.

Resulta particularmente interesante observar cómo esta plasmación de las disposiciones de papel sexual en el interior de este peculiar vínculo con la madre, acaba siendo decididamente funcional a los equilibrios de relación

en la pareja conyugal, en la que un marido absolutamente ambiguo e incapaz de definirse afectivamente en la relación de pareja («*no estamos hechos el uno para el otro... hace mucho tiempo que no funciona... si no fuera por nuestros hijos me marcharía mañana mismo... podríamos volverlo a intentar, sí... pero no serviría de nada*») soportado durante muchos años por la madre, presionando sobre sus responsabilidades parentales, en particular respecto al pequeño: «*¿No cree, doctor, que estos comportamientos de David se deben al hecho de que ha tenido poco papá?... tú nunca estás con él... nunca estás con nosotros... nunca te he visto llevártelo..., ¡sólo tú le puedes enseñar a ser un hombre!*».

De este modo, día a día, David ha aprendido a mantener un mínimo estado de relación con sus figuras parentales, respondiendo a sus necesidades de seguridad afectiva y plasmando gradualmente los contornos de una identidad sexual femenina tranquilizadora.

Por lo tanto, más allá de las diversas disposiciones que los sistemas motivacionales van planteando, la matriz más genuina y profunda del comportamiento interpersonal del niño, así como del adulto, sigue siendo la afectiva. El enfoque terapéutico cognitivo-evolutivo en la infancia podrá ser entendido como un proceso gradual de reconstrucción, junto a los padres y el niño, del sentido afectivo que el síntoma intenta vehicular. En general, la aproximación a este re-descubrimiento de sentido tiene un fuerte impacto emocional, ligado a la reestructuración positiva de la percepción del hijo que esto conlleva (Lambruschi, 1996).

En consecuencia, las configuraciones sintomatológicas, lejos de ser un desagradable incidente en el recorrido evolutivo del niño, se construyen y mantienen activamente dentro del espacio relacional padre/niño, por el valor que asumen en la díada, pasando, de modo coherente y funcional, a formar parte de su programa dirigido a mantener el estado de relación.

En particular, cuando determinados acontecimientos de vida (por ejemplo, la desaparición de un miembro de la familia extensa que desempeñaba respecto uno o ambos padres un papel importante de contención y soporte emocional) ponen en crisis las configuraciones de relación habituales, plasmadas en la interacción cotidiana con aquel progenitor, el síntoma puede insertarse con el objetivo de restaurar el estado de regulación afectiva perturbado. Por lo tanto, más allá de las apariencias negativas y de sufrimiento, desempeña siempre una función reguladora positiva, al conservar una especie de reciprocidad milagrosa padre/niño, a despecho de las adversas o discrepantes condiciones ambientales. Podría decirse que asume un significado de «curación» de aquella misma relación herida. Sigue representando lo mejor que aquella díada puede expresar en aquel momento particular de su ciclo vital.

La teoría del apego es fundamentalmente una teoría diádica, con todos los límites que esto conlleva. No obstante, ofrece aspectos particularmente prometido-

res para una integración equilibrada entre datos «internos» (las características de la construcción del Sí mismo en el niño) y datos «relacionales» (los equilibrios de los vínculos de apego de los que emerge y en los cuales ese Sí mismo mantiene sus contornos). En este sentido, las hipótesis explicativas que nos ayuda a formular tienden a asumir un valor sistémico.

En el triángulo familiar mínimo, constituido por la pareja parental y el hijo, cada uno de los padres está ocupado en varios frentes afectivos, en los que repropone coherentemente su estilo afectivo fundamental: la relación de protección y cuidado hacia el hijo, la relación afectiva con la pareja, la relación (interiorizada y/o real) con su familia de origen y, en consecuencia, con su propia historia. Un número creciente de estudios nos hace suponer que gran parte de los padres de niños con apego inseguro, tiene relaciones de tipo ansioso, tanto con sus propios padres como con sus compañeros adultos (Cicchetti y Lynch, 1993; Crittenden, 1994, 1995). La relación de protección hacia el hijo (el último frente afectivo, en orden temporal) puede considerarse, al mismo tiempo, como expresión y como «cuidado» respecto a las otras, en tanto que el estado de regulación afectiva y emocional en la díada padre-niño, resultará eficaz en función de su capacidad de confirmar y estabilizar en el tiempo los contornos del Sí mismo y la percepción del mundo que mantiene cada uno de los padres. Y, por tanto, el modo específico en que se desarrolla su organización cognoscitiva en la relación con la propia historia y en el acuerdo de pareja establecido con el cónyuge, entendido como proceso de construcción autorreferencial recíproca de la imagen del otro capaz de hacer consistente el Sí mismo individual (Guidano y Dodet, 1993). En otras palabras, mientras que el niño «trabaja» para regular a sus padres y su relación de pareja, trabaja fundamentalmente para regular su propio estado afectivo.

5. PARA UNA LECTURA SISTÉMICO-PROCESUAL DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Nuestro conocimiento de la psicopatología infantil se fundamenta, en primer lugar, en una perspectiva descriptiva articulada, contenida en obras de clasificación tales como el D.S.M.-IV o el I.C.D.-10, cuyo objetivo principal es reducir la complejidad y variabilidad de los signos con los que puede manifestarse el malestar del niño, encuadrándolos dentro de una lista de categorías diagnósticas, imprescindibles, por otro lado, para compartir y comunicarse mínimamente en el ámbito clínico y de la comunidad científica. Pero cuando nos acercamos a ese malestar con la intención de promover niveles significativos de cambio respecto a la complejidad cognitiva, emocional y conductual del niño y del equilibrio de su sistema familiar, es preciso equiparse con una metodología de análisis capaz de moverse del plano puramente descriptivo a niveles más declaradamente explicativos.

El marco teórico que hemos perfilado constituye, precisamente, el nuevo argumento explicativo con el que el terapeuta cognitivo puede acercarse ahora al

niño y a su familia intentando restituir sentido a su sufrimiento y orientarles hacia modalidades de relación dotadas de mayores potencialidades evolutivas. En efecto, en esta perspectiva, resulta particularmente estimulante releer y reconsiderar las diversas categorías de la psicopatología descriptiva de la edad evolutiva, relacionándolas con los diversos patrones de apego en acto y con los correspondientes modelos de sí mismo y del otro desarrollados en el niño.

Las hipótesis teóricas y la investigación empírica en este ámbito avanzan con ahínco, pero, también hay que admitirlo, con notables dificultades. No es fácil constatar correlaciones específicas y claras entre diagnósticos descriptivos, por un lado, y cualidades de los vínculos de apego, por el otro. Ciertamente, gran parte de los estudios muestra una asociación significativa entre configuraciones inseguras y nivel general de psicopatología. Pero estas formas inseguras también pueden encontrarse ampliamente en poblaciones no clínicas. Es posible, como afirman algunos investigadores, que las clasificaciones de apego, tanto en el niño como en el adulto, estén relacionadas de modo más significativo no tanto con diagnósticos clínicos específicos como con otras medidas clínicamente relevantes del comportamiento interpersonal, expectativas de rol, estructuras emocionales repetitivas, constructos personológicos, en definitiva más globales. Se necesitan, además, nuevos estudios longitudinales que vinculen el apego en la primera infancia con las diversas salidas psicopatológicas en la edad evolutiva y en el adulto.

Pero, más allá de estos problemas de naturaleza metodológica acerca de la investigación en este campo, considero que el problema principal todavía es el de seguir pensando de forma un poco ingenua y poco compleja sobre las relaciones entre psicopatología y apego, sosteniendo que podemos trazar correlaciones más o menos directas y unilíneas entre patrones y subpatrones de apego, por un lado, y síndromes psicopatológicos por el otro. En realidad, la psicopatología es algo bastante más articulado y complejo, que merece un marco explicativo igualmente articulado y respetuoso con dicha complejidad.

La capacidad explicativa aumenta considerablemente, sin embargo, si se reconsideran los patrones de apego, bajo una óptica sistémico-procesual, como dimensiones de significado susceptibles de ser elaboradas en diversos niveles de flexibilidad y generatividad. Durante demasiado tiempo hemos estado acostumbrados a considerar los patrones de apego y las organizaciones de significado que se derivan de ellos, principalmente, en términos de contenidos de conciencia, de temas de significado personal (esquemas interpersonales centrados en la amabilidad, el valor, la constrictión, la decepción, etc.), a pesar de darnos cuenta a continuación de que estos temas y estos contenidos representativos, en sí mismos, no logran diferenciar las diversas condiciones, así llamadas, de normalidad, neurosis y psicosis. Desde una óptica sistémico-procesual, en cambio, normalidad, neurosis y psicosis son vistas no ya como entidades descriptivas o estáticas, sino más bien como dimensiones de elaboración de la coherencia de una organización de signifi-

cado dada en función de las capacidades de abstracción e integración que el sujeto, en su itinerario evolutivo, ha sido capaz de elaborar. «*La organización misma del significado personal, sobre la base de la cualidad y el tipo de organización de las experiencias evolutivas, puede evolucionar hacia una condición neurótica si la dimensión concreción/abstracción está insuficientemente articulada, o bien derivar hacia una condición psicótica cuando, en el límite representado por una elaboración demasiado concreta de las informaciones, venga a añadirse una interferencia, más o menos intensa, de las capacidades de autointegración del Sí mismo que sostienen la unidad funcional de la dinámica entre los contornos del Sí mismo*» (Guidano, 1991).

En efecto, los modelos operativos del Sí mismo y del otro, característicos de los diversos patrones de relación, pueden considerarse tanto sobre la base de los contenidos representativos que vehiculan, como en relación con la mayor o menor cohesión interna que puede caracterizarlos. Debemos recordar al respecto que, entre los desarrollos más recientes de la teoría del apego, reencontramos dos interesantes filones de investigación, que se apoyan en dos modos bastante distintos de entender el apego y la psicopatología.

Por un lado, la perspectiva clínica y de investigación, inaugurada por Mary Main y sus colaboradores (Main y Solomon, 1990; Main y Hesse, 1990, 1992) y desarrollada posteriormente por muchos otros autores, a la que podríamos llamar categorial, describe los patrones subdividiéndolos en cuatro grandes categorías (A, B, C, D), considerando, fundamentalmente, las tres primeras como estados relativa y funcionalmente organizados y el cuarto como un estado «desorganizado» donde se colocarían gran parte de los fenómenos y experiencias definibles como psicopatológicos. Este concepto de desorganización tiende a comprimir en el interior de la mente lo que si se observara en relación con las interacciones y el contexto se manifestaría, en realidad, como una forma inteligente de organización. Un comportamiento cualquiera adquiere significados que se deducen, no ya de su morfología, sino de su función en relación con otros comportamientos. Si los observamos desde este punto de vista funcional y relacional, gran parte de estos comportamientos aparentemente faltos de organización y orientación, asumen una «inteligencia» inesperada y puede considerarse más bien que actúan en esquemas altamente autoprotectores y organizados. Incluso intensas emociones de miedo, presunta raíz de la desorganización cuando provienen de la figura de apego, llevan en realidad a construir rápidamente funciones autoprotectoras.

Por el contrario, el modelo dinámico-madurativo propuesto por Patricia Crittenden (1994, 1997, 1998) ofrece un amplio esquema de configuraciones, asociada cada una de ellas con diversas formas de peligro. Además, estas configuraciones están organizadas de acuerdo con dos dimensiones, la que se refiere *al tipo de información* (cognitiva o afectiva) empleada para organizar el comportamiento y la que atañe *al grado de integración* en la organización. En otras palabras: en vez

de enfatizar lo que la mente *no hace* (desorganización), el modelo pone énfasis en lo que la mente *hace activamente*: los tipos de distorsión, omisión e inversión con que los individuos organizan el comportamiento autoprotector ante el peligro, en especial si es oculto e imprevisible.

En efecto, los patrones de apego y los modelos operativos internos correspondientes pueden verse y analizarse no sólo en términos de contenidos representativos emergentes, sino también como *modos específicos de elaborar la información sobre sí mismo y el mundo*. Piénsese simplemente lo distinta que es la disposición y la orientación perceptiva de un niño en una díada resistente (focalización selectiva y clara en la figura de apego que debe controlar obsesivamente por miedo a perderla, y exclusión selectiva del ambiente del propio campo perceptivo); respecto a un niño en una díada evitante (desplazamiento generalizado de la atención de la relación, percibida como dolorosa, al ambiente). Y en qué grados e intensidades tan distintos esto puede determinarse. Piénsese además en cómo los primeros (ansioso-resistentes) se convierten gradualmente en «especialistas» en la elaboración de la información *afectiva*, con grandes dificultades en cambio en la ordenación conceptual de la experiencia, en los procesos secuenciales de solución de problemas y, en general, en la integración de los datos cognitivos. Mientras que los segundos (evitantes) se convierten en cambio, con diversos grados y matices, en «especialistas» de lo *cognitivo*, con dificultades más o menos destacadas por integrar datos afectivos, cuya percepción y expresión siempre ha amenazado, en su experiencia, el estado de relación.

Esta perspectiva se esfuerza por tanto en captar los aspectos de *funcionalidad interactiva* en cada condición diádica y, en vez de dividir el mundo de las relaciones y de las posibles representaciones del Sí mismo en «organizadas» y «desorganizadas», *dispone los diversos patrones en un continuum de flexibilidad y de integración del Sí mismo*. Es interesante notar cómo esta óptica coincide extraordinariamente con la antedicha perspectiva sistémico-procesual en el hecho de subrayar que los modelos operativos del Sí mismo y del otro, característicos de los diversos patrones de relación, pueden ser considerados tanto sobre la base de los contenidos representativos que vehiculan como en relación con la mayor o menor flexibilidad y cohesión interna que puede caracterizarlos⁵.

En la función de atención-cuidado una dimensión fundamental está sin duda representada por la *accesibilidad* del progenitor, su continua disponibilidad hacia el niño, su estar ahí/proximidad, su capacidad, en definitiva, de tener el sistema motivacional de cuidado en un nivel supraordenado respecto a otras necesidades o motivaciones (por ejemplo necesidades no resueltas de apego en el mismo padre, o activaciones inapropiadas de los sistemas agnóstico y sexual). Obviamente, el padre perfecto no existe, y tal vez sea esto precisamente lo que hace que la búsqueda del vínculo sea un problema tan intrincado y fascinante: cada padre es alcanzable en algunas situaciones y de ciertos modos, mientras que permanece fuera del alcance

del niño en otras situaciones y modos. En cualquier caso, las diversas posibilidades de modulación de esta primera condición de fondo son ya capaces de definir las configuraciones centrales de apego: en términos de relativa constancia en la disponibilidad (modelo seguro), de gran inaccesibilidad y rechazo (evitante) o de discontinuidad e imprevisibilidad en el estar ahí (resistente).

Sin embargo, en su mayor o menor disponibilidad cada madre puede expresar distintos niveles de actividad, de *control* y de *intrusividad* en el espacio mental del niño, en sus ritmos y en la fluidez de sus señales de necesidad. Winnicott (1958) enfatizó mucho este aspecto de la relación madre-niño: a su idea de madre ideal como madre “invisible” le corresponde la de un niño felizmente absorto en sí mismo, generador de deseos y gestos espontáneos que se ven favorecidos por una madre que le proporciona la ilusión de ser él mismo quien ha creado lo que desea. En cambio, cuando no se tienen demasiado en cuenta sus gestos espontáneos y los padres parecen actuar respondiendo más a las propias prioridades, entonces el niño, para hacerse visible, empieza a adaptarse a las prioridades que proceden de su figura de apego. Respecto a esto también se podría decir que cada padre es en ciertos aspectos intrusivo e interferente: el problema reside en la intensidad y alcance de tales dinámicas interactivas, y por lo tanto en la posibilidad que se ofrece al niño de llevar a cabo una diferenciación y demarcación adecuada *Sí mismo*-otro. La madre tendencialmente no intrusiva y/o hostil permite una estructuración del *self* en el niño más clara y cohesionada. Cuanto más aumentan los niveles de interferencia sobre las necesidades del niño más se reducen sus capacidades de adaptación, y los contornos del *self* se hacen más difuminados y vagos. Hasta el límite en que la intrusividad se hace tan predominante y generalizada y la sensación de amenaza tan potente que se vuelven necesarios e incluso oportunos elevados déficits de integración entre funciones afectivas, cognitivas y comportamentales: en este punto la cohesión del *self* y sus contornos se dilatan y confunden irremediabilmente hasta el punto que se pueden perder las líneas de demarcación entre *self* y no *self*, tal como sucede en el universo psicótico.

En consecuencia, las relaciones entre psicopatología infantil y apego se releerían teniendo en cuenta dicha complejidad. Ante todo, *las mismas categorías descriptivas pueden estar constituidas por distintos itinerarios de desarrollo y organizaciones del Sí mismo*, a veces hasta radicalmente distintos. Sostengo incluso que no es útil pensar en las diversas categorías nosográficas de la psiquiatría infantil (así como las de la edad adulta), como categorías unitarias: es posible más bien observar la riqueza de sus diferenciaciones internas correlacionadas con otras tantas diferenciaciones en el plano explicativo y evolutivo. Pero sobre todo, *niveles distintos de flexibilidad e integración del mismo modelo de apego pueden expresarse con distintas salidas psicopatológicas*, (Fig. 1) a veces incluso muy distintas respecto al perfil sintomatológico y a su gravedad (Lambruschi y Ciotti, 1995, Lambruschi, 1996).

	+ NIVELES DE	INTEGRACIÓN Y COHESIÓN	DEL SÍ MISMO -
A	<p>EMOCIONAL (IDEATIVA)</p> <p>(A+) CONDUCTUAL</p> <p>(A++ y vulnerabilidad biológica) SOMATICA</p> <p>(A++, A/C – D)</p>	<p>Cuadros depresivos infantiles Rumiaciones infantiles y Rituales de orden (obsesivo “frío”)</p> <p>Trastornos de deficit de atención Graves síndromes hipercinéticos e hiperactividad (como “distractor”)</p> <p>Trastornos de conducta Cuadros de autismo infantil (aislamiento y objetivos agresivos)</p> <p>Trastornos psicósomáticos (de inhibición)</p> <p>Trastornos reactivos (inhibición) de la atención infantil Tics motóricos y tartamudeo, Inhibición motora (por hipercontrol y rigidez motora)</p>	<p>DAP (obesidad infantil: comida como “distractor”)</p>
C	<p>EMOCIONAL</p> <p>IDEACIONAL</p> <p>(C++)</p> <p>CONDUCTUAL</p> <p>SOMATICA</p>	<p>Trastorno por ansiedad de separación Trastorno desinhibido de la atención infantil y manifestaciones fóbicas infantiles</p> <p>(C1-3 constricción, C2-4 pérdida de protección) Trastorno fóbico-obsesivo (patrón caliente) Psicosis simbióticas</p> <p>Trastornos por déficit de atención Graves síndromes hipercinéticos e hiperactividad (por control C1–3) con implicación de riesgo (C3-5)</p> <p>Trastornos del comportamiento (niños “tiránicos”, trastornos por oposición provocativa???. C1-3) Graves retrasos del desarrollo motórico, lingüístico, a(fectivo?). (C4-6) Retrasos del desarrollo motórico, lingüístico, a(fectivo?) (C-4)</p> <p>Trastornos psicósomáticos (por control) Tics motóricos, tartamudeos, impedimento motórico (por hiperactivación)</p>	<p>DAP (estilo anoréxico) (comida como control)</p>

Los trastornos de conducta, por ejemplo, son particularmente frecuentes en las consultas infantiles. Están caracterizados por modalidades repetitivas y persistentes de conducta agresiva, provocativa e incluso antisocial, violaciones de las expectativas sociales en relación con la edad. Pueden estar o no limitados al contexto familiar; asociarse o no a una socialización reducida; o adoptar la forma de trastorno opositivo provocativo con modalidades persistentemente negativas y hostiles. En un plano más específicamente explicativo, estos cuadros pueden asumir funciones y significados distintos en caso de que expresen el componente comportamental de un patrón evitante o, por el contrario, de un patrón resistente. En el primer caso, toman habitualmente la forma de conductas de retiro y aislamiento, que se pueden alternar con episodios y súbitos estallidos de ira (expresada por lo general fuera del contexto familiar propio, como por ejemplo con las amistades o en la escuela). En un itinerario ansioso-resistente, en cambio, tienden a adoptar la forma de comportamientos “tiránicos” y dramáticamente vinculantes respecto a uno de los padres, el cual llega a la consulta sintiendo que ha perdido la autoridad y el control educativo sobre su hijo: la relación entre padres y niño se centra, a diario, en el desafío y la provocación, con actitudes recíprocamente amenazadoras y punitivas (C1-5).

Se pueden hacer consideraciones análogas para los llamados *síndromes hiperkinéticos* (o *trastornos por déficit de la atención y por comportamiento impulsivo*), condiciones que normalmente se caracterizan por un exordio precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo escasamente modulado con una falta de perseverancia en la ejecución de una tarea, por la presencia de dichos comportamientos en diversas situaciones y por su persistencia en el tiempo. En un itinerario de desarrollo ansioso-resistente éstos presentan una mayor situacionalidad y conexión con la actitud paterna: la hiperactividad y la distracción tiene una clara función coercitiva y de control del padre. Por el contrario, en un itinerario evitante, aparecen claramente como una exasperación del uso de la exploración continua como “distractor”: la hiperactividad se utiliza como una defensa activa respecto a la desesperación, la impotencia, la soledad (hacer para no sentir) y también como gestión y descarga de la rabia; el niño nunca juega a ella de modo coercitivo, en un contexto de relación en el que la figura de apego debe estar lo menos implicada posible en el plano emocional.

Entre los trastornos de la esfera emocional con exordio característico en la infancia, *síndrome ansioso por separación* y las diversas *manifestaciones fóbicas* de la infancia ocupan sin duda una posición central. Un síndrome de ansiedad por separación se diagnostica cuando en el niño se presenta una ansiedad excesiva y específica relacionada con la separación de aquellos familiares a los que el niño está mayormente ligado y que no es simplemente parte de una ansiedad generalizada extendida a más situaciones. Podrán observarse preocupaciones irrealistas acerca de incidentes que podrían implicar a los familiares, o acerca de acontecimientos desfavorables (desapariciones, hospitalizaciones) que lo alejarían de los mismos

familiares. Puede existir un miedo persistente a quedarse solo, así como una repugnancia o rechazo persistente a ir al colegio, más ligada al miedo de separación que no al temor de lo que pueda suceder en la escuela, como sucede en cambio en las fobias escolares específicas. En efecto, en los síndromes fóbicos, se focaliza una ansiedad de niveles anormales en situaciones u objetos específicos. En el plano relacional estos cuadros clínicos tienden a expresar, por lo general, un modelo ansioso-resistente en su componente más específicamente emocional, con una organización del *self*, sin embargo, todavía suficientemente integrada y cohesionada. Es necesario sin embargo hacer algunas distinciones de rigor. Los niños coercitivos pasivos (C2-6), construyéndose como abiertamente incapaces y dependientes, pueden vivir momentos de crisis o de descompensación emocional ante situaciones inevitables de separación o de pérdida de protección percibida por parte de la figura de apego, situaciones que no pueden manejar valiéndose de los mecanismos habituales de control de la relación. En cambio, los niños coercitivos activos (C1-5) resultan bastante intolerantes a la constricción y pueden entrar en crisis, por ejemplo, ante el encuentro con un profesor particularmente rígido y vinculante, con quien los esquemas cognitivos interpersonales elaborados en la relación con la madre fracasan. Los síntomas que producen, por ejemplo una fobia escolar con dolores abdominales y vómito matutino, les permiten restablecer el equilibrio relacional amenazado. No resultará difícil reconocer en los perfiles de los niños que acabamos de esbozar, las diversas formas que puede adoptar “en estado embrionario”, la patología fóbica en el paciente adulto, manifestándose ya en la vertiente constrictiva (claustrofóbica), ya en la de la pérdida de protección (agorafóbica), cada una con su propia configuración sintomatológica propia.

Los *Trastornos Psicosomáticos* de la infancia así como los *Trastornos de la alimentación* deberían leerse también en relación con la función específica que desempeñan en relación con la figura de apego. En la vertiente ansioso-resistente es fácil observar que el niño construye, amplifica y utiliza el síntoma somático con el objetivo de anclar a sí mismo una madre discontinua, a la que descubre insólitamente sensible y reactiva al malestar físico y a la enfermedad. En esta vertiente reencontramos gran parte de aquellos cuadros somáticos, a falta de alteraciones orgánicas evidentes, sobre los que se focaliza, con un gran gasto de energías, una porción considerable del trabajo cotidiano de los pediatras: cólicos abdominales recurrentes, algunas formas de cefalea, vómitos, síndromes dolorosos de naturaleza diversa y quejas somáticas no claramente definidos (en los dedos, en las rodillas, en el tórax, etc.). Un simple análisis funcional del síntoma, en sus antecedentes y en sus consecuencias ambientales, basta con frecuencia para sacar a la luz la valencia de anclaje de los síntomas ante las figuras de apego: su función de control de la relación es inmediata y directa. El aspecto más sorprendente de estas formaciones somáticas es la capacidad que tiene el niño de salir al paso con algunas prioridades emocionales absolutamente peculiares de los padres, con la finalidad de mantener con ello un

estado de relación estable. Un ejemplo particularmente explicativo es el de las llamadas *apneas respiratorias afectivas* (o espasmos afectivos) que pueden surgir entre los seis meses y los cinco años de edad. Se trata de crisis anóxicas, precedidas por una frustración o un límite energético que se le pone al niño, que generalmente va seguido de llanto, cianosis o palidez, convulsión de los glóbulos oculares, pérdida de conciencia más o menos breve con alteraciones de tono muscular, y en consecuencia sueño y entorpecimiento para la recuperación después del síncope. Estas crisis, excluido obviamente un diagnóstico de epilepsia, se viven en un clima de particular dramaticidad y emotividad expresada. Lo que más sorprende en la observación clínica de los padres de estos niños es la presencia de una destacada sensibilidad a la experiencia de muerte, ligada a particulares situaciones traumáticas (pérdidas de figuras significativas, abortos o, más concretamente, experiencias de cianosis y asfixia del mismo hijo durante el parto) (Tortolani, Montecchi, 1990). Son estas prioridades paternas con las que el niño se sintoniza ante las discontinuidades que advierte en el adulto.

En un itinerario evitante o defensivo, en cambio, los trastornos psicósomáticos se muestran a menudo más graves, persistentes en el tiempo y muy poco anclados al comportamiento contingente de los padres, en un contexto relacional connotado en general por una escasa emotividad expresada. Parecen más bien el resultado de un precoz y generalizado mecanismo de inhibición de los estados afectivos y de la acción: en estos casos, presumiblemente, el mantenimiento del estado de relación con el cuidador está subordinado a la inhibición global de los componentes tanto comportamentales como emocionales del sistema motivacional de apego. La desregulación diádica se expresa entonces en el plano corporal, el único posible, es decir, directamente como desregulación fisiológica. Entonces, la enfermedad somática se inserta y se utiliza muchas veces como explicación semántica (espacio atributivo no culpabilizador) de las dificultades recíprocas en la construcción de una intimidad interpersonal adecuada. En algunos casos se puede convertir en el mito de las potencialidades inexpresadas: “¿Si no hubiera existido esta enfermedad desafortunada, quien sabe la relación que habiéramos podido tener!?” Para los padres se convierte en la mejor y más objetiva explicación respecto a los propios límites afectivos. Para el niño, un proceso de atribución centrado en sus características físicas, aún sacrificando una parte relativamente superficial de su autoestima, le preserva de la activación de emociones críticas de valor más profundo y vital (núcleo de la amabilidad personal): salva a los padres, idealizándolos, para salvar algo de él mismo.

En los cuadros que hemos descrito hasta ahora, se hallan conservadas relativamente, todavía, las capacidades autointegradoras del *self*, mientras que se derrumban irremediabilmente en los llamados *Síndromes de alteración global del desarrollo*, caracterizados por anomalías cualitativas de las interacciones sociales y de las modalidades de comunicación, además de por un repertorio limitado y

estereotipado de intereses y actividad. Anomalías que representan una característica preeminente del funcionamiento del individuo en todas las situaciones de la vida. Entre estos síndromes, el *autismo infantil* es sin duda una de las más importantes y quizá también una de las más controvertidas en el plano etiológico, diagnóstico y del tratamiento. Se caracteriza por una afección del desarrollo que se hace manifiesta antes de los tres años de vida y afecta las competencias en la interacción social: capacidad inadecuada de captar las señales socio-emocionales en las otras personas; escaso uso de las propias señales sociales y una integración débil de los comportamientos sociales, emocionales y comunicativos; falta de reciprocidad socio-emocional. Existe a menudo una ausencia de uso social de cualquier capacidad de lenguaje que pueda estar presente, con un uso a menudo comprometido de la cadencia y el énfasis. Los modelos de comportamiento, las actividades y los intereses son muchas veces bastante limitados y estereotipados. Se manifiestan a menudo como tendencia a imponer rigidez y monotonía a una gran variedad de aspectos de la vida cotidiana. Es bastante común un interés particular por los elementos no funcionales de los objetos, como su olor o la sensación que dan al tacto. Pueden estar presentes además trastornos del sueño y de la alimentación, autolesiones, miedos y fobias de diversos tipos. Si prescindimos de las consistentes áreas de duda en el plano etiológico y las frecuentes implicaciones orgánicas que se hallan en estos cuadros clínicos, desde el punto de vista relacional, indudablemente, el autismo parece representar la modalidad más extrema y generalizada de evitación activa y de retiro de la relación con el ambiente humano (figuras de apego y no), en el que los diversos indicadores del patrón evitante aparecen sólidamente: evitación de la comunicación verbal, del contacto físico, de la mirada directa, falta de reacción al alejamiento o vuelta de la madre, etc. Mientras que por lo general se conserva la relación con los objetos del ambiente físico, aunque de un modo tan estereotipado y monótono que da la idea de ser una función extrema de la exploración como “distractor”. Al mismo tiempo se observan aspectos de desorientación y desorganización típicos del patrón D e indicios de conflicto aproximación-alejamiento: por ejemplo, balanceos, caminar en dirección a alguien y luego bloquearse balanceándose, la mano que se abre y se cierra, etc. (La Rosa, 1992). Su necesidad de constancia y de uniformidad en el ambiente, su resistencia que llega hasta reacciones catastróficas incluso frente a cambios poco significativos del ambiente circundante, adquieren un sentido si se observa que estos niños, de un modo coherente con las modalidades típicas de elaboración de la información del modelo evitante, han llevado a cabo un desplazamiento generalizado de la atención de la figura de apego al ambiente físico: todo su campo mental está focalizado en el ambiente y en consecuencia se encuentra muy fijado en sus regularidades, ya que es de estas regularidades de las que consiguen obtener unos mínimos elementos de estabilidad, continuidad y unicidad en el sentido de sí mismos.

La *psicosis simbiótica*, que tradicionalmente ha ocupado siempre un lugar

importante entre las psicosis infantiles junto al autismo, goza de una posición más incierta en las clasificaciones actuales. Sin embargo, puede ser interesante observar que ésta representa la modalidad más extrema y menos integrada de resistencia angustiosa. En estos casos, la descomposición parece derivar de alguna causa externa (como por ejemplo el nacimiento de un hermanito, enfermedad de la madre, etc.), que se vive como una amenaza para la relación entre madre y niño recíproca y poderosamente vinculante: se presentan entonces en el niño reacciones de pánico con una evidente angustia y cólera dirigida hacia la madre, seguidas por lo general de una condición de dependencia total de la madre y cerrazón ansiosa respecto al carácter amenazador de la realidad externa. La exasperación de la ambivalencia típica de este patrón resulta evidente por la mezcla o alternancia de sentimientos de deseo de los padres hasta la excitación, y de rabia hasta la cólera.

6. BREVES NOTAS SOBRE EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN EDAD EVOLUTIVA

En itinerarios de desarrollo inseguros, las relaciones actuales no sólo resultan insatisfactorias sino que la misma organización del conocimiento ya estructurada en el niño hace el proceso de recolección e integración de la información escasamente flexible y, en consecuencia, inadecuado respecto a su realidad compleja. Por lo tanto, más allá de las técnicas específicas utilizadas, uno de los objetivos generales de la intervención será la creación de contextos en los cuales el esfuerzo mental de los niños y los padres pueda dirigirse a crear modelos de experiencia que a) sean abiertos a nuevas informaciones; b) permitan a los individuos experimentar mentalmente interpretaciones y respuestas alternativas; c) animen a padres e hijos a integrar y utilizar, de manera cada vez más sofisticada, todas las informaciones que se encuentran a su disposición. Estos contextos requieren intercambios interactivos que integren la información afectiva con otras informaciones de manera que reflejen el proceso que caracteriza las relaciones seguras (Crittenden, 1994). Obviamente, en la primera infancia estas modalidades tomarán principalmente la forma de técnicas procesuales y emocionales. Se abrirán a intercambios y elaboraciones en el plano semántico siempre que el desarrollo cognitivo del niño lo permita. El papel del terapeuta será el de introducir en el sistema perturbaciones estratégicamente orientadas (Guidano, 1988) hacia la reorganización de patrones de apego manifiestos y hacia la articulación y diferenciación de los correspondientes esquemas cognitivos interpersonales a través de los cuales el niño tiende a asimilar su realidad.

El trabajo clínico cognitivista en edad evolutiva (Rezzonico, Lambruschi, 1985; Lambruschi, Ciotti, 1985; Lambruschi, 1996) prevé generalmente una primera fase de evaluación del problema que se basa en la recopilación y organización de los datos anamnésicos personales y familiares y sobre la información directa del niño en la relación con las figuras paternas. Esta fase, que se lleva a cabo bajo la luz del sistema conceptual referido, podrá permitir un primer nivel amplio

“diagnóstico-explicativo” sobre los patrones de apego activos y sobre las hipotéticas dimensiones de significado que gobiernan el síntoma. A partir del desenredo de los datos observados y anamnésticos los padres pueden empezar a extraer conexiones útiles para comprender cada vez más la calidad de la relación con su hijo y, al mismo tiempo, alguna significación del síntoma.

El proceso de cambio de los esquemas de relación padre-niño suele pasar a través de un ciclo de experiencia en el cual, a partir de los fragmentos de conciencia expresados por el padre o el niño, se suceden: experimentaciones activas en la sesión, donde el plano comportamental y la activación emocional dominan el campo; elaboraciones en el plano semántico de las experiencias que se han tenido; compartición de objetivos a llevar adelante entre una sesión y la otra, con finalidades ya no banalmente prescriptivas sino exploradoras y cognoscitivas respecto a las propias potencialidades y a los propios límites en la relación de apego-cuidado.

El trabajo terapéutico parte del análisis y la gestión directa de la relación de apego- cuidado real entre padres y niño, intentando gradualmente conectarla a aspectos significativos de la historia de apego de los mismos padres en sus familias de origen. Ayudar a los padres a recuperar el acceso a los recuerdos infelices conectados con sus propias experiencias de apego, reelaborándolos e integrándolos de modo significativo y coherente en la imagen que tienen de sí mismos puede permitirles gradualmente recuperar la capacidad de responder de modo más sensible a las señales de necesidad de su hijo, promoviendo de este modo su apego seguro.

Inspirado en los trabajos de Vittorio Guidano y Patricia Crittenden este artículo desarrolla la teoría del apego en el ámbito de aplicación de la psicología y psicopatología infantiles

Palabras clave: Teoría del apego, Modelos operativos internos, Postracionalismo, Terapia cognitiva; Psicología evolutiva.

¹ Universidad de Siena (Italia) - As. U.S.L. de Cesena (Italia)

² A diferencia de los modelos de acción prefijada, esquemas altamente estereotipados y estructurados de movimiento, los modelos de objetivo prefijado constituyen esquemas innatos más complejos y más típicos de las especies superiores en las que, dado el objetivo biológicamente integrado, las formas específicas de comportamiento aptas para lograrlo son seleccionadas de manera relativamente flexible en relación con el contexto ambiental.

³ Sería más correcto decir, bajo la forma de esquemas afectivo-motores, en tanto que la acepción piagetiana de esquema sensorio-motor se adapta mejor a la descripción del conocimiento que el niño desarrolla en referencia a los elementos inanimados de su propio ambiente. En la construcción de su conocimiento de los seres humanos, de su propia persona vinculada a las otras, a la dimensión

sensorial y motora se le conecta siempre un tono afectivo específico. Una cosa, como afirma Daniel Stern (1985), es construir un esquema sensorio-motor de un sonajero, y otra la construcción del esquema relativo al sí mismo vinculado a la propia madre.

⁴ Las intervenciones de redefinición positiva del síntoma características del enfoque sistémico-familiar acaban teniendo un impacto real en términos de cambio cuando se focalizan en funcionalidades afectivas más profundas del mismo síntoma.

⁵ Las configuraciones centrales de apego en la primera infancia son ampliamente descritas y conocidas (Ainsworth y colaboradores, 1987). No obstante, merece la pena detenerse brevemente en sus diferenciaciones en subpatrones específicos, con los diversos niveles de flexibilidad e integración que éstos prevén, tanto en la primera infancia como en la edad preescolar y escolar, puesto que el trabajo clínico en la edad evolutiva requiere la asunción de «lentes» capaces de focalizar el comportamiento de relación del niño, tanto en sus expresiones adaptativas como psicopatológicas, llevando a cabo las discriminaciones más articuladas y ricas posibles. Por cuanto se refiere a la primera infancia, Mary Ainsworth y colaboradores observaban ya que, entre las diversas configuraciones centrales, no es posible trazar una línea clara de separación, en tanto que se funden gradualmente una en la otra. Además, dentro de cada una de ellas, hallamos rasgos comportamentales y emocionales muy distintos. Por ejemplo, es posible observar a niños seguros que están solamente en relación distal con la madre, sin buscar una proximidad física particular (B1), y niños igualmente seguros, pero muy hábiles en mantener el contacto físico con la madre y en buscarlo, mostrando constantemente niveles elevados de activación emocional (B4). En niveles intermedios de seguridad encontramos niños con algún rasgo de evitación, escasa señalación emocional ante la separación, y sin embargo una búsqueda patente de proximidad en la unión (B2); y niños con pocas o ninguna señal de resistencia o evitación, y con una búsqueda bastante intensa de contacto físico con la madre (B3). Tenemos luego niños resistentes que muestran muy abiertamente su rabia hacia la madre o el extraño (C1); y niños resistentes cuya característica más evidente, contrariamente, es la pasividad (C2). Finalmente, es posible observar niños evitantes extremadamente inhibidos y desesperados (A1), y otros que en cambio todavía no han perdido completamente la esperanza de obtener reciprocidad afectiva de su figura de apego (A2).

Con el pasaje de la primera infancia a la edad preescolar, la diferenciación y la articulación de las estructuras cognoscitivas del *self* y de la realidad se hacen todavía más complejas. Las competencias cognitivas y sociales del niño se enriquecen, el pensamiento simbólico y el lenguaje se desarrollan: esto lleva al niño a modular el sistema comportamental de apego en una variedad de nuevas configuraciones, todavía más refinadas en vistas al alcance del objetivo que sigue representándose como la máxima protección y confort, compatiblemente con las características de respuesta de esa madre en particular. Estas nuevas configuraciones han sido descritas en detalle por Crittenden (1992) y recientemente reelaboradas tanto en el plano descriptivo-clasificadorio como en el plano conceptual (Crittenden, 1994). Por ejemplo, niños evitantes con madres retiradas y deprimidas pueden llegar a ser brillantes y estimulantes en edad preescolar, aprendiendo que, ofreciendo cuidado a la madre, ésta probablemente se activará positivamente en relación con ellos (A3, *compulsivamente paternales*). En cambio, niños evitantes con madres con tendencia a la hostilidad pueden aprender a inhibir selectivamente lo que produce rabia en la madre y corresponder a sus expectativas: es decir, comprender la norma social según la cual no se puede rechazar abiertamente la propia madre sin correr el riesgo de aumentar su hostilidad: en consecuencia pueden convertirse en *compulsivamente complacientes* (A4). Finalmente, niños evitantes con madres intrusivas pueden aprender o a corresponder o a inhibirse de manera cada vez más atenta y sofisticada (A1-2, *inhibidos*). Por sus características de control poderoso de los afectos, en edad preescolar los niños evitantes son definidos como *defensivos*. Los niños ansioso-resistentes, en cambio, en edad preescolar se definen como *coercitivos* en tanto que dirigen todas sus energías a perfeccionar estrategias cada vez más potentes de control coercitivo hacia las figuras de apego, con el fin de

tenerlas lo más orientadas hacia sí posible. Transforman su penosa situación caracterizada por la incapacidad de prever el comportamiento paterno en una situación de control compulsivo en la que son ahora los padres quienes sienten al hijo como imprevisible y vinculante. En este modelo es también interesante observar las diferenciaciones internas específicas entre las dos categorías activas (C1 *amenazador* y C3 *agresivo*, con rabia explícita y vínculo provocativo de intensidad variable hacia uno de los padres y las dos categorías pasivas (C2 *desarmante/desarmador* y C4 *indefenso*, que intentan con diversas intensidades y graduaciones vincular el adulto mostrándose débiles, necesitados de ayuda, incapaces, abiertamente dependientes). Con el pasaje a la edad escolar las diversas subconfiguraciones de apego van perfeccionando cada una de las propias estrategias en función de las mayores competencias sociales (inversión mayor en la realidad externa, exploración, amistades) y cognitivas (pensamiento lógico concreto). En particular, los niños coercitivos tienen mayores probabilidades de adoptar una “falsa cognitividad” para derivar a los demás hacia sus propias intenciones, integrándola en sus estrategias de regulación del acceso a las figuras de apego. Algunos coercitivos activos centran las propias preocupaciones en el castigo del otro, dirigiendo la rabia de forma engañosa, obsesionándose con la venganza, utilizando el engaño al servicio del comportamiento punitivo (C5 *Punitivo*). Otros niños menos agresivos integran en cambio el engaño con un comportamiento desarmador y se vuelven seductores (C6) y obsesionados con la necesidad de ayuda. Como veremos, todas estas diferenciaciones son reconocibles con evidencia particular precisamente en sus derivaciones clínicas.

Traducción: Laia Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M. D. S. (1985). «I. Patterns of Infants-Mother Attachment: Antecedent and Effects on Development; II. Attachment across Life Span», *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61, 771-791.
- AINSWORTH, M. D. S. BLEHAR, M. C. WATERS, E & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Int. Univ. Press, New York.
- BOWLBY, J., (1969). *Attachment*, London: Hogart..
- BOWLBY, J., (1973). *Separation: Anxiety and Anger*, London: Hogart.
- BOWLBY, J., (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock
- BOWLBY, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth.
- BOWLBY, J., (1988). *A secure Base*, Lonodn: Routledge,
- CICCHETTI, D. & LYNCH, M. (1993). «Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children’s development», *Psychiatry*, 56, 96-118.
- CIOTTI, F. & LAMBRUSCHI, F. (en prensa). *Stile relazionale genitori-bambino e comportamento in contesti extrafamiliari: uno studio trasversale su bambini in età prescolare alla luce della teoria dell’attaccamento*.
- CRITTENDEN, P. M. (1981). “Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads, differentiating by patterns of interaction”, *Merill-Palmer Quarterly*, 27, 201-218.
- CRITTENDEN, P. M. (1990). «Internal representational model of attachment relationship», *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.
- CRITTENDEN, P. M. (1992). «Quality of attachment in the preschool years», *Development and Psychopathology*, 4, 209-41.
- CRITTENDEN, P. M. (1994). *Nuove prospettive sull’attaccamento*. Milano: Guerini.
- CRITTENDEN, P. M. (1997). *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milano: Masson..
- CRITTENDEN, P. M. (1999). *Attaccamento in età adulta: l’approccio dinamico maturativo all’Adult Attachment Interview*. Milano: Cortina.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart

- FROST, A. A. K. & PAKIZ, B. (1990). «The Effects of Marital Disruption on Adolescent: Time as a Dynamic», *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 4, 544-555.
- GROSSMANN, K. E. & GROSSMANN, K. (1991). «Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective», in C. M. Parkes, Teonson J., Hinde J., Harris P., *Attachment across the life cycle*, London: Tavistock, Routledge.
- GROSSMANN, K. E. & GROSSMANN, K. (1993). «Legame d'attaccamento infantile e sviluppo delle dinamiche psichiche individuali nel corso della vita», *Terapia Familiare*, 41, 5-18.
- GUIDANO, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F., (1991). *The Self in Process*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. & DODET, M. (1993) «Terapia cognitiva sistemico processuale della coppia», *Psicobiettivo*, 1, 29-41.
- GUIDANO, V. F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford. .
- LAMBRUSCHI, F. & CIOTTI, F. (1995). «Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia», *Età Evolutiva* , 52, 109-126.
- LAMBRUSCHI, F. (1996). *Il bambino*, In: B. Bara, *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Boringhieri, Torino, 1996.
- LAMBRUSCHI, F. (1996). *Il lavoro terapeutico con il bambino e la sua famiglia in un'ottica cognitivo-evolutiva*, in Rezzonico G., Ruberti S. (a cura di), *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*, Franco Angeli,
- LA ROSA, C. (1992). «Etologia e prospettiva cognitivo-evolutiva nel comportamento autistico infantile», *Psicobiettivo*, 2, 27-35.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma,.
- MAIN, M. & HESSE, E. (1990). *Parents' Unresolved Traumatic Experiences are Related to Infant Disorganized Attachment Status: Is Frightened and/or Frightening Parental Behavior the Linking Mechanism?*, in M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Fummings (eds.), *Attachment in Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago,
- MAIN, M. & HESSE, E. (1992). *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in M. Ammaniti, D. N. Stern, *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- MAIN, M. KAPLAN, N & CASSIDY J. (1985). *Security in Infancy, Childhood and Adulthood: A Move to the Level of Representation*, in I Bretherton, E. Waters (eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*, Monographs of the Society of Research in Child Development, University of Chicago Press, Chicago, vol. 50, 1985, 66-104.
- MAIN, M. , J. SOLOMON, *Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Fummings (eds.), *Attachment in Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- MAIN, M. , J. STADTMAN, «Infant Response to Rejection of Physical Contact by the Mother: Agression, Avoidance and Conflict», *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 20, 1981, 292-307.
- MITCHELL A.S., *Relational Concepts in Psychoanalysis: an Integration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass-London, 1988.
- G. REZZONICO, F. LAMBRUSCHI, *Psicoterapia Cognitiva nei servizi pubblici*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- M. H. RICKS, *The Social Transmission of Parental Behavior: Attachment across Generation*, in I. Bretherton, E. Waters (eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*, Monographs of the Society for Research in Child Development, University of Chicago Press, Chicago, vol. 50, 1985, 211-227.
- J. D. SAFRAN, J. D. & SEGAL, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, New York: Basic Books
- SAMEROFF, J. & EMDE, R. N. (1988). *Relationships Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. New York: Basic Books.
- SEGANTI, A. (1995). *La memoria sensoriale delle relazioni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- STERN, D. (1985) *The interpersonal World of the Infant: a View from Psychoanalysis and Development Psychology*. New York: Basic Books
- SHAFFER, H. & CALLENDER, M. (1959). *Psychologic Effects of Hospitalization in Infancy*”, *Pediatrics*, n. 21, pp. 528-539.
- TORTOLANI, D. & MONTECCHI, F. (1990). *Intervento sistemico in pediatria: la trasformazione della diagnosi medica nei casi di apnee affettive respiratorie*, in C. Loriedo, A Bianchi di Castelbianco, *Il bambino e i suoi sistemi*. Roma: Edizioni Kappa.
- TRONICK, E. Z. (1982). *Social Interchange in Infancy. Affect Cognition and Communication*, University Park Press, Baltimore.
- TRONICK, E. Z. (1989). “Emotion and Emotional Communications in Infants”, *Am. Psychol.*, n.44, pp.112-127.
- WINNICOTT, D. W. (1958). *Collected Papers*. New York: International University Press.

TRANSFORMACIONES EN LAS RELACIONES DE APEGO EN LA ADOLESCENCIA: ADAPTACIÓN FRENTE A NECESIDAD DE PSICOTERAPIA.

Patricia M. Cittenden, Ph.D.¹
Miami, FL, USA

Adolescence is a period of dramatic change in attachment relationships. Furthermore, adolescence culminates a developmental process in which interaction with parents has shaped children's minds and behavior in ways that may or may not prepare them for life outside their families. On the other hand, the neurological maturation occurring in adolescence creates the first opportunity for individuals to consider and change, independently from their parents, the heritage they take from their childhood families. This article first places attachment in a developmental framework and then focuses on the process of change for those adolescents who require professional intervention to make the transition from a distorted childhood to an adaptive adulthood.

EL APEGO COMO CONSTRUCTO EVOLUTIVO: UN MODELO DE MADURACIÓN DINÁMICA

La adolescencia es un periodo de cambios significativos en las relaciones de apego. Estos cambios permiten a los niños con un buen apego convertirse en futuras figuras de apego para su pareja e hijos y vivir seguros en un mundo caracterizado tanto por la seguridad como por el peligro. Además, la adolescencia culmina un proceso de desarrollo en el cual la interacción con los padres ha modelado la mente y el comportamiento de los hijos de manera que puedan llegar a estar preparados o no para la vida fuera de sus familias de origen. Cuando los miembros de una familia han estado expuestos al peligro, particularmente peligros recurrentes o ambiguos, puede que los hijos hayan aprendido estrategias interpersonales sesgadas que harán la vida fuera de sus familias de origen, en particular el matrimonio y la educación de los hijos, más difícil. Por otro lado, la maduración neurológica que ocurre durante la adolescencia crea la primera oportunidad para los individuos de considerar y cambiar, independientemente de sus padres, la herencia de su infancia familiar.

Con anterioridad a la adolescencia, el apego se refiere únicamente a las estrategias de autoprotección utilizadas por los niños, especialmente con sus padres, cuando se sienten amenazados o incómodos. Después de la pubertad, el apego también incluye las relaciones sexuales y las estrategias dirigidas a los iguales. Sin embargo, todas las relaciones de apego se pueden describir en términos de patrones de (a) relación, (b) procesamiento de información, y (c) estrategias de autoprotección. Las tres perspectivas tienen en cuenta cómo los cambios físicos y mentales asociados con la adolescencia afectan a las relaciones de apego. Posteriormente estas nociones se aplican al tratamiento psicológico de los adolescentes que tienen dificultades para controlar esta transición.

Las relaciones de apego son el resultado de una interacción entre los procesos innatos de base genética y la experiencia. Ya que ambos cambian con el tiempo, los patrones de apego también cambian. Es decir, las relaciones que establecen las personas adultas son más complejas que las de los niños, los patrones de procesamiento de información utilizados por los adultos son más complejos que los de los niños, y las estrategias de autoprotección de los adultos son más complejas que las de los niños.

La adolescencia, en particular la adolescencia tardía que se extiende hasta bien entrados los veinte, es el periodo final² en el cual la maduración física y cerebral afecta los patrones de apego. Durante el período de los 15 a los 25 años, el aprendizaje anterior sobre las relaciones se integra con las nuevas competencias físicas y mentales para producir los patrones adultos de autoprotección y reproducción. Las nuevas competencias incluyen el pensamiento abstracto, la activación sexual y el comportamiento de reproducción. Los procesos de integración y su significado para la adaptación humana son el centro de esta discusión.

PATRONES DE RELACIÓN

A partir del nacimiento, los humanos se dirigen a otros humanos que les pueden proteger y ofrecer bienestar. Alrededor de los 9 meses de edad la mayoría de los niños ya han identificado uno o dos cuidadores específicos, normalmente sus padres, a los cuales acuden cuando se sienten amenazados o incómodos (Bowlby, 1969/1982). Estas personas son sus figuras de apego y tienen la función de proteger el niño del peligro y calmar su ansiedad. Mediante la interacción con sus figuras de apego, los niños, a medida que van creciendo, aprenden lentamente a controlar por sí mismos los aspectos de estas funciones. Sin embargo, el límite entre la competencia personal y la dependencia interpersonal va cambiando constantemente, de manera que a lo largo de la vida se necesitan figuras de apego protectoras. En otras palabras, las figuras de apego funcionan en nuestra siempre zona cambiante de desarrollo proximal (Crittenden, 1995).

Durante la infancia, la relación entre la persona apegada y la figura de apego es no-simétrica y no-recíproca. Es decir, los niños y los padres tienen un poder muy

diferente: los niños no cuidan a sus padres. Los niños exploran el mundo lejos de sus figuras de apego cuando se sienten seguros y vuelven a ellas cuando se sienten amenazados o incómodos. En la etapa preescolar, los niños empiezan a desafiar el *status* de sus padres, y en los años escolares, buscan figuras de apego alternativas que tienen un *status* similar al suyo. Estos son los “amiguitos”, con los cuales exploran el mundo físico y social y a los cuales piden protección y consuelo en las situaciones que conllevan sólo una amenaza leve o moderada. La exploración se desarrolla igualmente en el grupo de afiliación paritaria del niño pero, bajo una amenaza fuerte, los niños todavía corren a los brazos de los padres en busca de protección y bienestar, lo cual genera una complejidad entre las relaciones. El éxito en el manejo de múltiples tipos de relación que desempeñan funciones sobrepuestas resulta un buen predictor del éxito en las relaciones románticas en la adolescencia (Collins & Sroufe, 1999). La relación con los amiguitos es simétrica, pero no-recíproca, es decir, cada niño busca el cuidado del otro, pero ninguno se considera cuidador del otro.

Durante la adolescencia, la relación con los amigos se transforma siguiendo tres direcciones. Primero, durante la adolescencia media y tardía, el mejor amigo llega a ser alguien del sexo opuesto, un compañero sentimental, con el cual los adolescentes experimentan el deseo sexual (Savin-Williams & Berndt, 1990). El deseo sexual, con su finalidad reproductora, es el núcleo distintivo de la adolescencia, en particular la adolescencia tardía. Crea nuevas formas de experimentación de la intimidad y expresión del afecto y ofrece nuevos incentivos para mantener las relaciones a través de los períodos de estrés. Además, el deseo sexual ofrece nuevas formas de conseguir el bienestar y reducir la excitación. Cada vez que converjan en una sola forma de expresión distintas motivaciones, la sexual será la preferida. Tratándose además el sexual de un acto tan altamente motivado y, en su nivel más básico, ampliamente reflejo, casi no necesita habilidades sociales, habilidades verbales o reciprocidad interpersonal para consumarse. La actividad sexual, en otras palabras, está tan sobredeterminada que casi todo el mundo se verá implicado en ella. Su adecuado manejo, capaz de suscitar la intimidad y la protección de la progenie futura, es una cuestión primordial en la adolescencia.

Segundo, las relaciones románticas desempeñan a su vez varias funciones. En las sociedades modernas que han superado ampliamente los problemas de supervivencia, las relaciones románticas son las precursoras de las relaciones matrimoniales. Se espera que ambas cumplan una serie de funciones psicológicas, emocionales y sociales además de las funciones esenciales de supervivencia y reproducción. Hoy en día la elección de la pareja y el control de la relación ejerce mucha más presión que en las sociedades tradicionales con matrimonios arreglados en los cuales la protección y la reproducción eran las únicas funciones y en las que casi nunca se tenía en cuenta el amor.

Tercero, las relaciones románticas de los adolescentes se vuelven progresiva-

mente más recíprocas a medida que cada parte reconoce su importancia para la otra y acepta la responsabilidad de cuidar de la otra (Burhmaster, 1996; Windle, 1994). En una relación adulta de apego, cada individuo es tanto la persona vinculada como la figura de apego para la pareja. Además, la exploración alejada de la figura de apego que tipificó la infancia y niñez se convierte en una exploración de intereses compartidos con la pareja de apego. Cuando ocurren estos cambios, los jóvenes adultos completan la transferencia de la primera relación de apego de sus padres a su pareja, normalmente el cónyuge.

Durante la adolescencia, los adolescentes aprenden a seleccionar una pareja con la que sentirse seguros, a gusto y subir a sus propios hijos. Evidentemente, la selección de la pareja no es tarea fácil: la mitad de los adultos deciden que han seleccionado la persona incorrecta (Bumpass & Raley, 1995), en realidad un auténtico desastre de persona, y se divorcian de ella – a un coste físico, emocional y social sustancial para todos. Aprender a manejar las relaciones simétricas y recíprocas es una tarea esencial, tanto en el nivel individual como para la sociedad en general. La culminación del proceso de integración que provoca este resultado ocurre normalmente durante la adolescencia tardía. Esta transición incrementa la autoestima, la autoeficacia y el reconocimiento social de la mayoría de los que se encuentran en el final de la adolescencia, (Schulenberg, O'Maley, Bachman & Johnston, 2000). Para otros, sin embargo, el proceso pone de manifiesto su falta de preparación para hacer frente al cambio. Los problemas pueden aparecer si la transición hacia los iguales como figura de apego ocurre demasiado pronto, demasiado abruptamente, con una pareja inadecuada o de forma incompleta. Es digno de notar que este desenlace fundamental de la adolescencia, la selección de una pareja para toda la vida, es considerada por parte de los adolescentes, como una tarea muy poco relevante por el momento (Arnett, 2001), a la vez que muy valorada como base para la futura felicidad, (Arnett, 2000).

PATRONES DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

¿Porqué tanta gente escoge una pareja que piensa que será mejor que ninguna otra, quizás incluso perfecta, sólo para divorciarse de ella más tarde, llegando a pensar que esta persona está entre las peores posibles parejas? ¿Cómo nos podemos engañar tanto? La respuesta se encuentra, en parte, en cómo hemos aprendido a transformar la estimulación sensorial en información significativa con la cual organizar nuestro comportamiento.

El proceso empieza al nacer y continúa a lo largo de la vida, pero durante la adolescencia se dan pasos muy importantes. Un bebé sólo percibe una parte de la estimulación sensorial disponible; la más destacada es la que se refiere a su estado físico y el efecto de las acciones de los otros sobre este estado. Esta estimulación sensorial se transforma en información sobre la naturaleza de las cosas. Los bebés hacen transformaciones muy directas, es decir, consideran la información en su

valor aparente y la tratan como información verdadera. Con la experiencia, sin embargo, los niños aprenden que alguna información carece de significado o tal vez es peligrosa. Algunos aprenden que las emociones negativas, por ejemplo llorar, provoca que los padres se enfaden. Estos niños aprenden a inhibir el llanto, es decir, aprenden a omitir las emociones negativas de la organización de su comportamiento. Esto crea ciertos riesgos porque las emociones, en particular las emociones negativas, sirven para motivar el comportamiento autoprotector. Los individuos que omiten las emociones negativas del procesamiento pueden fallar en la identificación de ocasiones en las cuales deberían autoprotgerse.

Otros niños aprenden que no se pueden predecir los resultados de su comportamiento, que sus padres responden de maneras diferentes al mismo comportamiento de un día para otro. Estos niños aprenden a omitir la información temporal/causal de su proceso mental. Si el niño no puede identificar las secuencias causales que conducen al peligro no aprenderá a cambiar estas secuencias. Además, puede llegar a establecer asociaciones que son falsas. Este aprendizaje supersticioso se basa en la información *errónea*. Al final de la infancia, se pueden producir tres transformaciones. Considerar que la estimulación sensorial puede ser procesada como realmente predictiva, que puede ser eliminada del procesamiento como si no tuviera ningún significado (cuando sí que lo tiene), o bien ser incluida erróneamente en el procesamiento como si tuviera significado (cuando no lo tiene).

En los años preescolares, los niños aprenden a simular las emociones positivas (ya que esto agrada a algunos adultos), mientras que otros aprenden a exagerar las emociones negativas (ya que provoca que algunos adultos les presten atención y respondan). En otras palabras, han generado dos nuevas transformaciones de la información: las emociones simuladas y las alteradas. Durante los años escolares, los niños aprenden a engañar a los otros con respecto a sus intenciones, especialmente si tienen intención de hacerles alguna trastada. Esto es una cognición falsa, una presentación falsa con respecto al orden temporal/causal de los hechos. Estas, creo, son las cinco posibles transformaciones de la información. Sólo a través de la integración cortical se pueden identificar y corregir los errores de las atribuciones distorsionadas.

Los adolescentes deben aprender tanto a usar e integrar las cinco transformaciones como a identificar el uso que hacen de ellas los demás. Esto nos vuelve a llevar a la cuestión de la elección de la pareja. ¿Cómo se puede predecir, al principio de una relación, cómo será la persona después de un tiempo? El problema es de predicción. ¿A qué información se tiene que prestar más atención y qué significa? La respuesta es compleja porque no todo es como parece ser, especialmente entre los adolescentes.

Los adolescentes pasan gran parte de su tiempo intentando presentarse de forma atractiva, en particular para los compañeros del sexo opuesto. ¿Cómo se puede decir si la apariencia es sincera, distorsionada o incluso falsa? Se necesitan

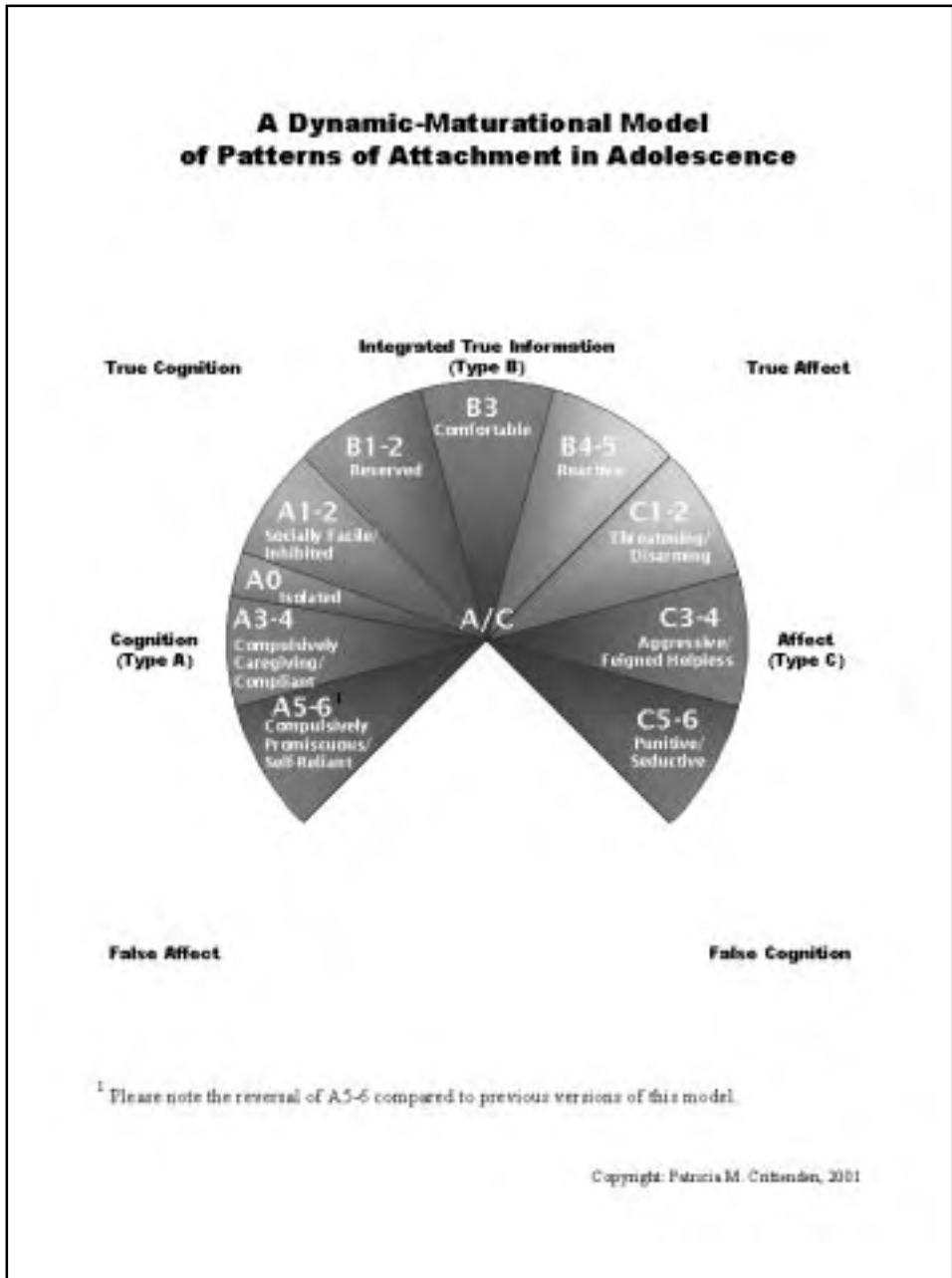
dos habilidades, que ya deberían haberse desarrollado desde la infancia. Primero, la propia perspectiva debe ser descentrada. Es decir, durante la adolescencia, los individuos deberían ser capaces de adquirir información acerca de las demás personas sin referencias exclusivas a ellos mismos. Segundo, los individuos deberían comprender que las apariencias pueden ser engañosas. La información importante puede omitirse (por ejemplo, el empollón puede esconder sus intereses intelectuales con el fin de impresionar a sus amigos deportistas o, en otro caso, un chico irritable puede esconder su resentimiento con las mujeres con el fin de atraer una chica *sexy*). Se puede distorsionar otra información, por ejemplo, una chica puede aparentar ser dulce y atenta cuando realmente se siente frustrada y aburrida con el chico. La información errónea incluye algunas emociones personales que no están en absoluto relacionadas, pero que se cree que gozan de gran poder predictivo (en base a la creencia errónea de que las propias emociones o intuiciones no pueden equivocarse). La información falsa, por otro lado, es muy engañosa. Los adolescentes necesitan diferenciar las apariencias superficiales de la realidad que normalmente es más compleja. La hipocresía se convierte en un pecado durante la adolescencia cuando discernir la realidad es algo tan difícil y a la vez tan importante para la seguridad, el bienestar futuro, y el éxito en la reproducción. Resumiendo, los niños utilizan todas las transformaciones de la información, pero sólo los adolescentes con su habilidad para pensar de forma abstracta tienen el potencial para identificarlas de forma explícita. Sólo ellos son capaces de usar este conocimiento con el fin de pensar acerca de las diferencias entre las apariencias y la realidad y protegerse tanto de sus propias distorsiones como de las de los demás. Cuando la experiencia del pasado o las condiciones actuales interfieren en este proceso, puede ser necesaria la ayuda.

Las estrategias de autoprotección

La dirección central de mi trabajo sobre el apego ha estado encaminada a desarrollar un modelo de las estrategias que utilizan los individuos para organizar la conducta autoprotectora y reproductora (Crittenden, 1997). Este modelo es evolutivo y empieza con unas estrategias muy simples –que se basan sólo en la verdad y en la información omitida. Como función del desarrollo, las estrategias se elaboran con la inclusión de la información distorsionada, errónea y falsa, hasta que, al principio de la adolescencia, se dispone de una amplia serie de estrategias engañosas y no-engañosas. Se basa en las observaciones de los niños que hizo Ainsworth, que identificó tres grupos básicos de estrategias, denominados A, B y C (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Las estrategias de tipo A utilizan las predicciones temporales reales o distorsionadas, por ejemplo, las cogniciones reales o distorsionadas y a veces las emociones positivas falsas, pero omiten sistemáticamente las emociones negativas del procesamiento y conducta mentales. Las personas del tipo A parecen

emocionalmente inhibidas y bastante predecibles. En general, son individuos ligados a las reglas que consideran el mundo desde la perspectiva de las otras personas. Hay muchas formas del patrón del Tipo A.



Algunos son simplemente fríos y calculadores (A1-2, Figura 1), mientras que otros son cuidadores compulsivos que salvan o cuidan a los demás, especialmente aquellos que parecen débiles o necesitados (A3). Otros son compulsivamente dóciles u obedientes, especialmente con las personas irritables o amenazadoras (A4). Otros confían compulsivamente en sí mismos (A6). Normalmente esto sucede durante la adolescencia cuando el individuo se da cuenta de que no puede regular el comportamiento de cuidadores importantes, aunque peligrosos o no-protectores. Se alejan de las relaciones íntimas tan pronto como son capaces de cuidarse de sí mismos. Entre estos, algunos llegan a convertirse en promiscuos compulsivos (A5), también durante la adolescencia cuando las relaciones íntimas han sido traicioneras y los extraños parecen ofrecer la única esperanza de satisfacción sexual e intimidad. Los dos subpatrones más distorsionados (que sólo se desarrollan durante el inicio de la edad adulta) son la falsa idealización de las figuras de protección imaginarias (A7) y el *self* configurado externamente (A8). Este último se asocia normalmente con el abuso y la negligencia temprana continuada y extrema que ha dejado al individuo sin la capacidad de desarrollo de representación del *self*.

Las estrategias de Tipo C utilizan las emociones como la fuente principal de información y omiten la cognición, ya que las respuestas de los demás se demuestran impredecibles. Su uso de las emociones es coercitivo en el sentido que las emociones negativas mixtas se disocian, se exageran y se alternan con el fin de crear una estrategia poderosa para atraer la atención y luego manipular las emociones y respuestas de los demás. La alternancia se produce entre la presentación de un *self* fuerte, airado e invulnerable (C1,3,5, Figura 1) con la apariencia de otro temeroso, débil y vulnerable (C2,4,6). La demostración de ira provoca sumisión y sentimiento de culpa en los demás, mientras que el *self* vulnerable provoca simpatía y protección. Este patrón alternante, en su extremo (C5-6), normalmente aparece en las parejas violentas cuando la otra mitad escondida del patrón se olvida o perdona –hasta que se invierte la presentación. Llegado a este extremo, este patrón, también, se vuelve engañoso con las ilusiones de infinita venganza contra todo tipo de enemigos (una estrategia amenazadora, C7) o al contrario, la paranoia con respecto a los enemigos (C8). Estos dos últimos no se organizan hasta después del inicio de la edad adulta.

La estrategia del Tipo B incluye una integración equilibrada de la predicción temporal y cognitiva de las emociones. Durante la niñez, la información utilizada es real, pero, ya que los niños se ven expuestos a una serie de estrategias utilizadas por otros fuera de la familia, los niños del Tipo B tienen la oportunidad de aprender a reconocer y utilizar una gran variedad de estrategias distorsionadas. Si no se aprende a reconocer la distorsión y el engaño y no se tiene voluntad de utilizar estas estrategias en beneficio propio, una persona honesta se convertirá en el mejor de los casos en una persona ingenua y en el peor de ellos en la víctima potencial del engaño de otras personas.

Una de las nociones principales de este modelo es que la exposición al peligro,

particularmente el peligro inevitable e impredecible, y la falta de cuidados llevan al desarrollo de las transformaciones más distorsionadas y a las estrategias más complejas (Crittenden, 1999). Éstas se organizan sólo al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta. Después de la pubertad, el logro de la satisfacción sexual y el éxito de la reproducción se integran con la función protectora del apego. Esto significa que las estrategias altamente distorsionadas incluirán normalmente alguna forma de disfunción sexual.

Por otro lado, al final de la adolescencia, los individuos amenazados ya pueden pensar productivamente acerca de su propia experiencia y la forma en que ésta ha afectado su comportamiento. También son capaces de considerar la posibilidad de otras situaciones de la vida en las cuales la seguridad y el bienestar son posibles y se pueden predecir. El reto consiste en reestructurar su vida adulta, particularmente su elección de pareja y la forma de educar a los hijos, de manera que ellos y su futura familia puedan sentirse seguros. Los adolescentes cuya infancia fue segura se enfrentan al reto contrario: desarrollar un conjunto de estrategias que les permitan vivir con un cierto grado de seguridad en un mundo en el cual existe el peligro, la traición y el sufrimiento. Esto, también, se basa en las competencias que aparecen al principio en la adolescencia.

INTEGRACIÓN

La tarea central de la adolescencia es la integración: la integración física, emocional e intelectual (Masten & Coastworth, 1998). Físicamente, la integración necesita que equilibremos la fuerza con la dulzura y el comportamiento sexual con el pudor. Emocionalmente, la integración requiere que equilibremos las motivaciones de nuestras emociones, incluyendo las nuevas emociones del deseo sexual, con otras emociones, así como nuestra comprensión de las emociones de los demás,

Y con nuestra comprensión intelectual de las situaciones. Sin este equilibrio, dependemos de la suerte en la elección de nuestro comportamiento e incluso de nuestra pareja. La integración mental requiere la habilidad de pensar conscientemente y abstractamente acerca de las razones de nuestro propio comportamiento así como del comportamiento de los demás. Nos permite discernir tanto el autoengaño como el engaño de los demás. Sin la integración ni estamos lo suficientemente preparados para regular nuestro propio comportamiento ni estamos preparados para hacer la transición de las figuras de apego paternas a la selección de la pareja como figura de apego. La imposibilidad de cumplir estas formas de integración interfiere con nuestra habilidad para mantener un matrimonio y educar y proteger a nuestros hijos.

Integración frente a fragmentación.

Si nuestro proceso de información y nuestras propias estrategias están distorsionadas, es posible que atraigamos y seleccionemos a una pareja inadecuada.

De forma parecida, si no somos conscientes de la capacidad de distorsionar de los demás, fácilmente podemos ser víctimas de su engaño. En cualquier caso, ponemos en peligro nuestra propia seguridad y bienestar y los de nuestra pareja e hijos. Incluso peor, si no podemos controlar una relación adulta que nos ofrezca tanto protección como bienestar así, como la reproducción y la satisfacción sexual, podemos llegar a fragmentar estas funciones al tratar de buscar su satisfacción en diferentes relaciones. Muchas veces esto requiere el uso de estrategias incompatibles en las cuales la satisfacción de una necesidad entra en conflicto directo con la satisfacción de otra. Por ejemplo, buscar la protección y el bienestar en la propia pareja mientras que se busca la satisfacción sexual en otro lugar puede destruir el matrimonio. De forma alternativa, ofrecer la protección y el bienestar a alguien que no sea la propia pareja (e hijos) puede negar a la pareja su rol principal y su bienestar asociado.

La fragmentación de las funciones normalmente debilita las relaciones. Además, separar la protección del bienestar y la satisfacción sexual genera el riesgo de que aparezca el peligro mientras buscamos el bienestar o el sexo. De forma similar, separar la reproducción de la satisfacción sexual crea el riesgo de que sólo se consiga la satisfacción sexual y falle la reproducción. Estos fallos, que muy a menudo se perciben por primera vez cuando se rompen las relaciones amorosas en la adolescencia, pueden provocar la fuerza del cambio. Este cambio puede llevar a reorganizar las relaciones de la infancia, los patrones de atribución de significado a la información y las estrategias de consecución del bienestar, seguridad, reproducción y satisfacción sexual.

Integración y discrepancia.

Incluso en las circunstancias más afortunadas de los adolescentes del Tipo B, la discrepancia es la clave de la integración. Hay varias formas a través de las cuales un adolescente que ha crecido en la seguridad y bienestar puede darse cuenta de la variedad de peligros y distorsiones inherentes de la vida. Uno es exponerse directamente a los hechos desfavorables. Normalmente experimentar el engaño o el dolor provoca la reconsideración del *self* y la de los demás. Otras veces el desencadenante es la comparación de su propia experiencia feliz con las circunstancias más difíciles de los demás. Algunas veces ni siquiera se conoce personalmente a estas personas: viven en zonas desfavorables de la ciudad, salen en las noticias, en los libros. Al carecer de experiencia personal, constituye, por desgracia, una base limitada con la que entender la complejidad de la vida, y frecuentemente, lleva al idealismo ingenuo, a “salvar la tierra”, a “salvar a los pobres”, a la buena fe del corazón sensible. Haber experimentado el sufrimiento ayuda, al menos un poquito. Si los adolescentes experimentan los problemas de primera mano, percibirán directamente una parte de la complejidad de la vida. Sin el reconocimiento de la complejidad, no puede darse la integración equilibrada. El proceso de integración

depende del reconocimiento de la discrepancia, y, a la vez, la experiencia de las expectativas no cumplidas y las emociones negativas inesperadas provocan esta discrepancia.

A pesar de que la elección de una persona adecuada con la cual establecer una relación es una tarea difícil e informativa que puede promover la integración, es todavía más fácil que mantener la relación a lo largo del tiempo y enfrentarse a los problemas que seguro que surgirán. Durante las primeras relaciones amorosas, los adolescentes practican la aplicación de sus propias estrategias para los problemas de relaciones con el fin de provocar la satisfacción mutua y aprenden a trabajar con las estrategias de la pareja para mantener las relaciones.

Integración de múltiples relaciones.

La tarea, sin embargo, es mucho más compleja que simplemente controlar una relación amorosa. Adolescentes y adultos deben manejar también a la vez una serie de relaciones de apego y afiliativas, que van cambiando a lo largo del tiempo, lo cual plantea una gran complejidad. Con nuestros padres, debemos transformar lentamente la relación asimétrica y no-recíproca de la infancia hacia una mayor simetría y reciprocidad. Con nuestra pareja, necesitamos tanto simetría como reciprocidad. Si no podemos cuidar de nuestra pareja ni que ésta nos cuide, la relación no podrá proporcionar la máxima protección y bienestar y puede fracasar y disolverse ante una seria amenaza, lo cual nos perjudicará tanto a nosotros como a nuestra progenie. En nuestras relaciones con los hijos, debemos aceptar el rol de cuidadores en una relación asimétrica y no-recíproca que también irá cambiando a medida que nuestros hijos vayan creciendo. Finalmente, las relaciones afiliativas se superponen a algunas de las funciones de las relaciones de apego, incluyendo la exploración y el bienestar; esto reduce la presión sobre la pareja de ser todo para el otro. Por otro lado, cuando se superponen a funciones esenciales de la relación de pareja, específicamente la satisfacción sexual y la protección de la progenie, las relaciones afiliativas amenazan la relación de pareja. El manejo del conjunto de relaciones es muy complejo y desafiante. E incluso el control de esta complejidad es esencial para nuestra supervivencia y felicidad, y la de nuestros hijos.

Sólo el proceso de la integración mental continua puede capacitar a los humanos para conseguir el comportamiento suficientemente diferenciado para adaptarse a la amplia gama de situaciones que presenta la vida. Para algunos individuos, especialmente aquellos que se desarrollan en un entorno familiar seguro y confortable, el proceso de integración mental se genera con naturalidad a medida que la maduración y el cambio en los contextos generan la posibilidad de nuevos pensamientos y emociones, así como su integración. Para otros, el proceso de integración es más escurridizo. Particularmente si el individuo ha estado expuesto a formas de peligro *ambiguas* y periódicas y a la ausencia de cuidado, puede necesitar ayuda externa antes de que pueda lograr la capacidad de integrar y aplicarla

a los problemas cotidianos. En este caso, puede llegar a hacerse necesario un tratamiento terapéutico.

Tratamiento

La psicoterapia puede estimular el potencial de los adolescentes con problemas para reorganizar sus estrategias existentes a fin de vivir con mayor seguridad y bienestar durante su edad adulta. Para comprender este proceso de consecución, se necesita una teoría de adaptación humana y una conceptualización de su relación con el tratamiento. Se pueden derivar un conjunto de modalidades y técnicas para el tratamiento. En la sección anterior se ha presentado la teoría dinámica madurativa de la adaptación humana a tres niveles de funcionamiento:

1. El nivel de relación, en términos de relaciones de apego múltiples que varían en simetría y reciprocidad;
2. El nivel mental, en términos de cinco transformaciones de la estimulación sensorial en significados que nos disponen a actuar de cierta forma;
3. El nivel estratégico, en términos de estrategia del Tipo A, B y C que combinan, con varios patrones, las disposiciones a actuar que se experimentan en diferentes relaciones.

En las siguientes secciones el modelo *dinámico-madurativo* de apego se aplica a la conceptualización del tratamiento en términos de (a) definir el tratamiento y sus objetivos y (b) perfilar un conjunto de principios sobre los que fundamentar las modalidades de tratamiento y las técnicas. El tema final, las mismas modalidades y técnicas, exceden los límites de este artículo. Se espera la explicación en un futuro (para una discusión referente a los niños, ver Crittenden, Landini & Claussen, 2001).

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO EN EL MARCO DEL MODELO DINÁMICO-MADURATIVO?

¿Cuál es el objeto del tratamiento en psicoterapia? Una de las ventajas del modelo *dinámico-madurativo* de la adaptación es que se centra en tres niveles distintos del funcionamiento humano, y que cualquiera y todos pueden ser el foco del tratamiento. Se pueden tratar las distorsiones del pensamiento y de las emociones que presenta la conducta inadaptada de los adolescentes en una o más situaciones, incluyendo la familia, la escuela, las relaciones con las amistades y el estado mental subjetivo. De forma alternativa, el foco puede ser una o más de una de las relaciones distorsionadas. Finalmente, nos podemos centrar en las estrategias que en ciertas ocasiones de peligro sirven de gran ayuda a los adolescentes, mientras que obstruyen o dificultan su progreso de desarrollo en otras. Estos tres niveles están, naturalmente, conectados, casi hasta el punto de ser tres caras de un mismo objeto. Es decir, las distorsiones del proceso de información subyacen al intento estratégico del individuo de enfrentarse al peligro físico o psicológico o a la falta de cuidado, normalmente dentro de la familia. Los resultados son (1) un comporta-

miento que está (o estaba) adaptado al contexto familiar, pero que ahora no encaja y no se adapta a ninguna otra situación y (2) las emociones negativas que se inhiben o exageran de forma manipuladora o ambas cosas a la vez. Organizadas como estrategias, tienen la función de ofrecer autoprotección, aunque de forma equivocada o ansiógena, en el ambiente familiar, pero conducen a la inadaptación cuando se aplican fuera de la familia. Cuando estos adolescentes están solos, con los compañeros o en la escuela su conducta resulta disfuncional. Incluso en sus familias, algún comportamiento tolerado con anterioridad puede volverse intolerable.

Así pues, es necesario aplicar la corrección de la distorsión tanto a los adolescentes como a los ambientes en los cuales funciona. Pero las familias con adolescentes gravemente perturbados generalmente ya lo están desde hace tiempo y puede que no quieran o puedan cambiar. Para el terapeuta es difícil acceder o cambiar el ambiente extra-familiar (pero ver Call & Mortimer, 2001), resultando sólo los adolescentes, si deciden participar en la terapia, totalmente accesibles para el terapeuta. Por otro lado, los adolescentes seleccionan algunos aspectos de su ambiente, por ejemplo el grupo de compañeros, de los mejores amigos y la pareja romántica; estos también pueden cambiar. Y lo que es más importante, el ambiente familiar cambiará pronto. Proteger la oportunidad de los adolescentes de mejorar sus vidas adultas puede depender de permitirles escoger, particularmente la pareja, sin repetir (ni invertir con la distorsión opuesta) los patrones aprendidos de sus familias de origen. Al contrario, el éxito de la psicoterapia debería reducir los problemas inmediatos de la adolescencia, especialmente las interacciones con la familia, los compañeros y la escuela, así como preparar a los adolescentes para tomar decisiones que les ayuden a crecer en el futuro.

Principios sobre los que estructurar un tratamiento basado en el apego durante la transición a la edad adulta.

Se discutirán cuatro tipos de principios: los pertenecientes a todas las edades, los específicos de los adolescentes, los concernientes al rol del terapeuta y los ligados a la evaluación.

1. Perspectivas pertenecientes a todos los períodos del desarrollo:

Enfoque estratégico.

Es importante plantearse un enfoque basado en las estrategias para comprender el comportamiento. Es decir, más que asumir que la mente perturbada del adolescente no ha funcionado bien, se hace la conjetura opuesta: se asume que los adolescentes perturbados han encontrado formas de minimizar los problemas que les han amenazado en el pasado. El enfoque en las estrategias asume que la mayoría de los comportamientos que en la actualidad parecen inadaptados han tenido una función autoprotectora en el pasado. Además, incluso ahora podrían funcionar, al

menos bajo ciertas circunstancias. Por otro lado, también se da por entendido que algún aprendizaje del pasado puede ser erróneo, es decir, que algún aprendizaje claramente inadaptado puede haberse producido junto con el aprendizaje autoprotector. Por ejemplo, un comportamiento supersticioso que puede ser tan inofensivo como altamente inadaptado. Identificar las circunstancias pasadas y presentes que provocan el comportamiento problemático, diferenciando el comportamiento adaptado bajo algunas condiciones del comportamiento constantemente inadaptado y descubrir cómo el comportamiento de un adolescente afecta las demás personas es decisivo para el éxito del cambio.

Seguridad y bienestar.

La consecución de la seguridad y el bienestar son motivaciones esenciales del comportamiento a lo largo de la vida. La exposición al peligro y a la falta de cuidado lleva a los patrones más distorsionados de la conducta interpersonal, las consideradas psicopatológicas. Además, ya que la seguridad y el bienestar están ligados a las relaciones humanas tanto como fuente y resolución de problemas, el enfoque del tratamiento *dinámico-madurativo* sugiere que la identificación del origen de la amenaza y el malestar es muy importante, así como encontrar las estrategias para reducir la amenaza y conseguir el bienestar (Simmons & Blyth, 1987). Esto se puede llevar a cabo mejor en el contexto de las relaciones con el objetivo de cambiar la contribución de los individuos a las relaciones así como la adaptación de los procesos interpersonales. Es decir, tanto la disfunción como la resolución de la disfunción están ligadas a las relaciones.

Patrones funcionales de comportamiento.

Comprender la relación entre el pasado y el presente y discernir el significado estratégico del comportamiento no es una tarea fácil. La perspectiva ofrecida aquí se basa en tres suposiciones. Primero, nunca podemos saber exactamente qué es lo que sucedió en el pasado. Al contrario, sólo podemos saber lo que diferentes personas nos dicen ahora, dado el conocimiento de cómo las cosas han resultado finalmente. Segundo, incluso sabiendo que han ocurrido, los hechos históricos no determinan por sí solos la estrategia. Diferentes personas, incluso los hermanos, responden a las mismas circunstancias de manera distinta. En consecuencia, tener información acerca del pasado ayuda, pero no es suficiente para comprender el comportamiento actual. Tercero, la misma estrategia puede funcionar de maneras diferentes. Es decir, no hay ningún comportamiento específico que nos proporcione la información cierta acerca de la estrategia autoprotectora de un individuo. Estas nociones reflejan las premisas básicas de la teoría de los sistemas. Su aplicación a la conceptualización de la disfunción interpersonal nos lleva a diagnósticos muy diferentes cuando se comparan con los métodos de diagnóstico basados en los síntomas, tales como el DSM-IV o el ICD-10. Es decir, el enfoque funcional que se

ofrece aquí supone que un diagnóstico basado en síntomas (por ejemplo: depresión, trastornos alimentarios, etc.) no tiene implicaciones directas para el tratamiento. Al contrario, el terapeuta necesita un conocimiento específico de la persona, de la función estratégica del síntoma y de los patrones de conducta interpersonal utilizados por el individuo.

Relaciones y modelos de la conducta interpersonal.

El moldeamiento secuencial del comportamiento entre las personas ofrece la única información fiable acerca de las estrategias del individuo. En otras palabras, sólo cuando una secuencia funcional se repite podemos inferir las atribuciones de significado hechas por cada persona y la intención de su comportamiento con respecto al otro. Esto hace que comprender el comportamiento de una persona sea muy complejo. Por otro lado, cuantas más veces se repita y menor variación se produzca en el modelo, con tanta mayor facilidad y seguridad podremos identificar la estrategia. Respecto a las personas con menos problemas, los sujetos que siguen una psicoterapia presentan como característica la repetición de secuencias interpersonales con una regularidad y frecuencia inusual. Esto incrementa la probabilidad de identificar correctamente sus estrategias. Pero esta misma estabilidad es también un problema. Cuando los individuos se sienten incapaces de modificar su estrategia ante condiciones cambiantes se produce tanto una inadaptación como, en el fondo, la constituye. Uno de los objetivos de la psicoterapia es ayudar a poner en marcha, en quienes no lo han desarrollado por sí mismos, un proceso de reorganización del *self* para toda la vida a fin de adecuarse a las circunstancias siempre cambiantes de la vida. Los terapeutas necesitan información con respecto no sólo a las estrategias de los adolescentes, sino también a los modelos de funcionamiento parental y de pareja que han extraído de su experiencia con sus familias durante la infancia.

Información para predecir el futuro.

Las estrategias utilizan información del pasado para hacer predicciones sobre el futuro con el propósito de organizar el comportamiento autoprotector y reproductor. El modelo *dinámico-madurativo* considera que el cerebro desarrollado y la mente en desarrollo tienen la función de hacer hipótesis con respecto al futuro y organizar el comportamiento capaz de promover seguridad, bienestar y éxito en la reproducción. Es decir, la única información que tenemos es la información del pasado mientras que la única que necesitamos es la información sobre el futuro. El cerebro tiene la función de recoger la información y la mente funciona para darle un significado. Cuando los significados se encuentran demasiado próximos o ligados al pasado, a las circunstancias bajo las cuales se obtuvo la información, el comportamiento en el presente o en el futuro puede resultar inadaptado.

Durante la transición de la infancia (con su demanda de protección) a la edad

adulta (con su exigencia de protección de los demás) la conexión entre el pasado y el futuro puede resultar errática. Cuando el desarrollo previo ha generado procesos mentales flexibles, una experiencia distinta fomentará un proceso mental diferente. Cuando el adulto en ciernes actúe en base a los modelos de la infancia, experimentará la discrepancia, lo cual estimulará la integración. Por ejemplo, cuando un recién casado se sienta amenazado correrá a los brazos de sus padres sólo con el fin de recibir un trato más cálido, aunque se le haya dicho que lo hable con su pareja. Poco a poco, descubrirá que el alivio se encuentra en su pareja y aprenderá a proteger esta fuente. En este proceso, los modelos de la infancia se reorganizan para producir nuevos modelos adultos de autoprotección y de protección de los demás, en nuevas relaciones que se estructuran recíprocamente.

Es menos probable que los adolescentes que se han visto sometidos a amenazas sean conscientes de la discrepancia y flexibilidad de las organizaciones. Necesitan una transición del pasado al presente y al futuro más flexible y menos rígida. Cuando los individuos se han sentido amenazados durante la infancia de maneras que no afectan o no tienen porqué afectar la edad adulta³, resulta más probable una mala transición del pasado al presente y al futuro. Los terapeutas pueden ayudar a los adolescentes a darse cuenta y a analizar la desincronización que puede utilizarse para organizar los modelos de conducta nuevos y potencialmente más adaptados. La cuestión es saber qué transferir a la edad adulta y qué dejar firmemente anclado en el pasado.

El problema principal de la disfunción psicológica es la ausencia del proceso de reorganización continuo y no la estrategia o el comportamiento específico utilizado. Es decir, la perspectiva dinámica evolutiva se centra más en la disfunción que en el *trastorno*. Ya que la función siempre implica un contexto, normalmente un contexto interpersonal, la disfunción mental se convierte en un concepto relativo, ligado a las circunstancias de la vida del individuo. Por otro lado, las circunstancias de la vida cambian. Los individuos más fuertes son aquellos que pueden adaptar más fácilmente sus estrategias a las nuevas circunstancias. Por eso, el objetivo de la psicoterapia no es librar al individuo de los pensamientos, emociones o comportamientos inadaptados, ni sustituir con estrategias “mejores” las inadaptadas. Al contrario, la psicoterapia debería dirigirse a establecer en el individuo un proceso con el que identificar las estrategias inadaptadas y transformarlas en un comportamiento estratégico más exitoso de manera recurrente y continuada. Este proceso de funcionamiento reflexivo (Fonagy, Steele, Steele & Target, 1997) es viable al final de la adolescencia.

Procesamiento fragmentado y fusionado, relaciones fragmentadas y fusionadas.

Cuando la información no se integra, el comportamiento se regula sólo con parte de lo que se conoce. Por el contrario, cuando la información se fusiona, las secuencias de hechos o los estados emocionales se confunden, pudiéndonos llevar,

a través del tiempo, a un conjunto cada vez mayor de repeticiones compulsivas. Cuando el *arousal* mantiene mezcladas las emociones, se produce la ambigüedad a la vez que se oscurecen sus significados por separado. Tanto la fragmentación como la fusión pueden llevar a la conducta inconsistente, incongruente y/o inadaptada.

Cuando la fragmentación o fusión de la información se hace suficientemente grande o las habilidades para satisfacer las motivaciones son notablemente escasas, las funciones vitales básicas pueden distribuirse entre varias relaciones, cada una de las cuales probablemente sea incompleta, además de insatisfactoria. Esto debilita cada una de las relaciones y al asociar los problemas con diferentes personas, oscurece el problema de la fragmentación en el individuo. De las relaciones establecidas sobre la base de la información fusionada puede esperarse, a su vez, que satisfagan múltiples funciones no explicitadas. De nuevo, los individuos menos preparados se encuentran en los contextos interpersonales más complejos. La cuestión es poner a disposición del proceso de integración los componentes del pensamiento y de las emociones e identificar la función de cada relación. Es decir, deben descubrirse las motivaciones escondidas y distorsionadas antes de que puedan integrarse y aplicarse a clarificar y controlar las relaciones específicas.

Estrategias opuestas pueden necesitar tratamientos opuestos.

Un corolario de la teoría que se propone en este artículo es que las organizaciones de Tipo A y de Tipo C son opuestos psicológicos. Esto implica que las intervenciones que funcionan para corregir un tipo de distorsión pueden aumentar la distorsión opuesta. Todavía no hay datos que puedan probar esta proposición, pero es una proposición crucial ya que sugiere que la elección de técnicas de intervención inadecuadas pueden incrementar la psicopatología.

La importancia de esta conceptualización con respecto al diagnóstico basado en los síntomas puede demostrarse con unos cuantos ejemplos. Se han identificado dos tipos de suicidios en la adolescencia, los llevados a cabo por los adolescentes estudiosos, retraídos y solitarios que sienten que no se han igualado a los estándares de los demás y los llevados a cabo por los individuos que muestran tendencias al *acting-out* antisocial (Lehnert, Overholser & Spirito, 1994). Estos tipos corresponden a las estrategias A4 y C3,5 del modelo *dinámico-madurativo*. El reconocimiento de estas dos formas opuestas de moldeamiento estratégico puede ayudar a la detección precoz y la prevención del suicidio. De forma parecida, las chicas con anorexia pueden dividirse entre las que presentan una alta orientación al logro y poca conciencia del *self* y las que resisten pasivamente las intensas expectativas, controles y sobreprotección maternas (Pike & Rodin, 1991). De nuevo, esto puede reflejar los dos patrones de apego opuestos, corroborados, además, por datos derivados de la investigación sobre apego que corroboran esta distinción (Ringer, 2001). La cuestión crucial, sin embargo, es si se necesitan diferentes formas de tratamiento o prevención para los diferentes usos funcionales de un síntoma.

En otro artículo, mis colegas y yo, hemos descrito más profusamente esta perspectiva (Crittenden, Landini & Claussen, 2001). Aquí deseo solamente mencionar este trabajo y resaltar la importancia de centrar la psicoterapia en el objetivo de iniciar los procesos integradores que se pueden mantener a lo largo del ciclo vital.

2. Perspectivas ligadas específicamente a la adolescencia:

La adolescencia como un período de reorganización.

Todos los períodos de cambio de desarrollo y reorganización implican el trastorno de las organizaciones conductuales construidas durante períodos de desarrollo previos. Además, cuanto mayor sea el cambio, mayor será la interrupción y, de forma correspondiente, la oportunidad de cambio en la reorganización subsiguiente. Los cambios biológicos y contextuales durante la adolescencia son tan dramáticos que los patrones de conducta de la infancia simplemente no se pueden mantener sin cambiar el propio comportamiento o la respuesta de los demás a este comportamiento. Es decir, incluso los adolescentes que desarrollan una menor acomodación a la pubertad encontrarán que los demás les responderán de forma distinta. Como consecuencia, la función de sus estrategias infantiles deberá cambiar necesariamente. La adolescencia, especialmente en su etapa final, ofrece posiblemente el mayor potencial de cambio de todo el ciclo vital⁴.

La psicoterapia durante la adolescencia debería aprovechar este momento de desarrollo cuando el cambio está todavía en condiciones de empujar el proceso en una dirección de adaptación. También tiene la ventaja de utilizar las nuevas capacidades de los adolescentes, específicamente el razonamiento abstracto y el funcionamiento sexual, para conseguir este cambio mientras estas capacidades están madurando y antes de que se hayan incorporado al patrón de las distorsiones preexistentes. Finalmente, la terapia debe llevarse a cabo en el momento en que los adolescentes se aproximan a un cambio del entorno físico y psicosocial. Es decir, cuando los adolescentes se hallan próximos a marcharse de casa, con una pareja y un trabajo y ambiente social escogidos por ellos. El reto para los psicoterapeutas es reducir los problemas inmediatos que han llevado al adolescente a la terapia aunque lo más importante es preparar una base desde la que la transición a la edad adulta pueda hacerse de forma feliz. En otras palabras, la psicoterapia en la etapa final de la adolescencia tiene la ventaja combinada de moldear un proceso de desarrollo que se está reorganizando espontáneamente, dando un significado adaptativo a las nuevas capacidades que van emergiendo y produciéndose a media que aumenta el espacio vacío dejado entre los estrechos lazos de la familia de origen y los compromisos autodefinidos con la futura familia de reproducción. La terapia en este momento tiene un potencial mayor que durante otras edades para romper la transmisión de disfunciones intergeneracionales y crear la posibilidad de un futuro productivo, razonablemente seguro y confortable⁵.

Riesgo de disfunción y oportunidad de reorganización.

Dada la magnitud del cambio, no es sorprendente que la adolescencia venga marcada por un grado de disfunción más elevado, particularmente de depresión (Cicchetti & Toth, 1998), que el resto de períodos de la vida (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Aproximadamente un 20% de los adolescentes sufren trastornos diagnosticables, porcentaje más alto que el correspondiente a la infancia, aunque igual al de la edad adulta (Costello & Angold, 1995; Dilling, Weyerer & Castell, 1984; Öjesjö, Otterbeck & Rorsman, 1994; Kessler, 1994; Powers, Hauser & Kilner, 1989; Roberts, Atkinson & Rosenblatt, 1998; Rutter & Rutter, 1993; Schepank, 1987). Además, los adolescentes experimentan muchas otras formas de conductas inadaptadas. Esto incluye conductas de riesgo (U.S. *Department of Health and Human Services* [DHHS], 1997c)⁶, lesiones (U.S. DHHS, 1997a), trastornos alimentarios (Wilson, Hefferna & Black, 1996), suicidio (U.S. DHHS, 1997d), consumo de drogas (U.S. DHHS, 1997b), delincuencia (U.S. Departamento de Justicia, 1997), y conducta sexual (U.S. Centro para el Control de las Enfermedades, 1997), incluidos los embarazos precoces (Naciones Unidas, 1991). Esto sugiere un conjunto de formas de vulnerabilidad adicionales. Las estrategias existentes de auto-protección y bienestar se reorganizan, se construyen nuevas estrategias para la conducta sexual, y los dos tipos de estrategias necesitan integrarse de forma que permitan coexistir e intensificar mutuamente una variedad de relaciones de apego. Conseguir todo esto en un período que dura una década es todo un reto. No es sorprendente que muchos adolescentes fracasen por el camino y que otros lleguen a la edad adulta sin ser capaces de funcionar adecuadamente en uno o más roles de la edad adulta, por ejemplo, la autonomía personal, el matrimonio, la paternidad o el trabajo.

Reproducción y deseo sexual.

La madurez sexual cambia la identidad del niño a la del hombre o mujer y le empuja a buscar compañeros del sexo opuesto. Esto supone tanto una oportunidad como un riesgo. Para algunos adolescentes trastornados, el deseo de una relación sexual con un miembro del sexo opuesto ofrece una fuerte motivación para autoevaluarse, aprender nuevas habilidades y comenzar el proceso de reorganización adaptativa. Para otros, los mismos deseos les conducen a distorsiones de la sexualidad. Muchos confunden la satisfacción sexual con el bienestar y se lanzan a un sexo frecuente e inseguro con el fin de reducir la ansiedad crónica. Otros creen que ser sexualmente precoz o promiscuo les permite romper con el aislamiento de su infancia. Algunos obedecen las órdenes de los demás, según su estrategia infantil y, al mismo tiempo, experimentan el deseo sexual. Además, así como pueden confundirse la satisfacción sexual y el bienestar de forma que se busque el sexo cuando se está deseando el bienestar, el deseo sexual y la agresión pueden también confundirse, especialmente por parte de los varones. Un enfado intenso expresado

como un deseo sexual puede ser etiquetado de “amor” tanto por parte del agresor como por parte de la víctima. El enfado y la agresión pueden entremezclarse con el amor y el sexo. Por otro lado, ya que el hombre desea el sexo tan intensamente, algunas chicas pueden creer que pueden utilizar los favores sexuales de forma manipuladora, es decir, como una forma más directa de conseguir los objetivos personales. No sorprende, que estas dos distorsiones vayan a la par, arrastrando a las parejas a una relación amor/odio confusa que tiende a autoalimentarse. Finalmente, entre quienes no tienen acceso al sexo opuesto (por falta de disponibilidad, o por fracaso en los intentos de acercamiento, o bien porque no desean compañeros del sexo opuesto), el deseo y la actividad sexual pueden dirigirse en otras direcciones, hacia miembros del mismo sexo o hacia uno mismo.

La cuestión es que durante la adolescencia media el deseo sexual es un motivador tan grande del comportamiento y se sobrepone de tal manera a otros sistemas de conducta, que su expresión puede verse fácilmente asaltada por otras necesidades psicológicas apremiantes. Pocos adolescentes están preparados para reconocerlo o regularlo. No hace falta decir, que corren más riesgo de utilizar la sexualidad de manera distorsionada quienes experimentan una menor satisfacción en otras esferas de la vida. Desde la perspectiva de la evolución de potenciar la reproducción, el resultado será el nacimiento de la progenie. Además, la probabilidad de que los niños nazcan antes es mayor bajo estas circunstancias (Moffitt, Caspi, Belsky & Silva, 1992). Desde la perspectiva de la seguridad, se incurrirá en riesgos sustanciales tanto físicos como psicológicos. El acto sexual es peligroso, especialmente para los adolescentes. Encontrar un lugar seguro y un compañero seguro no siempre es fácil. Un peligro físico es el riesgo de ataque durante el contacto sexual; otro son las enfermedades de transmisión sexual.

Psicológicamente, existe el riesgo de confundir los estados emocionales y el riesgo de que la propia identidad se reduzca a ser lo que uno da o toma sexualmente. Ambas distorsiones impiden el desarrollo del *self* y reducen en gran medida el potencial del sexo de ofrecer placer, expresar afecto y fortalecer la relación. A largo plazo, la protección de la progenie se correlaciona negativamente con el embarazo precoz y, no es sorprendente, que el embarazo precoz se correlacione con cualquier otro aspecto característico de los adolescentes con problemas. El tratamiento debería evaluar como mínimo el funcionamiento sexual y su relación con otras áreas del funcionamiento. En este momento, sin embargo, tanto la teoría como la evaluación del funcionamiento sexual no están suficientemente desarrolladas.

3. El papel del terapeuta:

El principio básico de la psicoterapia basada en el apego es que el terapeuta funciona como una figura de apego de transición en la zona de desarrollo proximal del adolescente. Como tal, el terapeuta desempeña, o cumple parcialmente, las funciones tradicionales de las figuras de apego. Es decir, está dispuesto a ofrecer

protección y bienestar, específicamente respecto a los problemas de la zona de desarrollo proximal de los adolescentes. En consecuencia, el adolescente influye, explícita o implícitamente, tanto en el enfoque como en los medios de la terapia. Todo aquello que el adolescente controla de forma competente se deja en sus manos, mientras que todo cuanto se encuentra más allá del alcance del adolescente pasa a manos de un adulto protector. Es en la zona de desarrollo proximal del adolescente, es decir, el área de las competencias emergentes, donde la terapia debería tener lugar.

Para los adolescentes en general, esta zona incluye el aprendizaje del pensamiento abstracto sobre la propia conducta y la de los demás, de modo que les permita servirse de este proceso en la regulación de su comportamiento. Además, los adolescentes deben aprender a controlar su propia sexualidad y a utilizar la conducta sexual interpersonal de forma adecuada y de manera que resulte mutuamente satisfactoria para la pareja y para uno mismo. Finalmente los adolescentes deberían encontrarse en condiciones de transformar unas pocas relaciones de pareja en unas relaciones de apego simétricas y recíprocas, predecesoras de la relación matrimonial, que se convertirá en central durante la edad adulta. La realización de estas tareas permitirá a la mayoría de los adolescentes entrar en la edad adulta, preparados para establecer una relación de apego protectora y sexualmente satisfactoria, capaz de proporcionar el desarrollo de los hijos de la pareja. Naturalmente, cada adolescente difiere en el tiempo y la manera cómo llevará a cabo estas tareas.

Los adolescentes trastornados presentan, incluso, mayores diferencias que los demás en las zonas de desarrollo proximal. No es que se les deba considerar retrasados en comparación con sus compañeros más normales. Algunos pueden estarlo, pero las diferencias más importantes hacen referencia a la desigualdad de sus competencias y a las formas frecuentemente distorsionadas con las cuales manejan las transiciones de la adolescencia. En general, se podría decir que la zona de desarrollo proximal se sitúa entre las relaciones distorsionadas con sus padres y las relaciones más equilibradas que pueden desarrollar con sus parejas en el futuro. La función del terapeuta es promover la transición de las relaciones distorsionadas hacia la selección y mantenimiento de relaciones más equilibradas. Hacerlo requiere capacitar a los adolescentes para cambiar su propia contribución a estas relaciones. La terapia, en otras palabras, no sólo debe tratar los problemas de los que los adolescentes son conscientes, sino lo que posiblemente es más importante, debería empezar un proceso integrador que capacite a los adolescentes con problemas para reorganizar sus relaciones de apego.

Hay tres aspectos de la relación de apego transicional que merecen una atención especial: el rol destacado de la discrepancia en la guía del proceso terapéutico, la inclusión de la sexualidad en la relación con el terapeuta y el compromiso por parte de la familia.

Utilización de la discrepancia como guía de la reorganización.

El reconocimiento de la discrepancia es fundamental para el proceso de reorganización. Existen dos tipos de discrepancia que nos interesan. Uno funciona en el mundo tal como el adolescente lo construyó en el pasado, es decir, el mundo en el que su estrategia ofrecía la mejor solución para los problemas del pasado. En particular los adolescentes mayores tienen la posibilidad de aplicar procesos integradores a la revisión del pasado. Esto puede resultar menos amenazador y menos estresante que el análisis del presente. Esto puede dar lugar tanto a la práctica de la nueva habilidad del pensamiento reflexivo como, en algunos casos, a la mejora de aquellas relaciones del pasado que continúan en el presente. Por supuesto, el éxito en este último caso implica la cooperación de las otras personas. Los individuos a cualquier edad pueden controlar sus propias contribuciones, pero el examen del pasado puede ser una base sobre la que formular los cambios en el presente.

El otro tipo de discrepancia distingue el mundo de la infancia del percibido por el resto de nosotros, es decir, el mundo que considera inadapta la conducta del adolescente. La identificación de la discrepancia y la ambigüedad aquí y en este momento de acción continua es muy difícil, especialmente cuando las propias estrategias del pasado impiden esta percepción. La revisión del pasado permite practicar los procesos esenciales preceptivos e integradores a través del tiempo. La cuestión estriba en ir reduciendo el intervalo temporal pasando del reconocimiento de las discrepancias de hace algunos años, a las de hace sólo unas semanas, a las de hace unas horas o a reconocerlas en el mismo momento que ocurren. Llegados a este punto, el reconocimiento de la discrepancia y la ambigüedad se puede convertir en una función procesual, que señala automáticamente una oportunidad de integración antes de la acción. Cuando las ambigüedades y las discrepancias tienen la función de alertar la mente, para iniciar formas más completas de procesamiento, puede esperarse una clarificación de la motivación y un ajuste del comportamiento. Los terapeutas pueden ofrecer una relación de protección bajo la cual los adolescentes pueden practicar nuevos patrones de respuestas y familiarizarse con el uso del proceso de integración mental para generar cambios en la conducta.

La sexualidad en la relación con el terapeuta.

Los terapeutas que trabajan con los adolescentes probablemente necesitarán enfrentarse a la sexualidad, tanto a la del adolescente como a la suya propia. Independientemente de si el terapeuta es del mismo o del sexo contrario al del adolescente, la sexualidad como proceso interpersonal resulta universalmente relevante, dado que ocupa un lugar central en la zona de desarrollo proximal de todos los adolescentes. Además el rol del terapeuta como figura de apego intermedia le sitúa entre el rol asexual de los padres y el rol sexual de la pareja. Sería una circunstancia poco habitual que la sexualidad emergente del adolescente no afectara la relación entre el adolescente y el terapeuta.

La discusión franca del comportamiento sexual puede resultar relevante o no según los casos, siendo raramente causa de la confusión o incomodidad que las expresiones no-verbales de la sexualidad pueden generar. La mayoría de los terapeutas saben manejar esta situación fácilmente. Por otro lado, ya que no es verbal, la sexualidad expresada es más difícil de controlar. Sin embargo, casi siempre será necesario negociarlo entre el adolescente y el terapeuta.

El rol de la familia.

Casi todos los problemas a largo plazo que traen los adolescentes a la psicoterapia son de naturaleza interpersonal y tienen sus orígenes en la relación del adolescente con sus padres. Por eso es muy importante considerar qué tipo de rol debe realizar la familia en la terapia. La edad del adolescente (o la discapacidad funcional) es un factor muy importante. Cuanto más tiempo viva y dependa el adolescente de sus padres, más deberá tenerse en cuenta durante el tratamiento. Por eso los adolescentes mayores son mejores candidatos a un tratamiento de enfoque individual⁷ que los más jóvenes.

La duración, alcance y la dificultad de tratar los problemas familiares es otro factor. Las disfunciones familiares extremas pueden impedir fácilmente un tratamiento de enfoque familiar. En general, sin embargo, se indica el tratamiento basado en la familia, especialmente para los adolescentes más jóvenes. Además, ya que afecta a más miembros de la familia, puede potenciar más un cambio duradero que el trabajo individual. Sin embargo, es mucho más complicado llevarlo a cabo, ya que deben tenerse en cuenta las necesidades y funcionamiento de cada miembro de la familia, junto con sus contribuciones interactivas. En consecuencia, los métodos basados en la familia requieren mucha más habilidad por parte del terapeuta que el tratamiento individual.

Por otro lado, el tratamiento basado en la familia es menos vulnerable al refuerzo de la perspectiva sesgada del adolescente y a la falta de la consideración adecuada de las realidades complejas de la vida del adolescente fuera de la consulta del psicoterapeuta. En otras palabras, con el tratamiento individual, los terapeutas corren el riesgo de entrar en colusión con las distorsiones del adolescente ya que no disponen de otra información. Al acceder a las múltiples perspectivas que se ofrecen en la consulta, los terapeutas pueden evaluar completamente el sistema familiar. Posteriormente pueden formular el modelo de interacción familiar desde una base más amplia. Esto puede ser de mucha utilidad para el adolescente, incluso si el tratamiento es básicamente con el adolescente. En conclusión, ya que las familias siempre existen y siempre influyen el funcionamiento del adolescente, todos los tratamientos de psicoterapia, tanto si se basan en la familia como en el individuo, deberían tener en cuenta su contribución.

Finalmente, cabe destacar que, a pesar de que es fácil definir la familia como un problema que limita el éxito del tratamiento del adolescente, de hecho, las

familias son la realidad más importante de la vida. Además, todos, incluso quienes viven solos, estamos supeditados a nuestras relaciones con los demás. Se podría decir que sólo aquellos que aprenden a vivir confortablemente con las familias pueden experimentar los beneficios completos de las relaciones íntimas. En otras palabras, las familias, tanto si están presentes de modo visible participando en la terapia, como si no lo están, constituyen siempre una parte implícita del tratamiento y continúan funcionando tanto como elementos de constricción como de facilitación. En cualquier caso, el objetivo terapéutico es implicar de forma productiva a los miembros de la familia en la transición del adolescente a la edad adulta.

4. Evaluación funcional de las relaciones, transformaciones de la información y estrategias de autoprotección.

Para estructurar la terapia es muy importante saber lo que necesita cada adolescente en particular. Desgraciadamente, los diagnósticos tradicionales y las evaluaciones psicológicas no indican cómo funciona la mente de un adolescente, ni porqué se comporta de una manera determinada. Además, ya que los padres y los adolescentes, particularmente en los casos que se necesita psicoterapia, la mayoría de las veces tienen una perspectiva sesgada de sus problemas, las preguntas directas (tanto orales como evaluadas a partir de autoinformes) pueden proporcionar una información ambigua, por lo que se necesita un medio eficiente de observación e interpretación del proceso de autoprotección y bienestar. Los teóricos del apego ya han realizado este tipo de evaluaciones para diferentes edades, pero requieren más validación antes de que se puedan aplicar con total fiabilidad a la planificación del tratamiento.

Evaluación del apego.

Para los adolescentes mayores, que ya no dependen de los padres para las necesidades esenciales, el *AAI (Adult Attachment Interview, Entrevista sobre el Apego Adulto, George, Kaplan & Main, 1996)* es particularmente útil para descubrir tanto las circunstancias que condujeron a las estrategias actuales del adolescente como las propias estrategias en sí. La entrevista, de aproximadamente una hora de duración, se estructura como una serie de sondeos acerca de las relaciones con los cuidadores durante la infancia. Los sondeos van incrementando el grado de amenaza, por eso, va incrementando poco a poco la necesidad del entrevistado de utilizar el comportamiento estratégico. Al final de la entrevista se habrá recogido información acerca de la situación del adolescente, promoviendo, así, la capacidad del adolescente de establecer conexiones llenas de significado entre el presente y el pasado.

Al mismo tiempo, el proceso de la entrevista utiliza la relación del terapeuta-entrevistador con el adolescente como un medio para explorar más directamente las relaciones. Cuando se realiza correctamente, la Entrevista sobre el Apego Adulto

establece un tipo de exploración reflexiva en la cual no existen respuestas ni correctas ni incorrectas. Las preguntas, sin embargo, están íntimamente relacionadas con las cuestiones que llevan al adolescente a la terapia. Las conclusiones se extraen de la información pertinente e, incluso en ese caso, sólo de forma tranquila y aproximada. Además, el propio adolescente es el que realiza el proceso, con el seguimiento del terapeuta. A diferencia de los tests de elección múltiple que imponen tanto el tema como la forma de respuesta del entrevistado, la Entrevista sobre el Apego Adulto otorga al entrevistado un control parcial sobre los temas y un control total sobre la forma y contenido de las respuestas. A diferencia de los procedimientos proyectivos que no permiten al entrevistado influir sobre los significados atribuidos por el intérprete, la Entrevista sobre el Apego Adulto pide al entrevistado que explique sus propios significados. Y lo que es más importante, sitúa a los adolescentes en el rol de tener la información que necesitan y les ofrece la oportunidad de tomar una perspectiva respecto a ella. Además, el proceso de la entrevista promueve el establecimiento de una relación simétrica entre el adolescente y el terapeuta-entrevistador. En resumen, inicia el proceso del pensamiento integrador en el adolescente y lo hace de manera respetuosa y colaboradora.

Cuando se analiza la Entrevista sobre el Apego Adulto utilizando el método *dinámico-madurativo*, se consiguen varios tipos de información que pueden guiar al terapeuta: (1) la estrategia predominante del entrevistado para conseguir la seguridad y el bienestar, (2) aspectos de la historia que pueden haber guiado la estrategia, (3) si la estrategia es incoherente (es decir, desorganizada), si piensa que es un inútil (se siente deprimido), o se encuentra en proceso de cambio (a saber, en proceso de reorganización), y (4) si existen algún tipo de experiencias que afectan fuertemente los pensamientos del entrevistado, sus pensamientos y conducta (a saber, trauma no resuelto o pérdida)⁸. También ofrece una exploración muy limitada de la sexualidad y del uso interpersonal de la sexualidad. El contenido de la historia también pone de manifiesto la noción de los roles parentales y de pareja que la persona lleva consigo de su familia desde la infancia. Todo el conjunto, puede ayudar al terapeuta a construir un plan inicial para llevar a cabo la terapia.

Diferenciación de los problemas específicos de la adolescencia de los problemas crónicos arrastrados desde la infancia.

Ya que la adolescencia es un periodo de cambio sustancial, muchos de los problemas a los que se enfrentan los adolescentes son específicos de la edad. Es decir, los niños que habían funcionado correctamente hasta la adolescencia pueden tropezar al tenerse que enfrentar a las nuevas condiciones de su edad. Por ejemplo, puede que se tengan que enfrentar a la incomodidad de adaptarse a los cambios corporales sexuales, a las respuestas de los otros a su sexualidad, o al retraso de la pubertad comparado con las personas de su misma edad. Estos problemas se encuentran ligados a los cambios que ocurren durante la adolescencia y, a pesar de

que pueden afectar al transcurso del desarrollo futuro, normalmente son menos serios y determinantes que los que tiene sus raíces en una disfunción previamente no resuelta. El último tipo de problema conlleva un gran riesgo ya que las estrategias utilizadas durante la adolescencia se reorganizarán en la dirección de un funcionamiento más distorsionado, incluyendo el funcionamiento sexual trastornado. Además, algunos adolescentes con problemas crónicos se convertirán en adultos muy perturbados que, o no serán capaces de llevar una vida adulta independiente, o se volverán peligrosos para sí mismos, para los demás, o para ambos. Es necesario identificar estos adolescentes tan pronto como sea posible y llevar a cabo cuidadosamente su tratamiento.

5 Los resultados esperados de la psicoterapia basada en el apego:

Considerando la efectividad real de la psicoterapia como una misteriosa caja negra, uno se puede lícitamente preguntar ¿qué cambia después del tratamiento? El adolescente no se crea de nuevo. Los hechos del pasado no cambian. Las características personales propias siguen siendo las mismas. La familia propia continúa igual y continúa influyendo en la propia vida. La propia forma de ver el mundo y las propias estrategias reflexivas para resolver los problemas permanecen básicamente igual. En otras palabras, no ha desaparecido nada.

¿Qué es pues lo que cambia después de un tratamiento exitoso? La rapidez con la que el adolescente puede darse cuenta de que tales puntos de vista o tales estrategias no están funcionando en este momento y en esta situación. El dolor y la confusión que solían acompañar al descubrimiento de estos errores. La habilidad para predecir, antes de la acción, la reaparición de los errores pasados. La habilidad para reflexionar sobre todo esto, utilizando los procesos de pensamiento integradores, corregir los errores de pensamiento y generar soluciones nuevas y creativas para los problemas de la vida. La habilidad para utilizar estas relaciones de forma mutua y recíproca para satisfacer las necesidades básicas de la vida: la seguridad y el bienestar, la reproducción y la satisfacción sexuales. La habilidad para pedir y ofrecer perdón.

En el mejor de los resultados, las características que una vez fueron inconvenientes se circunscriben y se centran exclusivamente en aquellas situaciones y contextos donde funcionan mejor, donde constituyen una ventaja. Los adultos eligen sus contextos de vida, escogiendo su pareja, compañeros y trabajo. Escoger un nicho donde encajar es tan importante como modificarse para encajar en el contexto en el que uno se encuentra. El adulto preparado, que se conoce muy bien, hace ambas cosas. Se adapta, a la vez que lo cambia todo.

Oportunidad de cambio

La adolescencia es un período crítico, un período marcado por la integración, la complejidad, y, sobre todo, por la oportunidad. El comienzo de la madurez sexual

amplía la función de relaciones más allá del ofrecimiento de protección y bienestar. El placer sexual y el éxito reproductor se integran con la función protectora. Esto incrementa la complejidad de las relaciones mientras se crean, al mismo tiempo, nuevas formas de relaciones y medios adicionales de mantener relaciones.

La habilidad de los adolescentes para satisfacer sus necesidades diarias de comida, cobijo y relación social crea la posibilidad de trascender las relaciones de la infancia con sus padres, particularmente si éstas resultan constrictivas o disfuncionales. En otras palabras, los adolescentes pueden escoger los ambientes en que desarrollarse como adultos, más que tener que adaptarse al entorno de sus padres. Esto crea una oportunidad para el cambio autodirigido. El pensamiento abstracto hace que llegue a ser una posibilidad viable. Por primera vez en sus vidas, los adolescentes tienen el potencial de pensar acerca de sus relaciones, sobre su modo de relacionarse y el de los demás, y sobre cómo quieren cambiarlo. Estos cambios que ocurren al final de la adolescencia crean la primera oportunidad real para los individuos de responsabilizarse de sus vidas, de mantener activamente los beneficios de una infancia segura o, por el contrario, librarse del sufrimiento de una infancia desafortunada. Sin duda, la tarea de generar el cambio es muy compleja, pero al final de la adolescencia cuando los individuos tienen nuevas competencias mentales y conductuales y antes de que se asienten con sus familias, es el momento ideal para tomar las riendas del proceso continuo vital de auto transformación.

Difícilmente nos paramos a pensar en profundidad sobre cómo nuestras experiencias del pasado pueden afectar nuestra forma de pensar y de dar respuesta a los problemas actuales. Normalmente, estamos demasiado ocupados resolviendo nuestros problemas inmediatos cotidianos como para reflexionar de esta manera. Ni tenemos en cuenta cómo las soluciones que empleamos hoy pueden influir sobre nuestras elecciones en el futuro. Sin embargo, el pasado nos influye y nuestras decisiones actuales influirán sobre nuestro futuro. Una de las funciones del terapeuta es mantener esta perspectiva en su mente. Para los adolescentes más conflictivos, cuyo proceso de cambio abarcará el esfuerzo de muchos años, tomar conciencia explícitamente del proceso de búsqueda de discrepancias y resolverlo de forma recursiva a través de la reflexión puede resultar favorable, tal vez, incluso, esencial y el final de la adolescencia es un momento idóneo para iniciar este proceso.

La adolescencia es un periodo de cambios significativos en las relaciones de apego. Además, la adolescencia culmina un proceso de desarrollo en el cual la interacción con los padres ha modelado la mente y el comportamiento de los hijos de manera que estarán o no preparados para la vida fuera de sus familias de origen. Por otro lado, la maduración neurológica que ocurre durante la adolescencia crea la primera oportunidad para los individuos de considerar y cambiar, independientemente de sus padres, la herencia familiar. Este artículo sitúa en primer lugar el apego en un marco de desarrollo y luego se centra en el proceso de cambio para aquellos adolescentes que necesitan una intervención profesional para realizar la transición desde una infancia distorsionada a una edad adulta con capacidad de adaptación.

Notas de la autora:

- ¹ Deseo mostrar mi reconocimiento a las muchas contribuciones de Andrea Landini, M.D. a este artículo y los provechosos comentarios al borrador realizados por Angelika Claussen, Ph.D, Noel Howieson, Ph.D, Kasia Koslowska M.D. y Anna von der Lippe Ph.D. Parte de las ideas fundamentales de este artículo fueron presentadas como conferencia en el Tercer Congreso Internacional de Psicología, ciudad de Panamá, Panamá, 22 de Agosto del 2001.
- ² Esto excluye el descenso de competencias intelectuales que a veces acompañan a la vejez.
- ³ Algunas amenazas, no obstante, son continuas. Por ejemplo, un ansioso, incluso un paranoico, podría tener una estrategia autoprotectora a lo largo de la vida en lugares donde el gobierno es despótico.
- ⁴ Este estado es específico de las culturas occidentales que permiten a la gente joven un amplio periodo de exploración de roles (Arnett, 2000). Además, esto varía de una cultura a otra al depender del rol de la familia extendida en las vidas adultas, en los roles que las mujeres puedan tomar, y en el énfasis relativo del funcionamiento individual frente a las obligaciones familiares. Es decir, el aspecto biológico de maduración es universal, pero la cultura despliega sus variaciones.
- ⁵ La intervención con la madre en la infancia es el tratamiento más eficaz, pero desde la perspectiva del infante, es prevención, no psicoterapia.
- ⁶ La mayoría de estos datos son americanos; entre las culturas americanas minoritarias (Hispanos, Afroamericanos, Indígenas Americanos) tienden a tener una alta tasa de riesgo. Este patrón de conducta de alto riesgo es consistente a través de las culturas, a pesar de que, tanto las proporciones absolutas como relativas para la condición de riesgo varían de una cultura a otra.
- ⁷ Los términos tratamiento “enfoque individual” y “enfoque familiar” son usados en vez de los más usuales sistema individual o familiar a fin de dejar abierta la modalidad o combinación de modalidades que podrían llevar a cabo el enfoque.
- ⁸ Estos resultados son específicos del método de análisis del modelo dinámico-evolutivo de la entrevista de apego adulto (Crittenden, 1999-2000)

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Referencias bibliográficas:

- AINSWORTH, M. D. S, BLEHAR, M, WATERS, E, & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Assoc.
- ARNETT, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8, 133-143.
- ARNETT, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.

- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.
- BUMPASS, L. L. & RALEY, R. K. (1995). Redefining single-parent families: Cohabitation an changing family reality. *Demography*, 32, 97-109.
- BURHMESTER, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental context of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.) *The company they keep: Friendship during childhood and adolescence* (pp. 158-185). New York: Cambridge University Press.
- CALL, K. T. & MORTIMER, J. T. (2001). *Arenas of comfort in adolescence: A study of adjustment in context*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Inc.
- CICCHETTI, D., & TOTH, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- COLLINS, W. A. & SROUFE, L. A. (1999). Capacity for intimate relationships: A developmental construction. In W. Furman, B. Brown, B. Bradford, & C. Feiring (Eds.) *The development of romantic relationships in adolescence. Cambridge studies in social and emotional development*. (pp. 125-147). New York: Cambridge University Press.
- COSTELLO, B. J., & ANGOLD, A. (1995). Developmental epidemiology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. I. Theory and method* (pp. 23-56). New York: Wiley.
- CRITTENDEN, P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr, (Eds.), *John Bowlby's attachment theory: Historical, clinical, and socialsignificance* (pp. 367-406). New York: The Analytic Press.
- CRITTENDEN, P.M. (1997). Patterns of attachment and sexuality: Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. In L. Atkinson & K. J. Zuckerman (Eds.) *Attachment and psychopathology* (pp. 47-93). New York: Guilford Press.
- CRITTENDEN, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self protective strategies. In J. I. Vondra and D. Barnett, (Eds.) *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk.. Monographs of the Society for Research on Child Development* (pp. 145-17 1).
- CRITTENDEN, P.M. (1999-2001). *Attachment in Adulthood: Coding Manual for the Dynamic-Maturational Approach to the Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Miami, FL.
- CRITTENDEN, P. M, LANDINI, A., & CLAUSSEN. A. H. (2001). A Dynamic-Maturational approach to treatment of maltreated children. In J. Hughes, J. C. Conley, and A. La Greca (Eds.) *Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents* (pp. 373-398), New York: Oxford University Press.
- DILLING, W, WEYERER, S., & CASTELL, R. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevdlkerung*. Stuttgart, Germany: Enke.
- FONAGY, P, STEELE, M, STEELE, H., & TARGET, M. (1997). *Reflective-functioning manual. Version 4.1*. Unpublished manuscript. Psychoanalysis Unit, University College London.
- GEORGE, C, KAPLAN, N, AND MAIN, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (third edition).
- HAGNELL, O, OJESJD, L, OTTERBECK, L., & RORSMAN, B. (1994). Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. *Scandanavia Journal of Social Medicine, Supplementum 50*.
- KESSLER, R. C. (1994). *The National Comorbidity Survey of the United States. International Review of Psychiatry*, 6 (4): 365-376.
- LEHNERT, K. L, OVERHOLSER,, J. C., & SPIRITO, A. (1994). Internalized and externalized anger in adolescent suicide attempters. *Journal of Adolescent Research*, 9, 105-119.
- LOEBER, R., & STOUTAMER-LOEBER, M. (1998). The development of juvenile aggression and violence: Some common misperceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242-259.
- MASTEN, A. S., & COATSWORTH, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- MOFFITT, T. B, CASPI, A, BELSKY, J., & SILVA, P. A. (1992). Childhood experience and the onset of menarche: A test of a sociobiological model. *Child-Development*, 63, 47-58.
- PIKE, K. M., & RODIN, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.
- POWERS, S. I, HAUSER, S. T., & KILNER, L. A. (1989). Adolescent mental health, *American Psychologist*, 44, 200-208.
- RINGER, F. (2001). *Attachment and eating disorders: A comparative study of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Dissertation presented to the Faculty of the Department of Psychology, Edith Cowan University,

- Perth, Australia.
- ROBERTS, R. B, ATTISSON, C. C, & ROSENBLATT, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.
- RUTTER, M, & RUTTER, M. (1993). *Developing minds: Challenge and continuity across the lifespan*. New York: Basic Books.
- SAVIN-WILLIAMS, R. C, & BERNDT, T. J. (1990). Friendship and peer relations. In S.S. Feldman, & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 277-307). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SCHACTER, D. L, & TULVING, B. (1994). What are the memory systems of 1994? In D.L. Schacter & B. Tulving (Eds.), *Memory systems 1994* (pp. 1-38). Cambridge, MA:Bradford.
- SCHEPANK, H. (ED.) (1987). *Epidemiology of psychogenic disorders - the Mannlieim study. Results of a field survey*. Berlin, Germany: Springer.
- SCHULENBERG, J, O'MALLEY, P. M, BACHMAN, J. G, JOHNSTON, L. D. (2000). The course of well-being and substance use during the transition to young adulthood. In L. J.Crockett, R. K. Silbereisen, & K. Rainer (Eds). *Negotiating adolescence in times of social change* (pp. 224-255). New York: Cambridge University Press.
- SIMMONS, R. G, & BLYTH, D.A. (1987). *Moving into adolescence: The impact of pubertal change and school context*. Hawthorne, NY, US: Aldine de Gruyter.
- U. S. CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1997). *Sexually transmitted disease surveillance, 1966*. Atlanta: author.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1997a). *Health United States 1996-1997 and injury chartbook*. Washington, D.C. U.S. Bureau of the Census.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1997b). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995: Vol. 1. Secondary School Students*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1997c). *Youth risk behavior surveillance - U.S, 1995. MMWR, 45*, (No. SS-4).
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1997d). *Vital statistics of the United States, 1994*.
- U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. (1997). *Crime in the United States*. Washington, D.C.
- UNITED NATIONS (1991). *World population trends and policies*. New York: author.
- WINDLE, M. A. (1994). A study of friendship characteristics and problem solving behaviors among middle adolescents. *Child Development*, 65, 1764-1777.
- WILSON, G. T, HEFFERNAN, K, & BLACK, C. M. D. (1996). Eating disorders. In B. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.) *Child psychopathology* (pp. 541-571). New York: Guilford.

DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA PSICOTERAPIA

Giovanni Liotti, Psiquiatra, Psicoterapeuta. Docente de la Scuola di Formazione in Psicoterapia della Associazione di Psicologia Cognitiva (A.P.C.)

Viale Castro Pretorio, 116 - 00189 – Roma (Italia)

E-mail: liotti@apc.it

This paper aims at outlining the main themes of attachment theory and research in their relationship with psychotherapy in general, avoiding as much as possible to link them at the theoretical principles and the practice of the prevailing models of psychotherapy (psychoanalytic, cognitive, and family therapy). Psychotherapeutic practice is considered with respect to: (1) the evolutionary foundations of attachment theory, (2) the dialectic between types and dimensions of attachment, (3) the relationships between attachment and cognition, personality development and organization stemming from the first attachments (with particular regard to attachment disorganization) and, (4) the regulation of emotion. Finally, the paper reflects on how psychotherapy informed by attachment theory stands in relation to the debate between modern and post-modern epistemologies.

Key words: evolutionary foundations of attachment theory, attachment and cognition, regulation of emotion, internal working models, psychotherapy.

0. INTRODUCCIÓN

Casi treinta años después de que John Bowlby completara su formulación (Bowlby, 1969), la teoría del apego, se ha convertido en un centro de interés para psicoterapeutas de distintas escuelas (para revisiones recientes sobre el interés que suscita la teoría del apego entre psicoanalistas, psicoterapeutas cognitivos y terapeutas, véase: Byng-Hall, 1999; Fonagy, 1999a; Liotti, 2000b; Slade, 1999). La razón de este interés tan difundido y ecuménico puede hallarse, por una parte, en las extensas y científicamente convincentes investigaciones controladas que la teoría del apego ha generado (para una vasta revisión véase el *Handbook of Attachment*: Cassidy & Shaver, 1999) y, por otro lado, en la estructura conceptual que está en la base de la teoría.

Bowlby edificó su teoría sobre tres fundamentos conceptuales: la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, la psicología cognitiva y la etología

(basada, a su vez, en la biología evolucionista). Para el cognitivismo clínico fue fácil, a partir de la base común de la psicología cognitiva experimental, reconocer la compatibilidad entre sus tesis y las de la teoría del apego (Guidano & Liotti, 1983; Liotti, 1986, 2000b). Después de un rechazo inicial de la teoría del apego, que no sería exagerado definir como violento (Bretherton, 1991, pág. 18), por parte del mundo psicoanalítico, éste le fue reconociendo poco a poco la compatibilidad con uno de sus sectores en mayor desarrollo: la perspectiva relacional surgida en el psicoanálisis contemporáneo, de la teoría de las relaciones objetales a la cual Bowlby se remontaba (Fonagy, 1999a; Mitchell, 2000). Y finalmente, dada la naturaleza intrínsecamente relacional del apego, vinculado constantemente a las experiencias intrafamiliares del niño en la obra de Bowlby, también ha resultado fácil para algunos terapeutas familiares, al intentar renovar su praxis terapéutica, remitirse a la teoría del apego (Byng-Hall, 1999).

Si bien el ecumenismo de las aplicaciones clínicas de la teoría del apego constituye una preciosa contribución, éste comporta no obstante el riesgo de que cada escuela psicoterapéutica subraye sólo aquellos aspectos de la teoría que le son más afines, perdiendo de vista la formidable síntesis de contribuciones al pensamiento psicológico contemporáneo, aparentemente lejanos y diversos entre sí, que Bowlby supo realizar. Psicoanalistas (Fonagy, 1999; Slade, 1999), cognitivistas (Liotti, 2000b) y terapeutas familiares (Byng-Hall, 1999) han tratado hasta el momento las aplicaciones clínicas de la teoría del apego remitiéndose cada uno a la teoría y praxis terapéutica de su propia escuela. Nadie, sin embargo, hasta el momento ha intentado enumerar sintéticamente los aspectos conceptualmente fundamentales de la teoría del apego y de la investigación que se deriva de ella en relación a las posibles aplicaciones psicoterapéuticas con independencia del modelo de psicoterapia. El presente artículo se presenta como un primer intento de colmar esta laguna. Para ello, definiremos sintéticamente los aspectos fundamentales de la teoría del apego haciendo siempre referencia a la praxis concreta de la psicoterapia pero sin poner el acento en ninguna escuela psicoterapéutica determinada, en el marco de cinco temas generales: (1) evolucionismo, (2) cognitivismo, (3) desarrollo y organización de la personalidad; (4) regulación de las emociones, (5) intersubjetividad.

1. EVOLUCIONISMO: LAS DISPOSICIONES INNATAS A LA RELACIÓN INTERPERSONAL

Según la teoría de Bowlby, el ser humano nace con una disposición *innata* a solicitar cuidado, ayuda y protección ante el peligro y consuelo ante el dolor. Esta disposición innata y universal se va completando de manera individualizada a través de la experiencia concreta de relaciones de cuidado que cada persona tiene primero en el seno de su familia, y posteriormente dentro de otras relaciones interpersonales. Ésta es la base del fenómeno relacional llamado “apego”.

De esta definición de las bases innatas del apego derivan dos consideraciones básicas, de gran importancia para la psicoterapia. La primera hace referencia a la distinción (y al mismo tiempo a la coexistencia en cada ser humano) entre la disposición innata al apego y las estructuras individuales de memoria, expectativa y significado, los llamados *Internal Working Models* (Modelos Operativos Internos), derivados del ejercicio actual de dicha disposición. La segunda se refiere al rol que ocupa el apego respecto a otras disposiciones innatas, diferentes del apego, pero que como él son fruto de una larga historia evolutiva de los mamíferos en general y de los primates en particular.

1.1. “De la cuna a la tumba”

La distinción entre disposición innata y Modelos Operativos Internos vinculados a dicha disposición invita al psicoterapeuta a no olvidar nunca la existencia de la motivación fundamental a pedir ayuda, aunque dicha motivación quede reprimida por Modelos Operativos Internos derivados del ejercicio inadecuado de dicha disposición, y no se muestre explícitamente en la experiencia subjetiva y en la conducta de la persona.

Ni las experiencias individuales ni el transcurso del tiempo llegan a anular dicha disposición innata: la tendencia a buscar en los demás cuidado, ayuda y consuelo se mantiene en el ser humano, tal como indica la famosa afirmación de Bowlby, “de la cuna a la tumba” (Bowlby, 1979, pág. 129). Su exteriorización, incluso en la edad adulta, no debe pues ser atribuida, apriorísticamente, al infantilismo o a una dependencia anormal. Incluso las personas que han desarrollado un estilo de conducta tendente a la autosuficiencia, cuando se encuentran en dificultad, o cuando experimentan una soledad demasiado prolongada, activan el sistema de control que regula el comportamiento y las emociones de apego. En ese caso, el sistema puede ser reprimido o inhibido por las estructuras aprendidas de memoria-expectativas-significado (Modelos Operativos Internos), pero a pesar de ello siempre se activará ante experiencias de dolor y soledad. Y naturalmente también es posible que los Modelos Operativos Internos actúen no inhibiendo la activación de la disposición innata de apego, sino todo lo contrario amplificándola o haciendo que sea difícil de satisfacer a través de las respuestas normales de ayuda recibidas de los demás (como suele suceder en los trastornos de ansiedad y en algunos trastornos de personalidad).

Para el psicoterapeuta, este aspecto de la teoría invita a prestar especial atención a las emociones de apego cuando el paciente, aun estando expuesto a la soledad o afligido por dolores físicos o mentales, afirma que no siente ninguna necesidad de ayuda o consuelo, o bien evita pedirlo por temor a molestar a los demás, o a ser rechazado o frustrado. Básicamente, el terapeuta que quiera aplicar de un modo coherente la teoría del apego a su trabajo clínico deberá tener constantemente presentes dos niveles de actividad mental en sus pacientes: uno explícito, mediado

por los Modelos Operativos Internos, relativo a la experiencia que el paciente tiene (o conscientemente no tiene) de las propias emociones de apego, y el otro implícito, relativo a la activación fisiológica de la disposición innata al apego que, en cuanto ser humano, no puede no experimentar en determinadas situaciones y evocarla (dolor y soledad). De este modo, no comentar una afirmación de autosuficiencia de un paciente, o confirmarla aprobándola, o intentar inducir una autosuficiencia obligada y total en un paciente que declare, aunque sea de manera excesiva, su necesidad de ayuda, son operaciones terapéuticas incompatibles con la teoría del apego. Y al contrario, es una meta importante de cualquier terapia que quiera aplicar la teoría del apego ayudar al paciente a: (1) reconocer y valorar sus emociones de apego, (2) manifestarlas de manera adecuada, y (3) comprender qué personas en su ambiente pueden responder apropiadamente o al menos parcialmente, y cuáles no.

1.2. Múltiples motivaciones innatas para diferentes formas de relación

La psicología evolucionista, de la cual la teoría del apego forma parte, afirma que existen diferentes tipos de interacción entre los miembros de una misma especie y grupo social, cada uno de los cuales tiene su propia base innata y su propia historia evolutiva (Gilbert, 1989, 2000). En otros términos, la disposición del apego es sólo una entre muchas disposiciones innatas que regulan la relación interpersonal. Así pues, la teoría del apego, en la medida que forma parte de la psicología evolucionista, *no* afirma que apego sea sinónimo de “relación”. Bien al contrario, esta teoría afirma que la relación interpersonal está compuesta de la sucesión de diferentes tipos de interacción, de las cuales sólo una puede llamarse apego. En cada relación humana, además de las interacciones organizadas por el sistema motivacional de apego, se producen otras interacciones, organizadas por distintos sistemas motivacionales (cuya base es también innata del mismo modo que lo es la base del sistema de apego). El sistema que regula las interacciones competitivas (sistema agonístico), el que coordina las interacciones cooperativas, el que organiza las interacciones sexuales y finalmente el que regula la prestación de ayuda (sistema de cuidado), se suceden unos a otros, junto al sistema de apego, motivando las experiencias y comportamientos que componen la relación humana (Gilbert, 1989; Liotti, 1994; Liotti & Intreccialagli, 1996).

Ha sido la observación etológica comparada (realizada en especies de reptiles, aves y mamíferos) la que ha sugerido que en los primates (y, por tanto, en el hombre) la evolución biológica ha construido las bases de las formas de interacción antes enunciadas: apego-cuidado, dominación-sumisión, formación de la pareja sexual, cooperación paritaria (Gilbert, 1989). En todos los primates, y en la mayoría de los mamíferos, estas formas de relación están constituidas, cada una de ellas, por la producción, percepción e intercambio de una secuencia de señales emocionales precisa, distintiva y característica (por ejemplo: el llanto y el abrazo para el apego-cuidado, la amenaza agresiva y la postura de sumisión para la dominancia-

subordinación, las señales de cortejo para la formación de la pareja sexual, la sonrisa y la indicación de una meta de interés común para la cooperación entre iguales). Cabe suponer que la sede donde distintas redes neuronales, preprogramadas por la evolución, dan lugar a la producción, percepción e intercambio de las señales emocionales correspondientes a cualquier forma básica e innata de interacción, sea el sistema límbico. Estas redes límbicas se conectan posteriormente a las de las áreas corticales, que contienen la memoria de los resultados de anteriores experiencias de relación (cfr. el concepto de memoria valor-categoría en Edelman, 1989, y ver también, Migone & Liotti, 1998). De este modo, a partir de la interconexión de redes neuronales límbicas de base innata con redes neuronales que almacenan los recuerdos individuales adquiridos, toman forma diferentes sistemas motivacionales, que regulan distintos tipos de interacción a lo largo de la vida.

Para el psicoterapeuta que quiera aplicar coherentemente la teoría del apego a su práctica clínica, es importante tener presente la multiplicidad de los sistemas motivacionales interpersonales de base innata. Es necesario que el psicoterapeuta, observando con atención cuanto sucede dentro de la relación terapéutica, pueda en cada momento diagnosticar si la interacción en curso comporta la activación del sistema motivacional de apego en el paciente, o bien de otro sistema motivacional (para ver un caso clínico detallado, véase Liotti & Intreccialagli, 1998). En efecto, para explorar adecuadamente los Modelos Operativos Internos de apego de un paciente, conviene no basarse sólo en los relatos verbales, sino también observar directamente sus efectos sobre la interacción en curso: naturalmente, la relación terapéutica se presta espléndidamente a dicha observación. Pero si el terapeuta piensa erróneamente que cada intercambio relacional está influenciado por los Modelos Operativos Internos de apego, podría imaginar que está asistiendo a la influencia de tales Modelos Operativos Internos sobre la conducta relacional de paciente en un momento de la relación terapéutica en que el paciente, en cambio, se encuentra motivado por el sistema agonístico (está intentado, por ejemplo, afirmar de algún modo su dominio sobre el terapeuta, o al contrario muestra signos de sumisión o subordinación), o del sistema sexual, o del de cooperación. Vale aquí el principio general de que cuando cualquiera de los sistemas motivacionales se activa en una relación humana, lleva consigo una determinada “mentalidad” (*social mentality*, Gilbert, 1988, 2000). La modalidad básica de representación de uno mismo o de los otros, relacionada con un determinado sistema motivacional de base innata, sólo se puede explorar completamente cuando el sistema se halla activado en la relación en cuyo seno se realiza la exploración¹. Por tanto, para explorar del modo más completo posible las representaciones del sí mismo y del otro (Modelos Operativos Internos) ligadas al sistema de apego de un paciente, es necesario que, en el momento de la exploración, se halle activada en el paciente y dirigida al terapeuta la disposición innata de apego (y no la agonística, o la sexual, o la cooperativa, o la de cuidado).

En sus obras teóricas, Bowlby (1969, 1972, 1979, 1980) se centró en un único sistema motivacional distinto del apego, y no se trata de un sistema motivacional interpersonal, sino más bien de un sistema motivacional genéricamente cognoscitivo (el sistema exploratorio). Esto no significa que Bowlby no estuviera interesado en ubicar diferenciadamente el sistema de apego dentro de la gama de los diferentes sistemas motivacionales interpersonales de base innata, como demuestran sus dispersas pero claras afirmaciones que invitan a distinguir entre disposiciones innatas a la sexualidad y disposiciones innatas al apego, o a explorar de qué modo la seguridad en el apego corresponde a un óptimo desarrollo de diversas formas de experiencia interpersonal como la cooperación o el conflicto agonístico entre padres e hijos (Bowlby, 1969). Gracias también a la contribución de Bowlby, la psicología evolucionista ha conseguido ese grado de desarrollo que hoy en día la caracteriza, permitiendo aplicaciones directas del pensamiento evolucionista a todas las formas de relación que interesan al psicoterapeuta (Gilbert & Bailey, 2000). Considerar el apego en el contexto más amplio de todas las formas de interacción humana de base innata es ciertamente el modo de llevar adelante la herencia cultural, impregnada fuertemente del pensamiento evolucionista, que Bowlby nos ha dejado².

Tomar en consideración los distintos aspectos, todos de base innata, de la relación humana permite contrastar la idea de que la teoría del apego induzca una visión excesivamente optimista tanto de la psicoterapia como de la naturaleza humana. El aspecto optimista de las aplicaciones clínicas de la teoría del apego, que aparecerá en muchos de los apartados de este artículo, hace referencia solamente a la posibilidad de modificar en sentido positivo las operaciones del sistema de apego, y las representaciones vinculadas a dicho sistema, dentro de la relación terapéutica: lo cual no implica necesariamente que sea posible modificar las operaciones de otros sistemas motivacionales, como el sistema agonístico y el sistema sexual. Por ejemplo, en una relación terapéutica en que el sistema de apego raramente se active, mientras que en cambio se active a menudo el sistema agonístico, el psicoterapeuta no será capaz de ayudar al paciente a mejorar sus experiencias de apego. Además, en este caso nada infrecuente, el psicoterapeuta no hallaría en la teoría del apego ningún ayuda especial para ayudar al paciente a abandonar determinadas estrategias agonísticas inadaptadas o contraproducentes.

2. COGNITIVISMO: REPRESENTACIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL *SÍ-MISMO-CON-EL-OTRO*

El tema de los Modelos Operativos Internos, es decir, de las estructuras aprendidas de memoria, expectativas y significado relativas a las experiencias de apego, es realmente el punto de unión más importante entre la psicología cognitiva contemporánea y la teoría del apego³.

Cuando la investigación empírica empezó a obtener un conocimiento profundo y sólido sobre los patrones de apego, y, por tanto, también sobre los diferentes

tipos de Modelos Operativos Internos que se desarrollan a partir de las diferentes experiencias de apego (Ainsworth et al., 1978), algunos psicoterapeutas comenzaron a explorar la hipótesis de Bowlby, que plantea que algunos tipos de Modelos Operativos Internos están en la base del desarrollo de organizaciones cognitivas que predisponen a trastornos psicopatológicos específicos (Guidano & Liotti, 1983). En otras palabras, se puede estudiar el desarrollo y organización progresiva del conocimiento del sí mismo, a partir de las primeras representaciones del *sí-mismo-con-el-otro* (Modelos Operativos Internos) que el niño desarrolla en función de respuestas reales (es decir, no de sus fantasías o deseos inconscientes) que su progenitores dan ante sus demandas de apego. El conocimiento de la organización cognitiva que caracteriza y mantiene los trastornos emocionales y comportamentales de un determinado síndrome psicopatológico, es, evidentemente, de gran importancia en la formulación de la estrategia psicoterapéutica.

En el apartado siguiente, retomaremos el tema sobre los diferentes patrones de apego seguro e inseguro recordando la categorización de los comportamientos de apego elaborada por dicha célebre línea de investigación. En cambio, ahora nos detendremos en otro descubrimiento fundamental de la investigación sobre el apego, perteneciente a la psicología cognitiva: el desarrollo del conocimiento – desde el nivel tácito del intercambio emocional (representado en la memoria implícita), hasta el nivel declarativo mediado por el lenguaje y plenamente consciente– se ve influido por la calidad de las primeras relaciones de apego. La relaciones de apego seguro, en comparación a las de apego inseguro, permiten un mejor desarrollo de la capacidad de reflexión explícita sobre las propias vivencias, y construir, por tanto, una “Teoría de la Mente” (Baron-Cohen, 1995) más amplia y adecuada. Este aspecto del estudio del apego, iniciado en un escrito ya clásico de Mary Main (1991), está en el origen de un filón extremadamente interesante de investigación y de aplicación clínica (véase, por ejemplo, Fonagy et al., 1995; Liotti, 1994, 2000, 2001; Meins, 1997).

El clínico que quiera utilizar la teoría del apego en su trabajo deberá, pues, tener presente no sólo los diversos patrones de apego, sino también los diversos tipos de conocimiento, implícito y explícito, semántico y episódico, que intervienen en las representaciones (o “narrativas”) de las experiencias de apego (Amini et al., 1996; Crittenden, 1999; Main, 1995; Siegel, 1999). Deberá, además, si quiere sacar pleno provecho de la riqueza de la teoría e investigación sobre el apego, reflexionar sobre la calidad y eficacia, en el paciente, de los procesos de monitoreo metacognitivo y construcción de la “Teoría de la Mente”, que intervienen en la construcción del conocimiento del *sí-mismo-con-el-otro* relativo a las dinámicas de apego.

La distinción entre conocimiento implícito y explícito, y la consideración de los eventuales déficits de monitoreo metacognitivo vinculada a relaciones de apego inseguro, permite al clínico recuperar la distinción entre procesos mentales conscientes y no conscientes en una clave teórica compatible con las bases evolucionistas

y cognitivas de la teoría de apego. Si algunos recuerdos (y sus correspondientes expectativas) de interacciones de apego permanecen en el nivel implícito originario (Amini et al., 1996) por falta de desarrollo de las capacidades metacognitivas, tales recuerdos (y expectativas) operarán en el paciente a un nivel no consciente de la actividad mental. El clínico deberá, pues, tener en cuenta este nivel del inconsciente cognitivo (bien distinto del concepto psicodinámico clásico del Inconsciente: Eagle, 1996) si quiere comprender cómo los recuerdos de apego que no afloran a la conciencia pueden influir en el comportamiento de su paciente en las relaciones actuales donde se activa el apego (incluida la relación terapéutica).

Esta manera de tomar en consideración la actividad mental no consciente en relación a las vicisitudes del apego invita al psicoterapeuta a considerar las actividades defensivas de la mente humana no sólo en la clave tradicionalmente intrapsíquica de los mecanismos de defensa explorados por el psicoanálisis, o de las estrategias cognitivo-conductuales de evitación, sino más bien en una perspectiva básicamente interpersonal. Es sobre todo la comunicación con las otras personas significativas lo que permite o prohíbe manifestar y explorar las propias experiencias, facilitando u obstaculizando su representación consciente (Bowlby, 1988). También el hecho que una persona excluya selectivamente de la atención y de la conciencia emociones o experiencias de apego para evitar el dolor mental que éstas comportan (como en el caso de interacciones traumáticas), está ligado a la indisponibilidad de las figuras de apego a escuchar y acoger el dolor de la persona para mitigarlo. La indisponibilidad de las otras personas significativas a ofrecer consuelo juega, por tanto, en la dinámica entre procesos conscientes y no conscientes, un rol tan importante o central como la motivación individual a minimizar el riesgo de sufrimiento (psicoanálisis) o el riesgo de incoherencia cognoscitiva (cognitivismo). El psicoterapeuta que quiera utilizar coherentemente la teoría del apego en su práctica clínica deberá, pues, abstenerse de atribuir principalmente a procesos intrapsíquicos de la persona la organización de las defensas (psicoanálisis) o bien de la incoherencia cognoscitiva (cognitivismo). Por tanto, el principio-guía de la intervención del psicoterapeuta no consistirá en conducir al paciente a reconocer que no se ha detenido a reflexionar sobre una determinada experiencia para evitar dolor o desorientación cognitiva, sino más bien que no ha explorado dicha experiencia porque nadie hasta el momento lo ha animado o ayudado a hacerlo, o porque alguien dotado de autoridad y carisma se lo ha impedido (directa o indirectamente). El terapeuta, además, asumirá que la motivación que ha inducido al paciente a atribuir dicho poder a las otras personas significativas es principal y primariamente el apego, y no una motivación de tipo sexual o agonístico, ni tampoco de búsqueda de coherencia cognoscitiva. El modelo de psicoterapia, basado en la investigación sobre el proceso psicoterapéutico, propuesto por Weiss y por el *San Francisco Psychotherapy Research Group* (Weiss, 1993) es un óptimo ejemplo de cómo puede operar dicho principio-guía basado en la teoría del apego.

3. DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Las relaciones de apego, en función de su calidad, influyen pues tanto sobre los contenidos de la memoria y de las expectativas relativas al sí mismo-con-el-otro (correspondiendo a estos diversos contenidos diferentes patrones de apego observables ya en el primer año de vida), como sobre las modalidades (implícitas y explícitas, conscientes e inconscientes) del conocimiento que van desarrollándose. Como ya se ha apuntado anteriormente, en base a estos conocimientos adquiridos gracias a la investigación empírica sobre el apego, se han realizado diversos estudios sobre los cursos diferenciales de desarrollo y de organización de la personalidad (o, en términos cognitivistas, del conocimiento del sí mismo), y sobre la posibilidad de que estos procesos organizadores predispongan a un determinado trastorno psicopatológico (Guidano & Liotti, 1983; Crittenden, 1995, 1999)⁴.

El intento de definir itinerarios de desarrollo y organización de la personalidad a partir de las primeras representaciones del *sí-mismo-con-el-otro* correspondientes a los diferentes patrones de apego precoz, nos lleva a la tensión dialéctica existente entre el pensamiento tipológico (que explora estructuras mentales y define categorías de conducta) y el pensamiento dimensional (que explora procesos y funciones mentales). Como demuestran las recientes controversias sobre categorías diagnósticas en psiquiatría, obtenidas por el procedimiento puramente tipológico que ha dado lugar a los últimos Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM III y IV), la tensión dialéctica entre modelos tipológicos y modelos dimensionales no tendría que olvidarse nunca.

3.1. Tipos y dimensiones del apego

El modelo tipológico en la investigación sobre el apego ha hallado expresión en la definición, ya clásica, de los patrones de apego precoz observables mediante la Situación de Extrañamiento (*Strange Situation*) (seguro [tipo B], evitativo [tipo A], resistente [tipo C]: Ainsworth et al., 1978), y en los correspondientes estados mentales relativos al apego observables en el adulto a través de la Entrevista de Apego en Adultos (*Adult Attachment Interview*) (*free* o F [libres o disponibles], *dismissing* o Ds [dimisionarios], y *entagled* o E [intrusivos]: Hesse, 1999; Main, 1995). Son notables los méritos del modelo tipológico, que ha permitido evaluar con notable precisión cómo el estado mental del progenitor influye en el tipo de apego (y de Modelo Operativo Interno) que el niño desarrolla hacia dicho progenitor. Sin embargo, una adhesión demasiado apresurada y rígida al modelo tipológico de investigación puede llevarnos a dejar de lado el modelo dimensional, también contenido en la teoría originaria de Bowlby. En un ensayo reciente, Fraley y Waller (1998) han analizado y discutido detalladamente los límites del modelo tipológico de los estudios sobre el apego, respecto al modelo dimensional.

En el ámbito del apego como en otros ámbitos, el modelo dimensional permite explicar la continuidad, mediante grados variables de adaptación o de disfunción,

de los procesos interactivos y de las funciones mentales implicadas en el apego de los diferentes individuos. Contrariamente, el modelo tipológico induce a reflexionar sobre la discontinuidad, y lleva a clasificar netamente las personas como pertenecientes a una u otra categoría. El modelo dimensional invita a tomar en consideración las tendencias y disposiciones que varían manteniendo una continuidad; el modelo tipológico presta atención a la existencia de comportamientos, rasgos o síntomas discretos que, siendo patognomónicos, permiten la categorización o clasificación diagnóstica de la persona que los presenta. Obviamente tanto al clínico como al investigador del apego, le sirven ambos modelos: el problema es combinarlos de manera armónica.

Un modo, especialmente interesante para el clínico, de darse cuenta de la necesidad de integrar los modelos tipológico y dimensional en el estudio del apego, nos lo ofrece la investigación reciente sobre la desorganización del apego (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Main & Solomon, 1990; Main & Hesse, 1990; Main, 1995; Solomon & George, 1999). En presencia de un estado mental del progenitor afligido por duelos o traumas no elaborados y, por tanto, tendente a expresar miedo, dolor, confusión mental o violencia, los niños tienen una alta probabilidad de no conseguir organizar su comportamiento de apego hacia ese progenitor. El concepto de falta de organización se concibe en sentido relativo: estos niños no consiguen organizar su comportamiento de apego tan bien como lo organizan (en la dirección de la seguridad, de la evitación o de la resistencia) los hijos de padres (respectivamente libres o disponibles, dimisionarios o intrusivos) que no están afectados por una falta de elaboración de duelos o traumas. Nótese que, en un modelo dimensional, los términos “organización” y desorganización” (como también los de “seguridad” o “inseguridad”) se refieren a polos ideales y extremos de un *continuum* en cuyo interior se puede situar cualquier actividad mental de construcción de significado a partir de la experiencia. Nunca ninguna construcción o síntesis de significado estará en perfecta coherencia y total unidad con el polo ideal denominado “organización”. Del mismo modo, ningún intento de construir un significado relativamente unitario y coherente partiendo de un experiencia múltiple y dramática fallará totalmente aunque se sitúe cerca del polo del *continuum*, ideal y abstracto, denominado con el término “desorganización”. Hablar de “desorganización” del apego (seguro o inseguro) significa, pues, hablar de diferentes grados, siempre relativos, de éxito en la construcción de una estructura de significado (Modelos Operativos Internos) unitaria y coherente de la propia experiencia de apego. Y hablar de desorganización significa hablar de un fracaso relativo en dicha construcción. Se trata del mismo principio que permite al médico, por ejemplo, identificar casos de hipertensión arterial, aunque no exista un punto preciso discriminante entre fallos menores y esporádicos de la presión arterial, y fallos más frecuentes y marcados de tales procesos de regulación.

El modelo dimensional, al ser aplicado al apego, requiere estudiar conjunta-

mente la dimensión “seguridad-inseguridad” (implicada en la clásica distinción entre patrón seguro y los dos patrones inseguros, evitativo y resistente) y la dimensión “organización-desorganización”. Cuando se olvida la diferencia entre estas dos diferentes dimensiones, implicadas ambas en el desarrollo de cualquier patrón de apego, se tiende a considerar la desorganización del apego como un cuarto patrón general (el llamado patrón D), y, en particular, como un tercer patrón de apego inseguro después del evitativo y el resistente. Esto es legítimo, pero también ligeramente sesgado. En efecto, en las observaciones empíricas, lo que en el niño aparece desorganizado es un estilo de comportamiento que, si no se viera influido por las consecuencias intersubjetivas del duelo o trauma no elaborado del progenitor, tendería a organizarse en la dirección de la seguridad, o bien en la de la evitación o bien de la resistencia. En la codificación de las observaciones concretas, pues, no se habla de patrón D, sino de patrones D/B, D/A, o D/C. Paralelamente, la dimensión “elaboración/falta de elaboración de traumas” se sobrepone en el progenitor a la dimensión “libertad/falta de libertad del estado mental”. Por tanto, las entrevistas que evalúan el estado mental del progenitor se puntuarán solamente respecto al grado de libertad de representación mental (F, Ds o E) si los eventuales traumas han sido resueltos; pero se puntuarán también, caso de existir, respecto a la falta de elaboración de los traumas, utilizándose en este caso las siglas U/F, U/Ds o bien U/E (la sigla para la falta de elaboración es U, *Unresolved*).

Nótese que estamos utilizando las siglas oficiales del instrumento de medida que evalúa qué estado mental tiene el adulto respecto al apego (*Adult Attachment Interview*, AAI: Hesse, 1999; Main, 1995). Crittenden (1999) ha propuesto un sistema diferente de siglas, y sobre todo un esquema conceptual distinto para el estudio del desarrollo de la personalidad desde los primeros patrones de apego hasta la edad adulta. El resultado de la propuesta de Crittenden, que nos interesa especialmente de cara al análisis de los aspectos tipológicos y dimensionales de la teoría del apego, afirma que la desorganización del apego es un hecho muy poco frecuente y raro, y que muchas de las clasificaciones “desorganizadas” realizadas con el método originario de Main y Goldwin para codificar la AAI en la Situación de Extrañamiento (véase Hesse, 1999) son en realidad comportamientos organizados y adaptativos. Crittenden propone clasificar A/C muchos de estos estilos que según su opinión son estilos organizados de apego, y que en cambio la mayoría de los investigadores consideran desorganizados.

Considerando la divergencia de opiniones entre la mayoría de los investigadores sobre el apego y Crittenden, resulta evidente que la dimensión “organización/desorganización” del apego necesita un análisis más preciso y profundo⁵.

3.2. La desorganización del apego y los trastornos psiquiátricos correlacionados con dicha desorganización

Si se utiliza el modelo dimensional, que yuxtapone el estudio de la dialéctica entre organización y desorganización de los procesos mentales al de la dialéctica entre seguridad e inseguridad en el apego, se puede hacer la hipótesis que la desorganización del apego que de otro modo tendería a organizarse de modo seguro (D/B) conlleva, en el curso del desarrollo, menor riesgo psicopatológico que un apego desorganizado que de otro modo tendería a organizarse de modo evitativo (D/A) o resistente (D/C). Teniendo presente que el apego D/B del niño está correlacionado con un estado mental U/F del progenitor, y que los apegos D/A y D/C correlacionan con los estados mentales U/Ds y U/E del progenitor, respectivamente, podemos encontrar en la experiencia clínica inicial una validación de esta hipótesis (algunas investigaciones longitudinales actualmente en curso quizás ofrecerán una mayor confirmación). Para el clínico, resulta obvio que una relación con un progenitor traumatizado, pero que a pesar de la experiencia traumática tiende a estados mentales “libres” y favorables al intercambio afectivo del apego (U/F), es potencialmente menos patógena que una relación con un progenitor que, además de las secuelas del trauma, rechaza (U/Ds) las demandas de cuidado que el niño le dirige o bien se muestra ambivalente (U/E) ante ellas.

La importancia del tema de la desorganización del apego para la psicopatología se manifiesta cada vez con mayor claridad, a través de un número ya verdaderamente notable de aportaciones clínicas e investigaciones (Anderson & Alexander, 1996; Carlson, 1998; Coe et al., 1995; Fonagy, 1996b; Hesse & Van Ijzendoorn, 1998; Liotti, 1992, 1995, 1999a, 1999b; Liotti, Intreccialagli & Cecere, 1991; Liotti, Pasquini & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2000; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Main & Morgan, 1996; Ogawa et al., 1997). Para el psicoterapeuta, la importancia de estas investigaciones radica en la posibilidad de comprender mejor y tratar más adecuadamente los trastornos caracterizados por fallos más o menos completos de las funciones integradoras de la memoria, de la conciencia y de la identidad, tanto si estos trastornos se configuran bajo la forma clásicamente descrita como disociación, como si toman forma de lo que los psicoanalistas denominan “escisión” (*splitting*), pérdida de cohesión o fragmentación del Sí Mismo (*Self*). Se trata básicamente de trastornos actualmente clasificados como trastornos disociativos o trastornos límite de personalidad.

El valor aplicado a la psicoterapia de las investigaciones basadas en la hipótesis de que la desorganización del apego es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos límite y disociativos, ha sido descrito extensamente, en sus múltiples aspectos, en otros trabajos (Liotti, 1992, 1993, 1994, 1995, 1999a, 1999b, 2000a, 2001). En el presente artículo nos limitaremos a recordar que un punto fuerte de dichas aplicaciones psicoterapéuticas de la investigación sobre la desorganización del apego es la posibilidad de comprender adecuadamente el dramatismo y la

dificultad en las relaciones interpersonales que padecen estos pacientes. La esencia del razonamiento clínico que la investigación sobre la desorganización del apego ofrece al psicoterapeuta puede resumirse de la siguiente manera:

1) En el apego desorganizado, se establece una comunicación entre figura de apego y niño caracterizada por un conflicto grave e insoluble entre distintos sistemas motivacionales de base innata, o dicho según otra perspectiva teórica, un doble vínculo y paradojas comunicativas. En el centro de este conflicto o paradoja comunicativa encontramos que la figura de apego (a causa de sus traumas no resueltos) se comporta con el niño de modo que se muestra, al mismo tiempo, como fuente de seguridad y fuente de miedo y peligro (Main & Hesse, 1990; Liotti, 1992, 2000).

2) En dichas circunstancias, el niño construye un Modelo Operativo Interno dramático, múltiple y disociado (es decir, un Modelo Operativo Interno constituido por temas representativos o “narrativos” donde tanto el Sí Mismo como la figura de apego oscilan entre roles recíprocos de salvador, perseguidor y víctima (Liotti, 1995, 1999a, 1999b, 1999c, 2000a).

3) Este tipo de Modelo Operativo Interno obstaculiza fuertemente, en el curso del desarrollo, la posibilidad de obtener consuelo para el propio dolor mental o ayuda frente a experiencias traumáticas (Liotti, 1999b). La activación del Modelo Operativo Interno de apego desorganizado reactiva, así pues, el temor a que quien da ayuda y consuelo pueda convertirse también después en fuente de daño.

4) Las capacidades metacognitivas se ven, igualmente, fuertemente interferidas durante la activación del Modelo Operativo Interno de apego desorganizado: de este modo resulta muy difícil o casi imposible reflexionar sobre la naturaleza de la experiencia dramática y subjetiva, ligada a la reactivación del sistema de apego, cada vez que se produce (Fonagy et al., 1995; Liotti, 1999c, 2000a; Meins, 1997).

5) La imposibilidad de llegar a una síntesis de significado unitario de la experiencia subjetiva durante la activación del sistema de apego puede llegar hasta la dramática vivencia disociativa de aniquilamiento o de otros dolorosos estados alterados de conciencia (por ejemplo, sensación de vacío mental, despersonalización: Liotti, 1993, 1995, 1999a, 1999b, 2000a).

6) A fin de evitar las dolorosas experiencias de apego conectadas a la reactivación del Modelo Operativo Interno desorganizado, el niño puede aprender, a lo largo del desarrollo, a desactivar el sistema motivacional de apego mediante la activación impropia de otros sistemas motivacionales (agonístico, sexual, de cuidado). Esta inhibición defensiva del sistema de apego mediante la activación enmascarada de otros sistemas motivacionales puede crear notables dificultades en las relaciones interpersonales y en la regulación de las emociones (Liotti, 2000a, 2001).

7) La reactivación del Modelo Operativo Interno de apego desorganizado es muy probable en el curso de la relación terapéutica con pacientes límite o con trastornos disociativos. Dicha reactivación comporta paradójicamente un aumento del dolor mental y del miedo en los momentos en que el paciente siente que necesita la ayuda del terapeuta, y que éste es capaz de dársela: se crea entonces una situación desesperada que a menudo precede a la interrupción prematura del tratamiento, tan típica en estos pacientes (Liotti, 1999c, 2000a, 2001b).

En base a este razonamiento clínico, el terapeuta puede comprender mejor qué tipo de dificultad está experimentando el paciente en la relación terapéutica (y en otras relaciones de ayuda o en cualquier relación que active el apego). Entonces, si las capacidades metacognitivas del paciente lo permiten, el terapeuta intentará reflexionar conjuntamente con el paciente sobre el origen, en la reactivación de los recuerdos dramáticos de los apegos del pasado, de la dificultad actual que sienten que existe en la relación terapéutica, y de este modo superar el *impasse*. Cuando las capacidades metacognitivas del paciente no permiten este tipo de trabajo clínico de reflexión sobre la relación terapéutica en curso a la luz de los recuerdos de anteriores relaciones de apego, puede intentar prevenir el *drop-out* (abandono del tratamiento) y los sufrimientos del paciente introduciendo a su lado una segunda figura terapéutica (por ejemplo, un psicoterapeuta familiar que vea al paciente junto con su familia mientras se sigue una psicoterapia individual, un psicoterapeuta de grupo, o bien incluso un segundo terapeuta individual: Wine & Carter, 1999).

La teoría del apego ofrece una explicación elegante y económica para la praxis frecuente que utiliza dos distintos *settings* terapéuticos en el tratamiento de los pacientes límite y con trastornos disociativos (y de otros pacientes difíciles). La activación del sistema de apego, cuando sólo se cuenta con una figura de apego (por ejemplo, un solo terapeuta) es más frecuente e intensa (por ejemplo, ante eventuales ausencias del terapeuta, o ante algunas inevitables y pequeñas faltas de empatía), que cuando se puede contar con dos figuras de apego (dos terapeutas). Por tanto, si el riesgo de sufrimiento emocional del sistema de apego y de trastornos de conciencia que anteceden al *drop-out* se correlaciona con la activación del sistema de apego (como parece que sucede en el apego desorganizado y en los trastornos límite y disociativos), un dispositivo de tratamiento, que incluya dos terapeutas y que prevenga activaciones demasiado intensas y frecuentes de dicho sistema motivacional, protegerá todo el proceso terapéutico. El hecho que dos terapeutas, que trabajen de manera coordinada entre ellos y siguiendo un mismo modelo teórico, obtengan mejores resultados con los pacientes límite respecto a otros *settings* terapéuticos (sólo terapia individual, o sólo grupal, o sólo familiar) está ya ampliamente demostrado por algunas investigaciones bien controladas, realizadas tanto en el ámbito psicoanalítico (Bateman & Fonagy, 1999, 2001) como en el cognitivo-comportamental (Linehan, 1993; Bohus et al., 2000).

4. REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

El contexto terapéutico que encontramos en el tratamiento de trastornos límite y disociativos, con su intensa y dramática expresividad emocional, nos da pie a detenernos ahora en otro tema conceptual fundamental de la teoría del apego, de enorme importancia para la conducción de la psicoterapia: el tema de la regulación de las emociones.

La teoría del apego invita al psicoterapeuta, que se encuentra ante cualquier experiencia emocional demasiado intensa de un paciente (el miedo excesivo en un trastorno de ansiedad, la cólera explosiva de un trastorno de personalidad, la tristeza excesiva de un trastorno distímico, el sentido de culpa excesivo de un trastorno obsesivo-compulsivo, la vergüenza excesiva de una fobia social) a preguntarse no solamente y no tanto de qué conflicto, o de qué estructura cognitivo-narrativa disfuncional, pueda derivarse tal exceso de experiencia emocional, sino a indagar, en la estructura del Modelo Operativo Interno de apego del paciente, qué es lo que obstaculiza la autorregulación eficaz de esa determinada emoción.

Según la teoría del apego, el niño no es capaz de regular su propia experiencia emocional, tanto si deriva de la activación del sistema de apego (por ejemplo, ansiedad ante una separación anticipada), como si deriva de la activación de otros sistemas motivacionales (por ejemplo, humillación o vergüenza cuando es vencido en una competición). Para regular sus emociones, el niño necesita que sus figuras de apego den respuestas eficaces de cuidado. En el apego seguro, dichas respuestas permiten al niño no sólo obtener la reducción de la intensidad excesiva de cualquier experiencia emocional, sino también la confianza en el sentido y valor de las mismas emociones. En otras palabras, en el apego seguro, no sólo se calman las emociones del niño, sino que también se validan (para usar la feliz expresión de Linehan, 1993) a través de la actitud que toma la figura de apego hacia dichas emociones. El niño con un apego seguro aprende de este modo a conocer, sin temerlas o tener que esforzarse para prevenirlas o evitarlas, todas las emociones, agradables o desagradables, aunque siempre funcionales a la adaptación interpersonal, que la gama de sus sistemas motivacionales innatos potencialmente le ofrece. Este adecuado conocimiento de su propia vida emocional es, por una parte, la condición para poder autorregular mitigándola la intensidad y, por otra parte, es la base para comprender adecuadamente la vida emocional de los otros, condición indispensable para una vida interpersonal mínimamente satisfactoria. De este modo, del Modelo Operativo Interno del apego seguro afloran las bases del sistema cognitivo que permiten la autorregulación de las emociones.

En cambio, en las distintas formas de apego inseguro y en el apego desorganizado podemos suponer que el Modelo Operativo Interno vehicula expectativas y significados que conducen a una invalidación, más o menos amplia, de la propia experiencia emocional. Algunas emociones, en lugar de ser reconocidas como normales manifestaciones de la inevitable activación de los sistemas motivacionales

de base innata (y, por tanto, dotadas de valor y función en la vida interpersonal), se experimentan como algo intrínsecamente negativo (por ejemplo, porque son desaprobadas por la figura de apego, o bien porque la figura de apego no las capta), que es necesario evitar a toda costa y sobre lo cual no es bueno pararse a reflexionar. Tales emociones, por definición no pueden ser reguladas adecuadamente por el paciente y, por tanto, se manifiestan con notable intensidad (hasta incluso convertirse en síntomas de un determinado trastorno emocional), o bien alteran las funciones fisiológicas en el intento de reprimirlas (hasta poder provocar trastornos psicosomáticos).

La reflexión sobre la teoría del apego como teoría de la regulación de las emociones es actualmente objeto de atención por parte de muchos investigadores, incluso en relación a los aspectos neuropsicológicos del problema (Shrore, 2000; Siegel, 1999). Para el psicoterapeuta, este aspecto de la teoría del apego se refleja en adoptar una actitud de atención constante centrada en perseguir algunas metas psicoterapéuticas fundamentales (por ejemplo: poder nombrar y reconocer correctamente las emociones en uno mismo y en los demás; dejar de prevenirlas o evitarlas, intentando, por el contrario, conocerlas y encauzarlas; reflexionar sobre el significado y valor, evolutivamente determinado, de cada emoción, incluso de las más desagradables). Estas metas contribuyen a ayudar al paciente a volver a tener confianza en sus propias experiencias emocionales inmediatas, respecto a las descripciones-valoraciones negativas eventualmente dadas por los demás o por sus propias estructuras cognitivas (Modelo Operativo Interno de apego inseguro o desorganizado).

Es obvio que la teoría del apego no es compatible con las praxis psicoterapéuticas que consideran las emociones, privadas de bases innatas y, por tanto, sin ningún valor de cara a la supervivencia o valor adaptativo (*fitness*) evolutivamente determinado. Para la psicología evolucionista cada emoción (incluso la envidia, la vergüenza, la tristeza, la culpa) tienen una base originaria útil de cara a la adaptación. Lo que hace que una emoción sea anormal o patológica es sólo y siempre una falta de conocimiento de su valor y de sus límites, y, por tanto, un déficit de regulación de su intensidad y expresión (para profundizar en este tema, respecto a la concepción de la psicopatología y a la conducción de la psicoterapia, véase Liotti, 2001). El psicoterapeuta que utilice la teoría del apego acogerá cualquier emoción del paciente como sana en su base innata y anormal sólo en su modalidad experiencial y expresiva, para luego esforzarse en identificar, en el Modelo Operativo Interno de un apego inseguro o desorganizado, cuáles son los orígenes de dicho déficit de regulación emocional. Un importante corolario de dicha actitud terapéutica es rechazar la hipótesis que supone una destructividad primaria en el ser humano: las emociones y sentimientos destructivos quedan adscritos a la ignorancia del significado y valor de la vida mental propia y ajena, y los orígenes de esta ignorancia pueden hallarse a menudo en las vicisitudes del apego (De Zulueta, 1993).

5. INTERSUBJETIVIDAD

Dado que, según la psicología evolucionista, las emociones se producen en contextos interpersonales, y la capacidad de reconocer su significado y valor, y de regularlas, depende también de contextos interpersonales, la teoría del apego pertenece a las corrientes de pensamiento psicoterapéutico que hacen suya la tesis de la intersubjetividad (Mitchell, 2000). La tesis central que está en la base del concepto de intersubjetividad afirma que cada fenómeno psicológico, incluida la experiencia subjetiva consciente (Liotti, 1994), sólo puede ser adecuadamente comprendida tomando en consideración los contextos interpersonales en los que se origina, se desarrolla y se observa.

No es posible, por tanto, si se quiere aplicar de modo coherente la teoría del apego a la psicoterapia, considerar el estilo de apego de un paciente adulto como una característica suya intrapsíquica, dependiente en su origen de las primeras relaciones de apego, pero independiente de sus relaciones actuales, incluida la psicoterapéutica. Bien al contrario, todo lo que el terapeuta hace, y todo lo que hacen las otras personas significativas en la vida actual de un paciente adulto contribuye a modular su estilo de apego observable en el mismo grado con que en su origen contribuyeron las primeras relaciones de apego. Y esto tiene varias e importantes implicaciones para la psicoterapia.

En primer lugar, la idea de que la predisposición del paciente a recibir respuestas positivas o negativas ante sus demandas de apego interactúa continuamente con la disposición del terapeuta a responder positiva o negativamente ante tales demandas, permite hacer una revisión más próxima a la tesis de la intersubjetividad que los conceptos clásicos de transferencia y contratransferencia (para una reformulación de los problemas del estudio de la transferencia y contratransferencia a la luz de la teoría del apego, véase Slade, 1999). En segundo lugar, la naturaleza intersubjetiva actual (y no sólo ligada al pasado) de las interacciones ligadas al apego tiene importantes implicaciones para el estudio de la psicoterapia. En efecto, si el psicoterapeuta actúa respecto a las dinámicas de apego que el paciente expresa en la relación terapéutica, de modo sistemáticamente distinto al que actuaron las figuras de apego originarias (y distinto también al que actúan las figuras de apego actuales), el estilo de apego del paciente cambiará, como mínimo dentro de la relación con el terapeuta, y si dicha relación perdura en el tiempo, cambiará bastante y de modo duradero. En otras palabras, según la teoría del apego, el Modelo Operativo Interno que el paciente ha construido en sus primeras relaciones de apego y ha confirmado en sus posteriores relaciones interpersonales significativas, aunque haya sido muy importante en el desarrollo y mantenimiento de su organización cognitiva y de su personalidad, no puede concebirse, en principio, como algo absolutamente inmodificable. Sólo la tendencia humana a buscar ayuda y consuelo en situaciones de peligro, dolor o soledad excesiva es inmodificable. Experiencias correctivas del Modelo Operativo Interno

originario dentro de la relación terapéutica, por muy difíciles que pueda resultar llevarlas a la práctica, son siempre, en principio, posibles.

Estas consideraciones nos invitan a reflexionar sobre qué dirección tendría que tomar una experiencia correctiva del Modelo Operativo Interno de apego, dentro de una relación psicoterapéutica. Si es cierto que el apego seguro facilita una mayor eficacia de los procesos metacognitivos y también un desarrollo más adecuado de los sistemas de regulación de las emociones, resulta entonces claro que una experiencia correctiva, dentro de la relación terapéutica, tendría que aproximarse lo más posible al ideal de apego seguro. La existencia de una norma ideal y funcional para el sistema de apego, fundamentada en bases evolucionistas y representada por el apego seguro, marca una importante diferencia entre la psicoterapia basada en la teoría del apego (es decir, la teoría que fue originariamente desarrollada por Bowlby y que posteriormente ha sido aplicada a la investigación científica) y otras líneas de psicoterapia que aunque hayan hecho suya la idea de intersubjetividad, se inspiran fundamentalmente en los principios del constructivismo radical y no tanto en los del evolucionismo.

Como es sabido, la tesis subyacente a una concepción constructivista radical de la intersubjetividad es la afirmación que el paciente y el terapeuta co-construyen la experiencia y la narrativa que constituyen el proceso psicoterapéutico. El trabajo mental que paciente y terapeuta realizan en psicoterapia es, por tanto, una co-construcción, una construcción conjunta de nuevos significados para la experiencia. Desde el punto de vista de la teoría del apego, lo que constituye la esencia y núcleo central del trabajo psicoterapéutico no es tanto la construcción conjunta de nuevos significados, sino más bien la regulación conjunta de las experiencias emocionales, *orientada hacia una dirección determinada y precisa por el ideal evolucionista de la seguridad en el apego y de la cooperación paritaria* (Liotti, 1994, 2001). Además de co-construir significados, paciente y terapeuta corregulan emociones. La construcción terapéutica de nuevos significados es válida y eficaz sólo si permite una mejor regulación de las emociones. Qué se debe entender por “mejor” regulación de las emociones puede a su vez definirse, según la teoría del apego, mediante principios basados en la historia evolutiva de la especie humana más que en la cultura o en el grupo social de pertenencia.

En el panorama de la psicopatología y de la psicoterapia contemporánea, profundamente influenciada por el pensamiento postmoderno, la indicación a seguir una norma ideal y funcional para un sistema de conducta humana, una norma definida por la evolución de la vida y, por tanto, universal respecto a las variables culturales y sociales, suena ciertamente como una afirmación difícil de aceptar. Sin embargo, dicha afirmación caracteriza decididamente la teoría del apego tal como fue originariamente formulada por Bowlby, y se ha visto validada por los resultados obtenidos hasta el momento en todas las investigaciones realizadas sobre las correlaciones entre apego seguro por una parte y por otra de diversos aspectos del

funcionamiento mental que cada cultura considera positivos o deseables para la salud del individuo (capacidad metacognitiva, desarrollo óptimo de la Teoría de la Mente, regulación eficaz de las emociones, protección frente al desarrollo de determinados trastornos psicopatológicos). El psicoterapeuta que quiera aplicar de modo coherente y completo a su trabajo clínico la teoría del apego y sus resultados empíricos, tendrá que prestar especial atención a intentar conjugar una teoría y una línea de investigación profundamente fundamentadas en el pensamiento científico moderno con posiciones epistemológicas postmodernas (para una extensa discusión de este tema, véase Cortina, 1999). La teoría y la investigación sobre el apego prevén una amplia variabilidad, también en función de la sociedad y cultura, de las construcciones individuales de significado compatibles con un grado suficiente de seguridad y organización del apego. Dicha variabilidad no es absoluta, y debe respetar, si se quiere preservar la salud mental, los vínculos biológicos impuestos por la evolución a la gran libertad humana de construir significados y estilos de vida alternativos.

En otras palabras, los tipos de constructivismo compatibles con la teoría del apego no son ni el constructivismo radical, ni el constructivismo social postmodernos, sino el que en los años veinte del siglo pasado proponía Jean Piaget (quien reconocía la existencia de leyes universales, evolutivamente fundamentadas y científicamente investigables del desarrollo cognitivo humano, Flavell, 1963) y la concepción filosófica de Martin Buber (1923), que identificaba en el principio dialógico la base tanto de la libertad humana, como de los vínculos a los cuales dicha libertad está sujeta. Parafraseando el pensamiento de Buber, podemos decir que la seguridad en el apego aflora, gracias a la aceptación de la naturaleza humana propia y universal, de una relación en la cual dominan las experiencias de Yo-Tú, una relación en la cual progenitor y niño se encuentran y progresivamente se reconocen como centros autónomos de iniciativa y al mismo tiempo como interdependientes uno del otro. En cambio, en la inseguridad del apego predominan los aspectos dialógicos ligados al Yo-Eso, en el cual el otro es percibido como «una cosa entre las cosas», a la que se puede idolatrar, explotar, mantener alejada, conquistar, manipular. En la vivencia humana, en el diálogo humano, el Yo-Tú y el Yo-Eso están, siempre y necesariamente, ambos presentes (Buber, 1923). De la dialéctica continua entre el Yo-Tú y el Yo-Eso nace la libertad humana de construir significados distintos en distintos lugares y distintos tiempos de la Historia. Sin embargo, si en el diálogo humano, el Yo-Eso privado del reconocimiento de leyes universales llega a predominar sobre el Yo-Tú (que se basa tácitamente en el reconocimiento de la existencia de dichas leyes), entonces se abren las puertas al aumento del sufrimiento que la psicopatología estudia, y que la psicoterapia intenta curar.

El presente artículo se propone hacer una revisión de los temas teóricos y empíricos ligados a la teoría del apego y a la investigación que de ella se deriva, focalizándose en sus aplicaciones psicoterapéuticas pero sin hacer referencia a ninguno de los principales modelos de psicoterapia actuales (psicoanálisis, terapia cognitiva, terapia familiar). Se analizan en detalle, debido a sus repercusiones en el praxis clínica del psicoterapeuta: (1) las bases evolucionistas de la teoría del apego, (2) la dialéctica existente entre los diferentes tipos y dimensiones del apego (en especial, la desorganización del apego), (3) los aspectos de la teoría relacionados con la cognición humana, el desarrollo y organización de la personalidad y (4) la regulación de las emociones. Y finalmente se analiza cómo una psicoterapia basada sobre la teoría del apego debe situarse en el marco de un debate entre el pensamiento moderno y postmoderno en psicoterapia.

Palabras clave: *teoría del apego, evolucionismo, Modelos Operativos Internos, regulación de las emociones, apego y cognición, psicoterapia*

Notas al texto:

- ¹ Nótese que, por esta razón, la exploración de las representaciones del sí-mismo y de los demás, ligadas al sistema sexual del paciente se ve necesariamente limitada en psicoterapia. De las expectativas, fantasías o estrategias comportamentales referidas a la sexualidad del paciente, el terapeuta sólo puede conocer lo que se puede deducir del relato de dichos estados mentales mientras terapeuta y paciente están motivados, dentro de la relación, por un sistema distinto al sexual (cooperativo, o de apego-cuidado, o agonístico). Y esto debido a razones obvias, tanto deontológicas como de necesaria praxis profesional.
- ² Como testimonio de la centralidad del pensamiento evolucionista en su obra, Bowlby quiso dedicar las últimas energías de su vida a una biografía de Charles Darwin, que se publicó justamente dos meses antes de su muerte (Bowlby, 1990).
- ³ Para una revisión reciente de la evolución del concepto de Modelo Operativo Interno, y de sus relaciones con los patrones de apego, véase Bretherton & Munholland (1999).
- ⁴ Las aplicaciones a la psicoterapia de la hipótesis sobre los itinerarios de desarrollo que llevan de los diversos patrones de apego a los diversos trastornos psicopatológicos han sido objeto de diversos trabajos, (por ejemplo, véase: Guidano & Liotti, 1983; Bara, 1996, para una mayor profundización).
- ⁵ Para situar adecuadamente, en el panorama actual de la investigación sobre el apego, la polémica creada por Crittenden sobre el tema de la desorganización, conviene recordar que el modelo de Crittenden, por declaración explícita de la autora, se ubica fuera del paradigma originario de la teoría del apego. En efecto, Crittenden, en su libro italiano, declara ser la “oveja negra” de la investigación del apego, y basar su reflexión en una inversión del concepto de “base segura” (Crittenden, 1999, pág. 26). El concepto de “base segura” es la metáfora fundamental (*ground metaphor*, en el lenguaje de la filosofía de la ciencia contemporánea) de la teoría del apego (Bowlby, 1988). Invertir la metáfora fundamental de una teoría científica significa querer construir una teoría distinta, lo cual es obviamente legítimo cuando, como hace Crittenden, se dice claramente. Nótese también que la propuesta de nuevas categorías de apego que hace Crittenden en su último libro no está respaldada por pruebas empíricas de correlación, es decir, contrariamente a lo que sucede con la categorización utilizada por otros investigadores del apego, no se basa por el momento en ningún

resultado empírico capaz de conectar las nuevas y numerosas categorías de apego de los adultos, propuestas por ella, a los patrones de apego de los niños observados en la Situación de Extrañamiento.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E. & WALL S. (1978) *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- AMINI F., LEWIS T., LANNON R., LOUIE A., BAUMBACHER G., MCGUINNES T. & ZIRKER E. (1996) Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- ANDERSON, C.L. & ALEXANDER, P.C. (1996) The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59, 240-254.
- BARA, B. (1996), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BARON-COHEN, S. (1995) *Mindblindness: An essay on autism and the theory of mind*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (1999) Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: A randomised control trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BOHUS, M., HAAF, B., STIGLMAYR, C. & LINEHAN, M. (2000) Evaluation of inpatient dialectical-behavioural therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38, pp. 875-887.
- BOWLBY, J. (1969) *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1972) *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- BOWLBY, J. (1980) *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1988) *A secure base*. London: Routledge.
- BOWLBY, J. (1990) *Charles Darwin: A new biography*. London: Hutchinson.
- BUBER, M. (1923) *Ich un Du*. In "Das dialogische Prinzip". Heidelberg: Lambert Schneider.
- BRETHERTON, I. (1991) The roots and growing points of attachment theory. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- BRETHERTON, I. & MUNHOLLAND, K.A. (1999) Internal Working Models in attachment relationships: A construct revisited. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- BYNG-HALL, J. (1999) Couple and family therapy. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- CARLSON, E.A. (1998), A prospective longitudinal study of disorganized/ disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- CASSIDY, J. & SHAVER, P.R. (Eds.) (1999) *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- COE, M.T., DALEENBERG, C.J., ARANSKY, K.M. & RETO, C.S. (1995) Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation*, 8, 142-154.
- CORTINA, M. (1999) Causality, adaptation and meaning: A perspective from attachment theory and research. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 557-596.
- CRITTENDEN, P.M. (1995) *Attachment and psychopathology*. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- CRITTENDEN, P.M. (1999) *Attaccamento in età adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- EAGLE, M. (1987) The psychoanalytic and the cognitive unconscious. In R. Stern (Ed.) *Theories of the unconscious and theories of the self*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- EDELMAN, G. M. (1989) *The Remembered Present: A Biological Theory of Consciousness*. New York: Basic Books.

- DE ZULUETA, F. (1993) *From pain to violence: The traumatic origins of human destructiveness*. London: Routledge.
- FLAVELL, J.H. (1963) *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FONAGY, P. (1999a) Psychoanalytic theory from the perspective of attachment theory and research. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- FONAGY, P. (1999b) The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment & Human Development*, 1, 92-115.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY R., MATTOON, G. & TARGET, M. (1995) Attachment, the reflective self, and borderline states. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- FRALEY, R.C. & WALLER, N.G. (1998) Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J.A. Simpson, W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p.77-113). New York: Guilford Press.
- GILBERT, P. (1989) *Human nature and suffering*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- GILBERT, P. (2000) Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Brunner/Routledge.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983) *Cognitive processes and the emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- HESSE, E. (1999) The Adult Attachment Interview. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford.
- HESSE, E. & VAN IJENDOORN, M. (1998) Parental loss of close family member and propensities towards absorption in the offspring. *Developmental Science*, 1, pp. 299-305.
- LIOTTI, G. (1986) Structural cognitive therapy. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- LIOTTI, G. (1992) Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- LIOTTI, G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS. (Terza ristampa: Roma: Carocci Editore, 2000).
- LIOTTI, G. (1995) Disorganized / disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LIOTTI, G. (1999a) Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (1999b) Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757-783.
- LIOTTI, G. (1999c) Il nucleo del disturbo borderline di personalità: Una ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16, pp. 53-65.
- LIOTTI, G. (2000a) Disorganised attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Brunner/Routledge.
- LIOTTI, G. (2000b) Tipi e dimensioni dell'attaccamento nella terapia cognitiva. *Psicobiettivo*, 20 (3), 17-32.
- LIOTTI, G. (2001) *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1996) Los sistemas comportamentales interpersonales en la relacion terapeutica. *Revista de Psicoterapia*, 26, 13-24.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1998) Metacognition and motivational systems in psychotherapy. In C. Perris, P.D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders*. New York: Wiley.
- LIOTTI, G., INTRECCIALAGLI, B. & CECERE, F. (1991) Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi della prole: Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26, 283-291.
- LIOTTI, G., PASQUINI, P., & THE ITALIAN GROUP FOR THE STUDY OF DISSOCIATION (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- LINEHAN, M. M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- LYONS-RUTH, K. & JACOBVITZ, D. (1999) Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- MAIN, M. (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- MAIN, M. (1995) Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (pp. 407-474).
- MAIN, M. & HESSE, E. (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: Chicago University Press.
- MAIN, M. & MORGAN, H. (1996) Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press.
- 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.
- MEINS, E. (1997) *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- MITCHELL, S. (2000) *Relationality: From attachment theory to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- OGAWA, J.R., SROUFE, L.A., WEINFELD, N.S., CARLSON, E.A. & EGELAND, B. (1997) Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 855-879.
- SCHORE, A.N. (2000) Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2, 23-47.
- SIEGEL, D.J. (1999) *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- SLADE, A. (1999) Attachment theory and clinical research: Implications for the practice of individual psychotherapy with adults. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- SOLOMON, J. & GEORGE, C. (Eds.) (1999) *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- WEISS, J. (1993) *How psychotherapy works*. New York: Guilford Press.
- WINE, B. & CARTER, J. (1999) Parallel individual therapy: A treatment model for the seriously disturbed. *Voices*, 35, N°1.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

APEGO, ORGANIZACIÓN DEL SIGNIFICADO Y RECIPROCIDAD EMOCIONAL: UNA TERAPIA DE PAREJA

Maurizio Dodet

Asociación de Psicología Cognitiva, Roma

Laboratorio de Psicología Cognitiva Postracionalista, Roma

An application of attachment theory to a single case of couple therapy is presented in this article from a Postrationalistic and Constructivistic point of view. The conceptual framework of this article is inspired in the work of Patricia Crittenden, Furio Lambruschi and Vittorio Guidano.

Key words: Attachment, couple therapy, postrationalistic therapy, personal meaning, cognitive organización del significado, narrative identity, narrated history, emotional reciprocity

INTRODUCCIÓN

En el modelo cognitivo postracionalista, se considera al hombre como un sistema con capacidades autorreferenciales y de auto-eco-organización (Morain, 1993) que crea y por lo tanto articula un significado particular en el arco de todo el ciclo vital (Guidano, 1991, 1995). Este presupuesto de base sitúa la intersubjetividad y las dinámicas de apego en el centro de nuestro modelo, al ser ésta la dimensión en la que se crea y se desarrolla una organización de significado.

Entendemos por intersubjetividad una dimensión en la que conocerse a sí mismo y el mundo es posible sólo en relación con los demás y, en consecuencia, sólo mediante el establecimiento de relaciones caracterizadas por un grado de reciprocidad emocional (Bowlby, 1969; Guidano, 1987) y por un nivel de intimidad. En las primeras fases de vida, en el interior de diversos modelos de apego se originan diversos itinerarios de desarrollo caracterizados por haberse creado a partir de un núcleo invariable definido como “significado personal” que determina la formación de una “organización del dominio emocional” específica de la que los “modelos internos de apego” son uno de los principales componentes (Guidano, 1987).

En los estados de maduración personal, las relaciones caracterizadas por un

grado significativo de reciprocidad emocional están estrechamente correlacionadas con la diferenciación y el desarrollo de los contornos del self; en la edad adulta las relaciones sentimentales adoptan la función autorreferencial de confirmar, estabilizar y articular con posterioridad los modelos de coherencia de sí mismo que se han estructurado hasta aquel momento (Guidano, 1991).

Los rasgos de exclusividad y unicidad de estas relaciones representan un *continuum*: los más precoces permiten percibir un mundo en el que reconocer la propia existencia; más adelante, en la vida adulta representan una modalidad básica para poder percibir un sentido de unicidad e individualidad que consiste en el sentirse uno mismo en el mundo.

En consecuencia, podemos considerar que una relación adulta se caracteriza por un grado de reciprocidad emocional que nace entre dos sistemas portadores de un significado que ha tomado la forma de un tema de vida determinado, que se manifiesta en un estilo afectivo particular (Ruvolo & Fabian, 1999).

La reciprocidad emocional en una relación significativa nace del engranaje de dos significados personales; de este engranaje surge, a nivel individual, una experiencia prototípica del self que no puede reconocerse (autoatribuirse) ni narrarse si no es en relación a la otra persona en particular.

Vivir una activación emocional en la inmediatez de una relación con otra persona significativa y atribuirla a uno mismo a través de una narración común es el núcleo fundamental de una pareja, ya sea la de una madre con su hijo o la de una relación sentimental entre dos adultos.

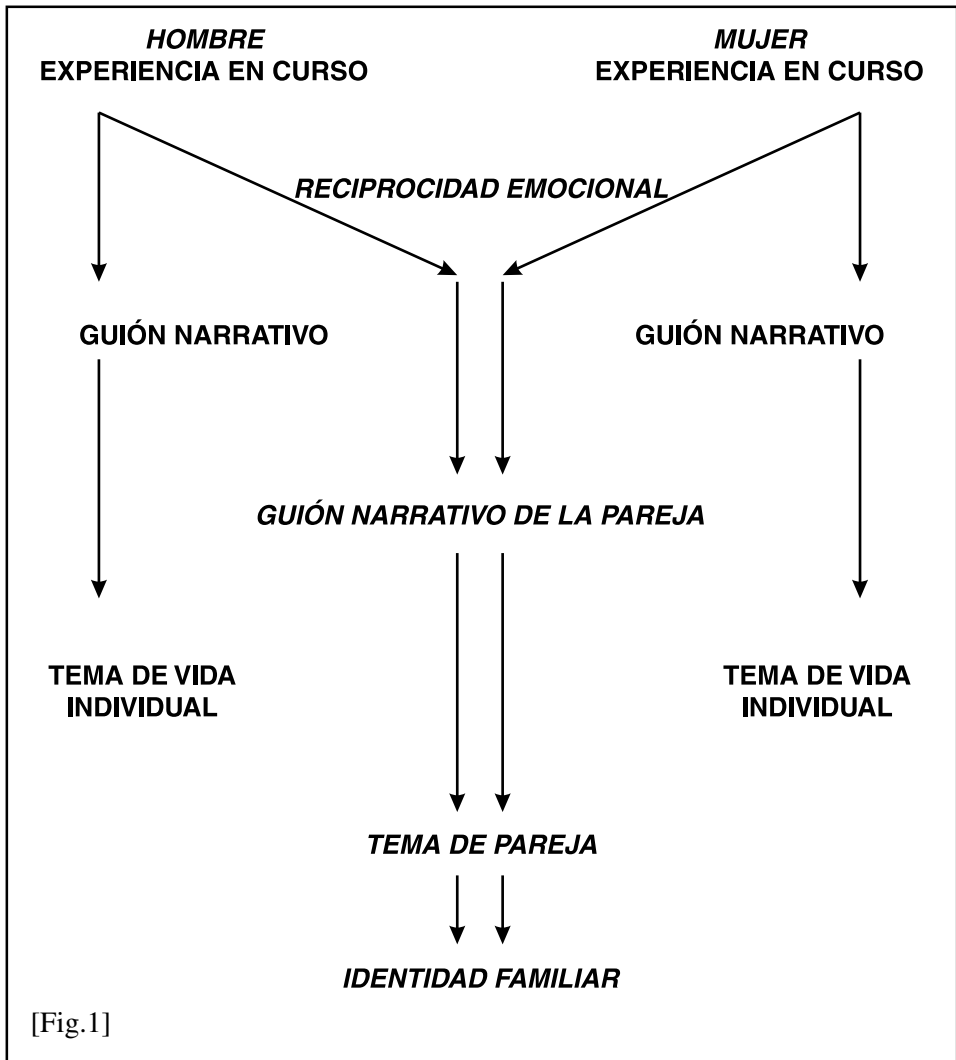
Estudiar cómo nace y se desarrolla una experiencia de reciprocidad emocional representa el núcleo del enfoque cognitivo postracionalista sobre la relación.

Considero que experimentar un grado de reciprocidad emocional en una relación significativa da vida a dos procesos paralelos de atribución a sí mismo de esa experiencia: uno individual y otro común que representan la articulación de los dos significados y de su engranaje (Guidano, Dodet, 1993; Dodet, 1999).

La integración de las tramas narrativas individuales genera una trama narrativa común que crea a su vez un tema de pareja que se convierte en el núcleo fundamental de una percepción de uno mismo que ya no puede prescindir del otro significativo [Fig.1].

Con el tiempo, el tema de pareja se va estructurando en una identidad familiar que caracteriza y especifica el sentirse cada uno parte de un núcleo bien definido respecto a todos los demás (Bennet, Wolin, McAvity, 1988).

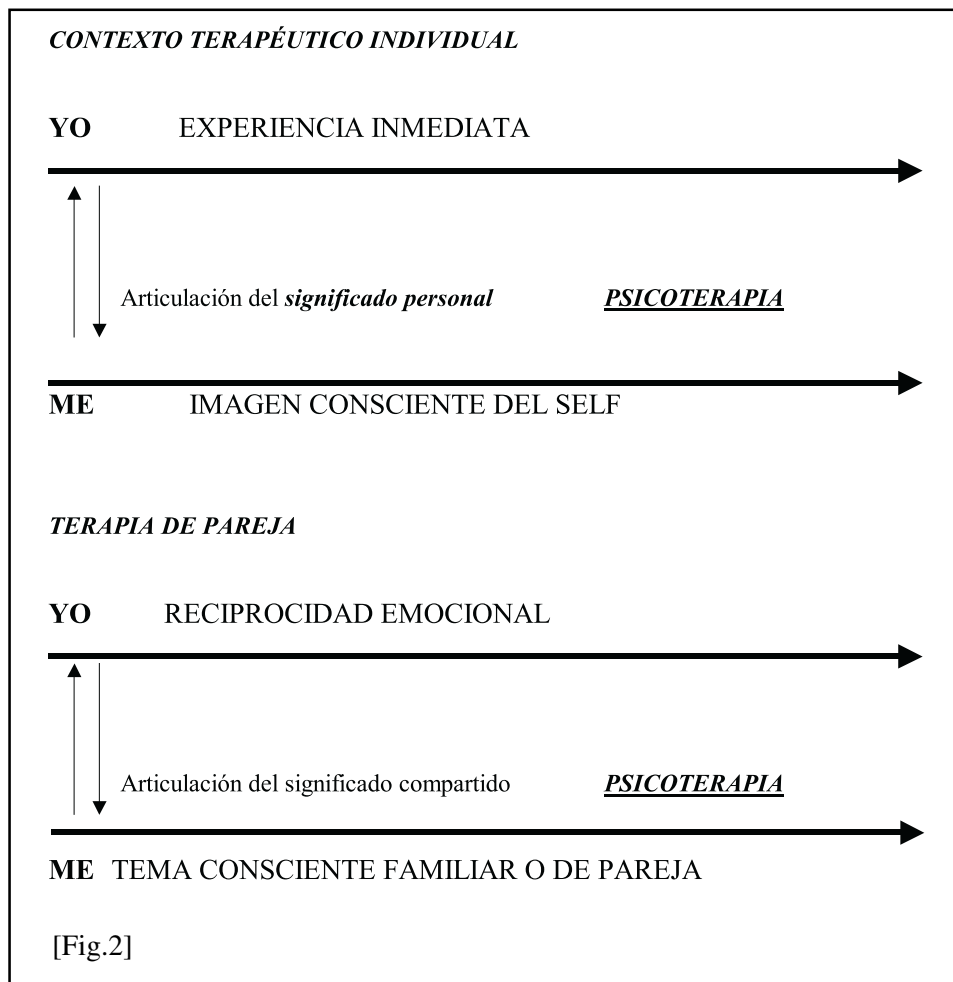
De acuerdo con el modelo cognitivo postracionalista, la intervención psicoterapéutica en un contexto individual se inserta en ese espacio donde la percepción inmediata de sí se transforma en imagen consciente de uno mismo a través de la articulación del significado personal; en un contexto familiar, el objetivo principal del trabajo consistirá en poner de manifiesto las dinámicas a través de las cuales los sujetos se narran al crear y articular un significado compartido que pueda



hacer coherente la experiencia de reciprocidad emocional. [Fig.2]

En las sesiones de pareja observamos a menudo que el relato común, característico de un periodo de armonía, se transforma, en caso de crisis, en relatos separados, que se caracterizan por secuencias de acontecimientos distintas para cada uno y con una valoración emocional distinta, como si, de nuevo, emergieran de modo prepotente los significados individuales.

La trama narrativa común se quiebra y se fragmenta en las dos tramas narrativas individuales. Esta fragmentación es la expresión de un cambio de intensidad y calidad de la reciprocidad emocional experimentada en la relación y de la consiguiente dificultad de atribución a través de la creación de una trama narrativa



común. Un trabajo terapéutico, en consecuencia, deberá tener como objetivo recrear una narración compartida que permita una redefinición de la relación.

LA BÚSQUEDA DE UNA NARRACIÓN COMPARTIDA: EL CASO DE MARCO Y LAURA

Marco y Laura se presentan a terapia, derivados por una colega con la indicación de una terapia de pareja para hacer frente a un estado depresivo de ella que ya hace unos tres años que persiste y que ha sido tratado con diversos tipos de fármacos sin ningún resultado destacable. Ya desde el inicio de la exposición de los problemas que afectan a Laura se pone de manifiesto que sus cambios de humor se hallan en relación a contextos en los que se encuentra en familia, por la noche o durante el fin de semana, y disminuyen en el ambiente laboral donde parece bien

adaptada. Igualmente se puede observar de inmediato un gran malestar en la pareja: Marco habla de lo dificultoso que resulta tener relaciones sexuales con frecuencia, se lamenta de los periodos recurrentes de depresión de su mujer indicándolos como la causa de sus problemas; Laura se lamenta llorando de una insatisfacción profunda al no sentirse comprendida en sus necesidades más elementales. Apunta también a una anorgasmia primaria.

Me llama la atención una gran diferencia entre los dos: la rigidez, casi inexpresividad, de él, sin dejar entrever ninguna emoción incluso en los pasajes más dramáticos del relato de su mujer; ella, una mujer que aparenta ser más joven de lo que es, con capacidad de expresar emociones y con una relativa conciencia de su problema. Laura tiene treinta-y-siete años y es secretaria de dirección; Marco tiene cuarenta-y-tres años, es licenciado en derecho y trabaja en una empresa; se casaron hace diecinueve años, después de pocos meses de conocerse, a causa de un embarazo. Tienen dos hijos: Luca de dieciocho años y Valentina de doce.

El relato de la historia de su relación lo hace principalmente Laura: se conocieron muy jóvenes, con diecisiete y veintitrés años, y al cabo de pocos meses ella se dio cuenta de que estaba embarazada pese a no estar segura de haber tenido una relación sexual completa. Las familias insisten en la conveniencia del matrimonio y, en consecuencia, terminan por casarse.

En las primeras fases de la terapia reconstruimos la sucesión de periodos de depresión de Laura y se pone de manifiesto que se corresponden con momentos en los que la relación entre los dos cónyuges parece particularmente pobre: Laura describe un sentimiento de impotencia para lograr manejar ciertos comportamientos del marido que siente como intrusivos y como signo de su incapacidad por comprender sus necesidades.

El síntoma depresivo parece ser la defensa extrema de un espacio emocional propio. Paradójicamente, en estado de depresión, Laura se siente más definida y capaz de contener la rigidez del marido que se expresa en comentarios continuos sobre su actuación que ella vive como críticas y que le generan sentimientos de inadecuación continuos.

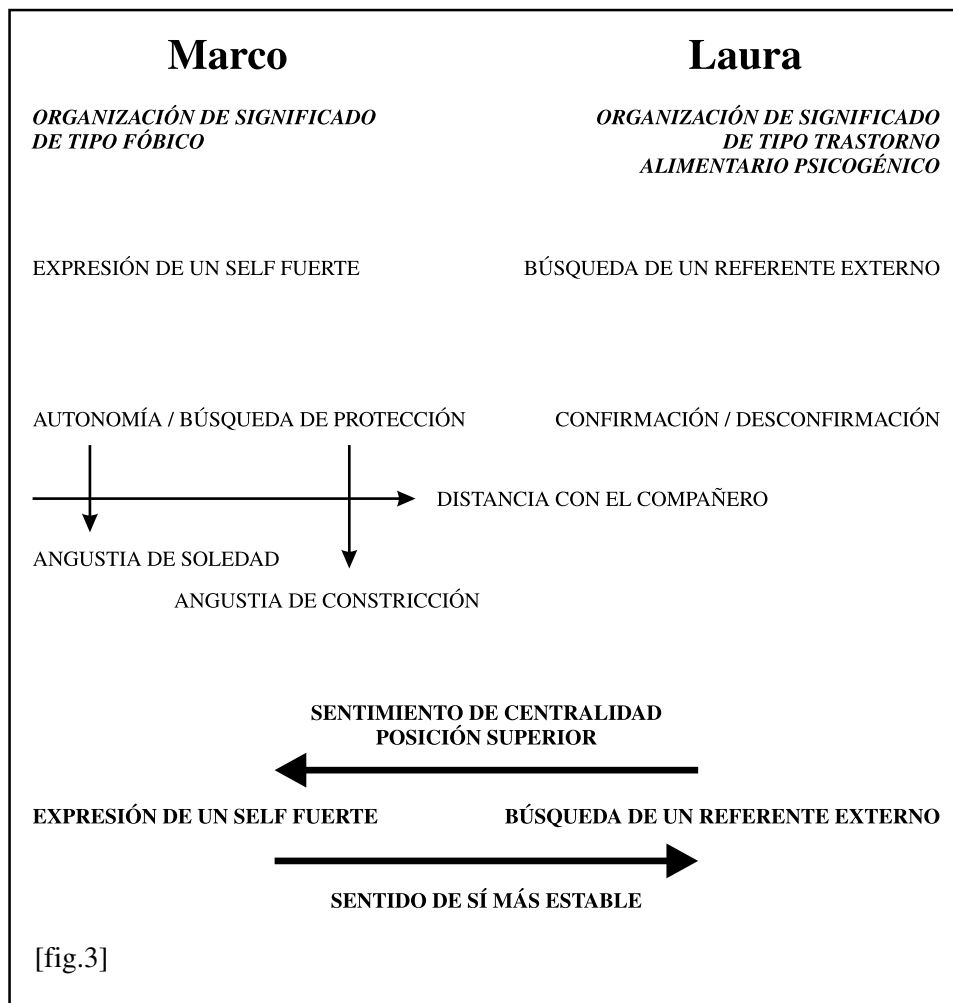
Marco se muestra extremadamente controlado emocionalmente, pero expresa una gran preocupación cuando hablamos del estado de salud de su mujer. Para él, la “enfermedad de la depresión” explica el desapego de ella y al mismo tiempo es también el motivo del cuidado que él le dedica, un comportamiento que se debe prestar a toda persona que sufre.

El último periodo de variación del tono del humor se inició tres años atrás y coincidió con un aumento de los conflictos entre Marco y el hijo adolescente, que degeneraban a menudo en discusiones muy violentas.

Considerando al marido demasiado autoritario y rígido, Laura interviene a menudo generando conflictos que nunca habían tenido lugar de un modo tan fuerte y frecuente entre los dos cónyuges; las reivindicaciones que jamás había podido

expresar por sí misma logra manifestarlas ahora en el intento de proteger al hijo.

A partir del relato que hacen de sí mismos y de la relación en los primeros encuentros, construyo la hipótesis sobre su Organización del Dominio Emocional (o de Significado Personal) y su engranaje mutuo [fig.3]



Laura ha desarrollado una Organización A *Tipo Trastorno Alimentario Psicógeno*. Ésta toma la forma de un modelo de apego mixto A4+C, según la clasificación que propone Crittenden (1994, 1997) en edad preescolar: el padre parece ser inconstante en sus demandas, intrusivo y tiende a reaccionar con actitudes de rechazo a los conflictos; el contacto se mantiene gracias a la condescendencia a sus expectativas poniendo siempre en segundo plano las propias necesidades; se deriva de ello un sentimiento de sí que tiende a ser poco definido y a menudo

caracterizado por sentimientos de baja estima y falta de adecuación. Manifiesta una necesidad continua de confirmación de su adecuación y estima a través de juicios positivos de los demás en los que basarse.

Marco ha desarrollado una *Organización A Tipo Fóbico*. Ésta toma la forma de un patrón de apego de tipo C en el que los padres se muestran inconstantes en la protección del hijo ante un mundo percibido como amenazador; el contacto se mantiene provocando la activación de su atención y preocupación con actitudes de hiperactividad o de expresión de la propia vulnerabilidad; se deriva de ello un sentimiento de sí mismo como seguro/inseguro en relación a la distancia (proximidad/distancia) de la figura significativa que debe ser capaz de mostrarse como protectora sin provocar sentimientos constrictivos y de conceder autonomía sin generar sentimientos de soledad. Expresa una necesidad continua de control sobre la relación y sobre la esfera emocional.

En su búsqueda continua de una referencia externa, Laura obtiene de Marco una mayor estabilidad y linealidad reflejándose en la imagen de fuerza que él expresa; por su parte, Marco saca de la continua adhesión de Laura una sensación de centralidad que lo hace sentir superior en la relación, que cree poder controlar.

Laura obtiene confirmaciones y ofrece protección; Marco obtiene protección y ofrece confirmaciones. Establecemos como objetivo del contrato terapéutico recorrer la historia de la relación con el objetivo de reconstruir las dinámicas que subyacen bajo la reciprocidad de pareja [fig.3 bis]. Iniciamos el trabajo con dos narraciones individuales que divergen constantemente en los temas aportados, no generando nunca una compartición emocional.

Cuando Laura descubre que está esperando un hijo, su relación acaba de empezar, ambos están desorientados por el acontecimiento, las dos familias deciden por ellos el matrimonio. Laura habla de los primeros meses de convivencia como una pesadilla en manos de las decisiones ajenas, describe las relaciones sexuales como violaciones, se siente poco considerada, atrapada y profundamente insegura.

Durante la sesión, Marco escucha salpicando con breves comentarios el relato de la mujer, pero sin expresar ninguna emoción; durante la sesión saca varias veces del bolsillo de su chaqueta un frasco de colirio y se pone algunas gotas en un ojo. Laura le dirige una mirada mostrando una leve preocupación, disminuyendo por unos instantes la tensión del relato.

Con el nacimiento del primer hijo continúa el malestar de Laura, quien a los veintitrés años lleva a cabo un intento de suicidio. La descripción es cruda, desesperada, intercalada por continuos momentos de llanto. Ella decide separarse porque está desesperada, va a ver a su madre y se lo comunica, recibiendo la respuesta amenazadora de que si abandonaba el hogar perdería incluso el apoyo de su familia; al llegar a casa se cierra por dentro y después de haber puesto al niño a dormir, se corta las venas. La llegada casual de la suegra la salva. Marco sigue escuchando y poniéndose gotas de colirio en los ojos con actitud indiferente.

[fig.3] (bis)

Historia de la relación de la pareja

Marco (43 a.)

Laura (37 a.)

23 a.

17 a.

se conocen

24 a.

18 a.

matrimonio

primer hijo

29 a.

23 a.

intento suicidio (Ella)

31 a.

25 a.

segundo hijo

34 a.

28 a.

episodio depresivo

36 a.

30 a.

episodio depresivo

38 a.

32 a.

trabajo de Laura

40 a.

34 a.

episodio depresivo

43 a.

37 a.

inicio psicoterapia

44 a.

38 a.

separación

vuelven a estar juntos

segunda fase de la terapia:

Aparición de la emocionalidad de él con nuevas narraciones de su historia

Ella empieza a tener una vida sexual satisfactoria

A sus veinticinco años Laura tiene la segunda hija. A partir de este momento empiezan a tener una vida matrimonial y de relación un poco más rica al gozar Marco de una mayor tranquilidad respecto a su carrera, que puede definir como de éxito discreto. Los periodos de depresión continúan sucediéndose: a los veintiocho y a los treinta años. A partir de la reconstrucción se pone claramente de manifiesto que estos episodios críticos se producen en reacción a momentos en los que el distanciamiento se hace insoportable, entre otras cosas porque el distanciamiento emocional va acompañado de continuas demandas de relaciones sexuales que Laura vive como otra negación de sí misma.

Redefino estas demandas como señal del sufrimiento de Marco que no soporta muy bien las reticencias de Laura, no comprendiendo sus razones y viviéndolas como un abandono que lo hace más vulnerable.

Marco sigue escuchando y poniéndose las gotas de colirio con el mismo ademán de indiferencia. Cuando le pido que cree hipótesis sobre los comportamientos de su mujer muestra una gran dificultad.

A los treinta-y-dos años Laura empieza a trabajar; ambos consideran importante esta decisión y la comparten relativamente. Laura se integra con facilidad en el ambiente laboral y, casi inesperadamente, se descubre capaz y adecuada. A los treinta-y-cuatro años Laura cae de nuevo en una depresión; este episodio parece estar en relación con los conflictos entre padre e hijo, que siente como insoportables.

Siguen tres años en los que la relación se empobrece notablemente; Marco acompaña siempre a su mujer al psiquiatra y controla que se tome los fármacos, acepta con recelo la derivación a un terapeuta pero lo acepta como un acto obligado hacia un enfermo.

La terapia iniciada en el mes de octubre llega a un punto de estancamiento antes del período veraniego. Laura vuelve a utilizar el espacio de la sesión para expresar toda su desesperación y además de un sentimiento de impotencia para cambiar la situación. Marco sigue escuchando y poniéndose gotas de colirio con la misma actitud indiferente de siempre, pero acepta hablar de los problemas con el hijo y empieza a reducir los choques agresivos dando paso a un mayor diálogo con él.

Cuando nos despedimos a finales de julio, citándonos para septiembre para evaluar la situación y decidir si continuar o no, imagino que la terapia se interrumpirá sin haber producido grandes cambios. Marco no consigue entrar emocionalmente en las sesiones y Laura no parece tener recursos para afrontar una eventual separación.

Los veo de nuevo a finales de septiembre: Laura expresa inesperadamente un profundo resentimiento hacia el marido hablando explícitamente de la posibilidad de una separación; explica que en el mes de agosto se ha visto obligada a permanecer en cama debido al empeoramiento de una hernia discal, sin que él jamás haya estado a su lado, demostrando un desinterés completo. Esta actitud le había generado y hecho madurar la decisión de interrumpir la relación. Marco, en cambio, no parece alarmarse, no cree que su mujer sea capaz de llevar a cabo esta resolución.

Decidimos proseguir el trabajo terapéutico y nos citamos al cabo de una semana pero los vuelvo a ver al cabo de tres semanas con un nuevo cambio de escenario: Laura parece deseosa de explicarme lo que ha sucedido, me parece que están en más sintonía y Marco expresa una tensión emocional que nunca había manifestado antes. Me explican que Laura ha empezado la separación construyendo un contexto que ha hecho posible irse de casa con los hijos; Marco reacciona con incredulidad y se siente perdido; un día por la mañana la llama al trabajo y la invita a comer. Laura acepta y se encuentra con un hombre que, llorando desesperado y asustado, empieza a hablar de sí mismo y de la importancia de tenerla a su lado, como jamás había hecho antes; ese mismo día vuelven juntos a casa, tienen una relación sexual y Laura siente el primer orgasmo.

Me hallo ante el relato de una tempestad emocional que parece ser una experiencia prototípica de reciprocidad: Laura se ha sentido fuertemente reconocida por Marco, que finalmente expresa emociones que nacen de un profundo sentimiento de abandono y de vulnerabilidad generado por la angustia de quedarse solo. El acercamiento de Laura permite a Marco expresar nuevamente seguridad y en la relación sexual Laura se confía sintiéndose finalmente acogida.

Al final de la sesión les propongo continuar la terapia, pero todavía no sé qué proponerles como proyecto de trabajo. Lo comento en supervisión: me hacen notar que la experiencia emocional vivida por la pareja es importante y me sugieren que les invite a repasar nuevamente la historia de su relación con la intención de dar pie a la aparición de estados emocionales que puedan colorear de nuevo el relato.

Siguen cuatro meses de entrevistas semanales en los que el relato adopta un

nuevo espesor emocional. Un punto crucial es el relato del intento de suicidio: Marco, conmovido, habla de su llegada al hospital y se pregunta cómo fue posible que no hubiera comprendido entonces la gravedad de este gesto desesperado. Se deriva de todo ello una narración nueva de su historia y se convierte en patrimonio común porque es compartida emocionalmente.

Cuando decidimos interrumpir la terapia ambos manejan mejor los propios temas personales: Marco la necesidad de control, Laura la necesidad de confirmaciones; además, han cambiado radicalmente la imagen del uno y del otro.

Dos años más tarde Laura me llama pidiéndome ayuda de nuevo. Le propongo un *setting* de pareja pero me dice claramente que no puede pedir nada más a su marido, que siente que ha cambiado de un modo radical y que el problema a resolver esta vez es solamente suyo. Acepto con la condición de verlos una vez juntos para hacer una valoración y compartir la decisión de iniciar una terapia individual.

Hace dos meses que Laura se sintió de nuevo deprimida y muy ansiosa, sin lograr entender porqué, dado que su vida matrimonial parecía discretamente satisfactoria, el trabajo era fuente cada vez más de seguridad, los hijos crecían y la adolescencia de la hija parecía desarrollarse con problemas que afronta y comparte con el marido.

Reconstruimos juntos cómo ha nacido el malestar y qué forma ha tomado y se pone de manifiesto que seis meses antes la hermana descubrió que padecía un tumor. Laura la siguió en todo el proceso en la fase del diagnóstico, durante la intervención y durante el primer periodo de la convalecencia; luego, se retiró volviendo a su familia y retomando a pleno ritmo el trabajo; entonces empezó a estar mal. La invito a hablar de cómo ha participado Marco y ella, rompiendo a llorar, me habla de sus duras críticas sobre la decisión de “abandonar a su hermana en un momento tan delicado”. Para Laura no es un abandono sino un límite justo que debe poner a su espíritu de sacrificio que la llevaría a una peso demasiado alto frente a sus propios compromisos vitales y respecto a la disminución de una condición de urgencia de la hermana. Marco no parece comprender sus razones; en su familia de origen la enfermedad de un pariente comporta tener que mantener una proximidad y un cuidado que no admite poder alejarse haciendo prevalecer los propios intereses. El problema de Laura, sin embargo, no son las dudas sobre la decisión tomada sino el hecho de que sentir haber decepcionado al marido le crea una indeterminación sobre su propio papel en la pareja.

Empezamos a trabajar sobre los papeles recíprocos en la pareja: sobre lo que se siente reconocido y sobre lo que se siente ser. A lo largo de las sesiones emerge una conciencia cada vez mayor de estar ofreciendo en todo momento sostén y protección al marido, que por otro lado parece muy sensible al más mínimo cambio en la relación. Después de unas seis sesiones me comunica que va a estar ausente durante dos semanas: irá a visitar a una amiga a Venecia mientras el marido va a esquiar con su hermano.

Cuando vuelve me explica que ha debido interrumpir sus vacaciones porque Marco se ha roto una pierna esquiando. En ese momento el marido le pidió ayuda de una forma que no se esperaba: ella tuvo que organizar toda la parte médica, el traslado en ambulancia y se había debido ocupar de todos los movimientos, hasta de los más pequeños. Ella y sólo ella podía estar a su lado. Pero habla de ello sorprendida, no se lo esperaba.

En la sesión empieza a recordar situaciones que lee ahora como expresión de una debilidad del marido y ve como expresión de su propia capacidad de cuidar y proteger: hace muchos años estaban en la montaña con amigos y tenían que dormir ella en una habitación con los hijos y él en otra. En plena noche él la despierta y le pregunta si pueden dormir todos juntos; la quiere a su lado cuando se va al extranjero por trabajo y así en todo.

La terapia se concluye al cabo de diez sesiones.

CONCLUSIONES

Considero que el caso clínico presentado es explicativo de la centralidad que ocupa la atención a las dinámicas de apego en la aplicación de la psicoterapia cognitiva constructivista postracionalista para hacer frente a los problemas de pareja. El apego en la infancia representa la dimensión emocional específica en el interior de la cual toma forma un núcleo central e invariable (significado personal) que subyace a la identidad individual (organización del dominio emocional). En la vida adulta, la elección de la pareja y la creación de relaciones caracterizadas por una reciprocidad emocional con caracteres de unicidad y exclusividad parecen estar estrechamente ligadas con el engranaje recíproco de aspectos individuales que son la expresión de las dos organizaciones y que son fundamentales las dinámicas que llevan al logro de una percepción de un sentido de sí estable. A través de la narración en el trabajo psicoterapéutico es posible llegar a incrementar la articulación de los núcleos pertenecientes a los sistemas individuales y a los de la pareja.

En este artículo se presenta un caso de terapia de pareja desde el Modelo Cognitivo Constructivista Postracionalista, que considero explicativo de una posible aplicación en el ámbito clínico de la teoría del apego. Para esta exposición me remonto a conceptos derivados del trabajo de Patricia Crittenden, Furio Lambruschi y Vittorio Guidano a quienes me remito para una exposición más exhaustiva.

Palabras Clave: Apego, terapia de pareja, psicoterapia postracionalista, significado personal, organización cognitiva del significado, identidad narrativa, reciprocidad emocional

Traducción: Laia Villegas Torras

Referencias bibliográficas:

- P.M. CRITTENDEN, F.J. . (1999). *L'Attaccamento in Età Adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- CRITTENDEN, P.M. (1994). *Nuove prospettive sull'Attaccamento*. Milano: Guerini
- CRITTENDEN, P.M. (1997). *Pericolo Sviluppo e Adattamento*. Milano: Masson.
- BARA, B. (1996). *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BENNETT, L.A. WOLIN, S.J. & MCAWITY, K.J. (1988). *Family Identity, Ritual and Myth: a Cultural Perspective on Life Cycle Transitions*, in C.J. Falicov, *Family Transition*. New York: Guilford.
- BERSCHIED, E. (1983). *Emotion*, in Kelley, Berscheid, Christensen, Harvey, Levinger, McClintock, Peplau e Peterson, *Close Relationships*. San Francisco : Freeman.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachement and Loss*, vol 1. Basic Books: New York.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachement and Loss*, vol 2, Basic Books: New York
- BOWLBY, J. (1980). *Attachement and Loss*, vol 3, London: Hogarth Press.
- BRUNER, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Harward: University Press.
- BRUNER, J. (1990). *Acts of Meaning*, Cambridge, Mas.: Harward University Press.
- DODET, M. (1999). Coherence Individuelle, Reciprocite Emotionelle et Intimite: pour une Approche Post-Rationaliste des Relations de Couple, *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, IV, 3.
- DODET, M. (1998). La moviola, *Psicoterapia*, anno 4, N.13, 89 - 93.
- GUIDANO, V.F. (1988). *La complessita' del se'*. Torino: Bollati Boringhieri.
- GUIDANO, V.F. (1992). *Il se' nel suo divenire*, Torino: Bollati Boringhieri.
- GUIDANO, V.F. (1984). *A Constructivistic Outline of Cognitive Processes*, in M.A. Reda & M.J. Mahoney, *Cognitive Psychotherapies*. Cambridge, Mass.: Ballinger.
- GUIDANO, V.F. (1988). *A Systems Process - Oriented Approach to Cognitive Therapy*, in K.S. Dobson, *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, New York: Guilford.
- GUIDANO, V.F. (1985). *A Constructivistic Foundation for Cognitive Therapy*, in M.J. Mahoney e A. Freeman, *Cogniton and Psychotherapy*, New York: Plenum Press.
- GUIDANO, V.F. & DODET, M. (1993). Terapia Cognitiva Sistemico-Processuale della Coppia, *Psicobiettivo*, I, 29 - 41.
- LAMBRUSCHI, F. & CIOTTI, F. (1995). Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia, *Età Evolutiva*, 52.
- MAHONEY, M.J. (1988). *Personal Change Processes: Notes on the Facilitation of Human Development*. New York: Basic Books.
- MAHONEY, M.J. (1980). *Psychotherapy Process*, New York: Plenum Press.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*, New York: Basic Books.
- MAHONEY, M.J. (1995). *Cognitive and Constructive Psychotherapies*, New York: Springer Publishing Co.
- MATURANA, H.R. & VARELA, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione*. Venezia: Marsilio Editori.
- MORIN, E. (1993). *Introduzione al Pensiero Complesso*. Piacenza: Sperling & Kupfer.
- POPPER, K.R. (1975). *Conoscenza ogettiva*. Roma: Armando.
- POPPER, K.R. & ECCLES, J.C. (1981) *L'io e il suo cervello*, 3. Roma: Armando.
- PRIGOGINE, I. (1976). *Order through Fluctuation. Self Organization and Social System*, in E. Jantsch e C.H. Waddington, *Evolution and Consciousness: Human Systems in Transition*. Reading, Mas.: Addison Wesley.
- REDA, M.A. (1986). *Sistemi Cognitivi Complessi e Psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- RUVOLO, L.A. & FABIN, A.P. (1999). Two of a kind: Perceptions of own and partner's attachment characteristics. *Personal Relationships* 6 (1).
- ZELENY, M. (1981). *Autopoiesis: a Theory of Living Organization*. New York: North Holland.

PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA Y PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Mario Reda

Director del Instituto di Psicologia Generale e Clinica. Università degli Studi di Siena.

Via Tufi, 1, I-53100 - Siena (Italia)

E-mail: reda@unisi.it

The constructivistic psychoterapist explores with his/her client the emotionally disturbed episodes which are at the origin of the demand. The «evolutive psychopathology» allows to go from a descriptive optic of diagnostic to an explanatory one. The therapeutic work refers to the significations attributed by the patient to the sensations felt at different moments of his/her development and that are emotionally loaded. The therapist leads the client to identify the sensations that were previously considered as inexplicable and to integrate them into coherence of his/her identity. Such symptoms are often attributed to an external cause -somatic illness, life events, etc. The therapy brings therefore the possibility to widen the knowledge of the self.

Keywords: Constructivism, Evolutive Psychopathology, Identity, Emotions, Attachment, Internal coherence, Narratives, Case description.

INTRODUCCIÓN

En mi actividad como responsable de un Servicio de Psicología Clínica y Psicoterapia para la atención a adolescentes y adultos que solicitan ayuda en situaciones de descompensación emocional, mi interés se ha dirigido hacia una psicopatología que vaya más allá de la descripción diagnóstica minuciosa de los síntomas y/o – de acuerdo con mi formación cognitivista-, de sus conexiones con presuntos pensamientos irracionales; una psicopatología que considere las descompensaciones emocionales como una consecuencia de la historia de vida de la persona que acude a terapia. De este modo, pasamos de una perspectiva diagnóstica de tipo descriptivo a otra de tipo explicativo que suscita, tanto en el paciente como en el terapeuta, curiosidad por comprender y explicarse los motivos que han provocado sus descompensaciones emocionales, y que permite luego hipotetizar y explorar el curso o trayectoria que ha seguido la propia vulnerabilidad estructurada gradualmente durante el periodo de desarrollo (Reda, 1988). Esta es la

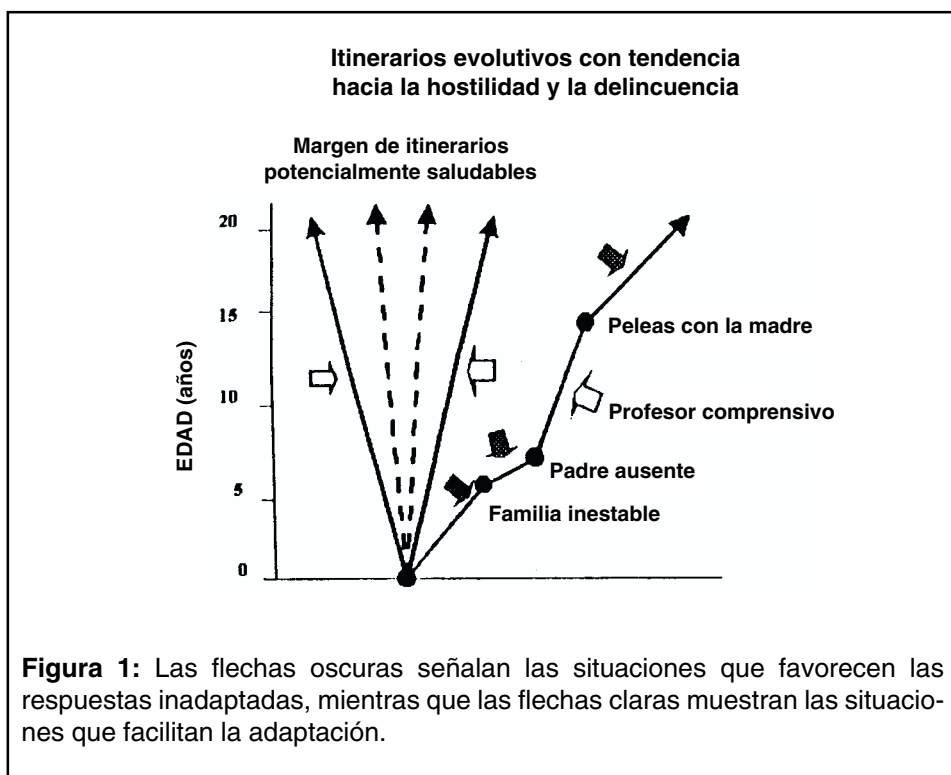
razón porqué la psicopatología según este modelo de trabajo y perspectiva en terapia se convierte en una Psicopatología Evolutiva.

En primer lugar, examinaremos algunas definiciones de Psicopatología Evolutiva, propuestas por diversos autores, para poder diferenciarla de una Psicopatología Evolutiva según un modelo constructivista complejo que tenga en cuenta las modalidades y los contextos narrativos. Y finalmente, con breves ejemplos clínicos, mostraremos la importancia que tiene razonar en términos de Psicopatología Evolutiva de cara a la intervención terapéutica y a las líneas de investigación que estamos desarrollando.

PROBLEMAS DE DEFINICIÓN

Una primera definición de Psicopatología Evolutiva nos la dan Sroufe y Rutter (1984): «*La Psicopatología Evolutiva puede ser definida como el estudio de los orígenes y el curso de los modelos individuales de escasa adaptación comportamental, independientemente de la edad en que se manifiestan los primeros síntomas, las causas, las transformaciones comportamentales y sea cual sea la complejidad del curso del modelo evolutivo...*» (pág. 564), y añaden: «*El objetivo es comprender los orígenes y el curso del comportamiento perturbado, tanto si el trastorno surge en la primera infancia como si aparece en la edad adulta. A veces, resulta de gran interés estudiar el curso de la adaptación en individuos considerados como no perturbados, para poder comprender tanto los factores de protección, como la evolución del trastorno en los otros individuos*». En una definición más reciente Kazdin (1997) sostiene que: «*La Psicopatología Evolutiva trata del estudio del funcionamiento adaptado o inadaptado desde una perspectiva de sistemas que se desarrollan durante todo el ciclo vital. Aunque para la Psicopatología Evolutiva todo el arco o ciclo vital goza de gran interés, su objetivo principal se centra en la pubertad y en la adolescencia.*» Al lado de definiciones parecidas a las anteriores, netamente centradas en el «trastorno», del que se toman en consideración la edad de inicio, la manifestación diferenciada de los síntomas, y la observación longitudinal del propio trastorno (Siracusano, 1998), nos gustaría recordar lo que escribió Bowlby (1988) centrándose, como era habitual en él, en la persona: «*Si pretendemos comprender la manera en que en la actualidad una persona se manifiesta en sus diversas funciones, es necesario conocer cómo se ha convertido en el hombre o en la mujer que en el momento presente tenemos ante nosotros*» (Fig. 1). Bowlby plantea, de este modo, que «*la tarea de la ciencia es explorar y validar la hipótesis de que la resistencia o la vulnerabilidad de cada persona a los acontecimientos vitales estresantes esté determinada en un grado muy significativo por los patrones de apego que cada uno ha desarrollado durante los primeros años de vida y, más específicamente, clarificar en qué medida y en de qué modo los patrones presentes en los primeros años, influyen el desarrollo posterior...*» (pág. 8). En el citado artículo Bowlby propone, mediante ejemplos, algunos esquemas en los que se pone

de manifiesto la importancia del ambiente y de las vicisitudes del apego, como la separación o la pérdida, en la determinación de un desarrollo «sano» o «no sano» (Fig. 1). Y finalmente, quisiéramos recordar que la comprensión de la psicopatología desde una óptica evolutiva ha caracterizado siempre los trabajos de los cognitivistas del llamado Grupo de Roma (Liotti y Guidano, 1983; Reda, 1986). De ahí partió un primer intento de elaboración que conectara la teoría del apego con el desarrollo del conocimiento y con un modelo explicativo de las descompensaciones emocionales. Para nosotros, el objetivo de la Psicopatología Evolutiva consiste en comprender cuál ha sido el curso de desarrollo que ha estructurado la predisposición a sufrir descompensaciones que se pueden producir a partir de un momento dado de la vida. El período que se toma en consideración abarca desde el momento en que todo el organismo, incluyendo obviamente el S.N.C. está aún en fase de desarrollo, es decir, desde la concepción hasta el final de la adolescencia. En este momento finaliza el crecimiento del organismo a la vez que las sinapsis cerebrales cesan de multiplicarse espontáneamente: el sentido de identidad personal, entendida como relación entre modalidades tácitas y modalidades explícitas de conocimiento, después del período de desorganización adolescente, está preparado para el asentamiento y la confirmación de la propia organización de conocimiento individual.



Desde una óptica constructivista, la Psicopatología Evolutiva se centra básicamente el análisis del modo cómo el sujeto ha sido capaz de autorreferirse la actitud de los padres en relación al tipo de cuidado - parentalidad positiva versus negativa - al que parece haber estado «sometido». Nos preguntamos, pues, qué es lo que sucede dentro de un sistema individual complejo en vías de desarrollo cuando éste se topa con situaciones que provocan sensaciones o activaciones sensoriomotrices. Resulta evidente que desde la primerísima infancia la capacidad de identificar emociones, reconocerlas y mostrarlas a los demás está conectada con la existencia de interacciones de reciprocidad en situaciones de apego-exploración con las figuras de referencia y que gradualmente se pasa de la sensoriomotricidad a las representaciones mentales y a los llamados Modelos Operativos Internos (*Internal Working Models*).

Posteriormente, con el desarrollo del lenguaje, se analiza cómo las diferencias individuales de experiencias de los niños en su interacción con las figuras de referencia pueden influir en la evolución, elaboración y coherencia de la narrativa personal (Reda, 1996, Oppenheim y Waters, 1995). La evaluación narrativa de los acontecimientos significativos en la infancia y en la pubertad nace de la exigencia de explicarse y de atribuir significado a las sensaciones que se experimentan. Las sensaciones no son positivas ni negativas por sí mismas sino que se consideran como señales que nos permiten comprender o hacer frente a las situaciones que se nos pueden presentar. Durante el desarrollo se establece no tanto una competencia o incompetencia genéricas para hacer frente a los acontecimientos que suscitan emociones, sino más bien una especie de estilo personal de afrontamiento de situaciones que inducen sensaciones, concebidas como modificaciones psicofisiológicas en el organismo. Este estilo personal de afrontamiento constituido por representaciones verbales (narrativa) y no verbales (fantasías, recuerdos, etc.) con las cuales nos habituamos a reconocernos y definimos en circunstancias que exigen ser manejadas de algún modo.

No se trata, pues, de «competencias acertadas o equivocadas» o de una mayor o menor adaptabilidad a situaciones sino de una capacidad adquirida de reconocer y aceptar lo que está ocurriendo dentro de uno mismo. Dichos procesos se ven facilitados si a lo largo del desarrollo se da la posibilidad de atribuir significados personales a un alto número de vivencias emocionales y, para no convertirnos en robots hiper-racionales, de poder asimilar un cierto grado de confusión derivada de la confrontación con modalidades diferentes de la nuestra, conservando la capacidad de distinguirla de la experiencia propia. Así pues, no se pretenderá determinar si la narrativa, o el modo con que cada individuo se explica cuanto experimenta dentro o fuera de sí mismo, ha sido o es «segura o insegura», ni tampoco si ha sido o es «acertada o equivocada», sino si es susceptible de ser reconocida y autoatribuida (nivel de claridad) y confrontable o no con otras modalidades (nivel de flexibilidad). En efecto, es el mantenimiento de la coherencia interna lo que permite a cada

individuo adaptarse según sus propias modalidades, entendiéndose por coherencia la capacidad de «*integrar los imprevistos de la vida en un sentido unitario gracias al cual el conocimiento de uno mismo toma forma a través de una circularidad constitutiva que se establece entre por una parte, las continuas vicisitudes de la vida y, por otra, su recomposición en una trama de significados susceptibles de ser compartidos que permitan la ordenación estable de ese acontecer*» (Arciero y Guidano, 2000). En conclusión, no son tanto los estilos de apego bowlbianos lo que determina una organización de personalidad más o menos segura o adaptada a las situaciones futuras, sino el modo con que cada ser humano, como sistema complejo en fase de desarrollo, consigue integrar las sensaciones que experimenta en diferentes situaciones de reciprocidad emocional con las figuras de referencia, mediante significados personales con los que reordena la experiencia narrándose los acontecimientos de los que se siente protagonista. Este complejo proceso de reordenamiento de la realidad que se realiza durante todo el período de desarrollo determina las diferencias individuales tanto en los contenidos como en las modalidades de organizar el conocimiento y está, por tanto, determinado por el encuentro entre una mente que se está plásticamente estructurando y otras mentes guía ya formadas, en situaciones de intersubjetividad (Trevarthen, 1990).

DESARROLLO DE LAS MODALIDADES NARRATIVAS

Ya en fase preverbal en niños de menos de un año, algunos autores (Chatoor et al., 1989) han observado graves patologías anoréxicas en familias cuyos padres no son capaces de entrar en reciprocidad emocional y dar una respuesta adecuada a las demandas del infante (de «*in-fans*» = que no habla) realizadas mediante el llanto unido a un protolenguaje que es el modo de expresar sus diferentes necesidades (por ejemplo, ganas de jugar o tener sueño, o hambre o dolor de barriga). En lugar de captar las diferencias para entender qué está pidiendo el niño con su llanto, le dan continuamente de comer para que calle o bien le riñen. Es interesante subrayar que si los mismos padres son entrenados en captar las demandas del niño quedándose más tiempo a su lado y prestando más atención a los contextos y a los matices del mensaje, se restablece una reciprocidad que permite resolver el problema anoréxico y a la vez facilita la gestión de las emociones y de la comunicación por parte del niño. Bowlby (1988) señaló ya la conexión entre estilo de apego y «libertad y facilidad de comunicación». De este modo, se puede constatar la habilidad para afrontar diversas temáticas de manera fluida y emocionalmente coherente, evaluada en niños y adultos a través de la Entrevista de Apego Adulto (*Adult Attachment Interview: AAI*), que han establecido un apego seguro en el sentido que han tenido la posibilidad de clarificar con sus padres u otras figuras de referencia lo que les estaba sucediendo o de compartir sus emociones hablando de ellas. En cambio, en el caso de apego evitativo o de haberse organizado durante el desarrollo de manera evitativa el compartir social articulado, se encontrará tanto en niños como en adultos una

narrativa caracterizada por discursos limitados, temáticas tratadas de un modo impersonal, preguntas retóricas y respuestas cerradas del tipo «sí o no». Y finalmente, en el apego desorganizado no ha sido posible conectar de manera coherente sensaciones y significados durante el período de desarrollo. En niños y en adultos (evaluados con la Entrevista de Apego Adulto) se observa que los discursos se articulan de manera confusa con muchos errores, pausas o atascos, y falsas premisas. Se aprecia también una fuerte tendencia a que el afán de confrontación guíe o articule la conversación.

En otras investigaciones se pone de relieve cómo las modalidades de apego o reciprocidad definidas como inseguras están relacionadas con dificultades en el periodo evolutivo y, posteriormente, en la vida adulta para definir y hablar sobre las experiencias emocionales (Cassidy, 1988, Main et al., 1985; Oppenheim y Salatas Water, 1995) o bien con la dificultad de establecer un oportuno distanciamiento de las propias emociones (Slough y Greenberg, 1990) o también la presencia de frecuentes contenidos de pensamiento incoherentes con las propias vivencias sensoriales o extraños, alternados con silencios y bloqueos cognitivos (Bretherton, 1990; Main et al., 1985; Shouldice y Stevenson-Hinde, 1992). Se analizan situaciones de reciprocidad que facilitan la capacidad de dar sentido y significado a las propias vivencias identificando a padres que son capaces de ampliar las capacidad cognitiva (Mc Cabe y Peterson, 1991), madres con una alta capacidad de captar y intercambiar señales (Fivush, 1990; Hudson, 1999) y especialmente la importancia de compartir sentimientos y mejorar el nivel de intersubjetividad entre padres e hijos (Oppenheim et al., 1988). De este modo, no se clasifica al niño en función del tipo de apego que recibe sino en función de la medida en que el estilo de apego facilita o no el desarrollo de procesos cognitivos, de la «teoría de la mente» y de las habilidades narrativas. Además de la primera infancia y de la adolescencia, también reviste una particular importancia el estudio de los procesos narrativos en la niñez. Durante el periodo comprendido entre los 6 y 10 años se completan los “guiones de vida”, donde cada uno se siente protagonista y busca su rol. Durante esta fase se busca más que en otras explicaciones a todo lo que ocurre y, además de los propios padres resulta fundamental la relación con otras figuras significativas, como por ejemplo, maestros y compañeros de la misma edad.

Respecto a lo dicho me viene a la memoria el caso del hijo único de una paciente que se había separado con gran disgusto del marido. El niño de ocho años pasó las primeras vacaciones después de la separación con el padre, mientras la madre, que acudía a terapia estaba más angustiada y agotada que nunca. Continuaba afirmando que el marido le había desgraciado el hijo, después de haberle prometido que pasarían unas fantásticas vacaciones juntos, lo había llevado con su nueva compañera y los dos hijos de ésta, de 10 y 7 años, a una «casa de campo totalmente cutre» dejándolo en una especie de sótano con los otros dos niños. La paciente sentía una rabia intensa hacia el marido y estaba segura de que el hijo había sufrido un

notable trauma emocional, quizás irreversible, aunque ante mi pregunta de cómo lo había encontrado al regreso, respondió que el niño externamente no parecía especialmente trastornado pero que internamente estaba segura de que sí lo estaba. Le aconsejé que «intentara acceder al interior del niño» ya que ella por sí sola no lo hubiera hecho por temor a reavivar «recuerdos terribles», y que le preguntara al niño qué había sentido en esa situación. En la sesión siguiente, la paciente, mucho más tranquila, me explicó lo que el hijo le había contado respecto al impacto de esa situación inesperada: “que se había despertado por la noche y había visto al padre durmiendo en una habitación con la que era realmente su compañera, una señora a quien anteriormente le había presentado, explicándole de forma breve y sintética quién era -lo cual obviamente el niño no había comprendido bien del todo- por lo que el niño había sentido miedo y rabia. Había vuelto al sótano donde se encontraban los hijos de esa mujer, de su misma edad, y los había despertado contándoles lo que había descubierto. El mayor de los dos, de 10 años, con la ayuda en algunos momentos de su hermano menor, lo tranquilizó explicándole que también ellos se habían sentido muy rabiosos y preocupados por la situación creada entre su madre y su padre, pero que luego se habían dado cuenta que no sólo continuaban queriéndoles, sino que ahora además se mostraban más tranquilos y disponibles después que se normalizara la nueva situación vital. En casos análogos a éste, un niño que se encuentra en una situación de reciprocidad ansiosa con sus padres puede recuperar el significado de las emociones desagradables que experimenta compartiéndolas con compañeros de su edad, lo que le ayuda a explicárselas y aceptarlas. Pero esto no sucede siempre, bien al contrario son más frecuentes los casos en que los padres acaban confundiendo a sus hijos durante el período de la niñez al darles explicaciones sesgadas sobre situaciones que los mismos niños han presenciado, o atribuyendo significados que no están en consonancia con lo que los niños han experimentado sensorialmente (Bowlby, 1979).

Bowlby y otros terapeutas describen casos de pacientes suyos con problemas de desconfianza hacia los demás, inhibición de la exploración, desconfianza hacia sus propias sensaciones y tendencia a considerar muchas cosas irreales, que durante la terapia han recordado haberse encontrado en su infancia en situaciones análogas a las expuestas. Por otra parte, justamente recordar «cosas que se supone no se conocen y sentir otra vez emociones que no se permitía sentir» conlleva una impresionante mejoría de la sintomatología probablemente en la medida en que esto permite sentir sensaciones anteriormente inhibidas y confusas con la apertura a comportamientos y representaciones antes bloqueados.

CONSIDERACIONES PARA UNA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

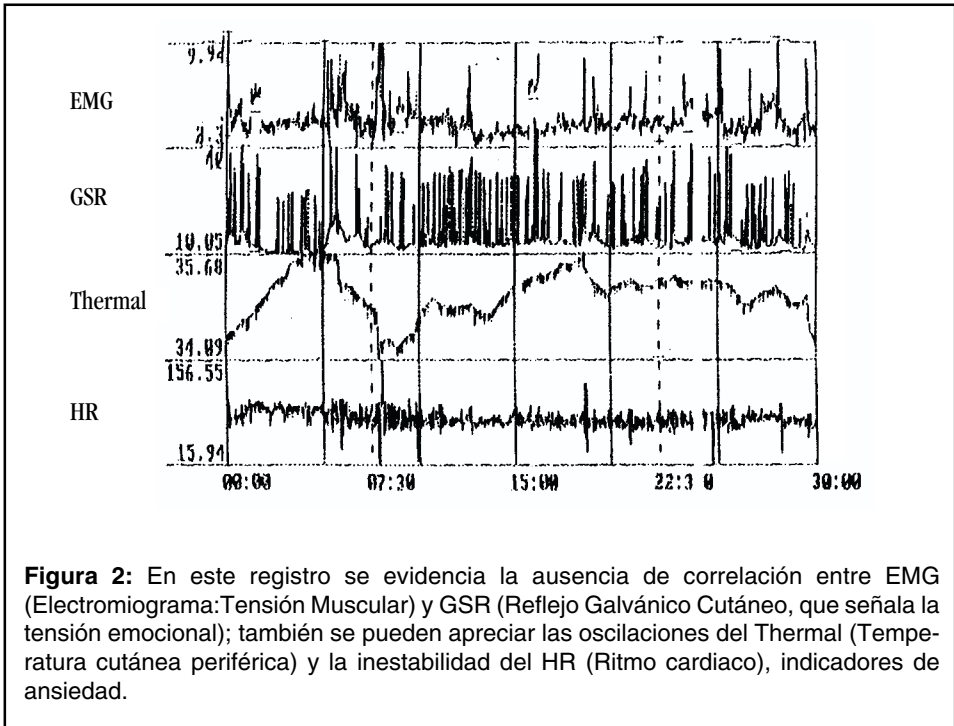
En psicoterapia trabajamos con personas cuya narrativa está de alguna manera «activamente bloqueada» sobre temáticas psicopatológicas. Así pues, el deprimido tiende a hablar sobre los síntomas de su pesadez, enlentecimiento, pocas ganas de

vivir o anhedonia y repite rígidamente temáticas pesimistas o que tienden a autodesvalorizarlo. El fóbico con ataques de pánico se focaliza en señales sensoriales que en lugar de interpretar como emociones vive como signos de peligro de enfermedad (un infarto, un derrame cerebral, etc.). La anoréxica está constantemente conectada a un imaginario cuenta-calorías que se dispara a la mínima que come, y se apresura a responder a los demás aquello que piensa que esperan de ella. Uno se convierte en paciente en la medida en que bloquea su capacidad de narrarse y compartir aquello que en términos reales, coherentes con su modo de ser, está sucediendo dentro de sí o en interacción con el medio circundante. El sufrimiento psicológico es a menudo vivido y en consecuencia presentado como algo extraño a uno mismo que «impacta» y ataca al cuerpo por causas externas, como cualquier otra enfermedad. La tarea del terapeuta constructivista es suscitar la curiosidad en el paciente para que busque explicaciones sobre los motivos que le han llevado a la descompensación actual analizando cuándo y cómo «inició». Luego, de una manera conjunta, paciente y terapeuta intentan comprender cómo se ha estructurado esa vulnerabilidad, durante el período de desarrollo, y cómo superar y gestionar mediante una capacidad narrativa más coherente y compleja algunas modificaciones sensoriomotoras emocionales, implicadas en la descompensación actual.

En nuestro Servicio de Psicoterapia de la Università di Siena, hemos podido tratar una población de estudiantes en edad postadolescente, cuyos problemas se afrontan con un trabajo que partiendo del síntoma y de la «crisis» tiene como objetivo tomar conciencia del problema y dar una explicación al origen de la descompensación con una especie de reestructuración de la narrativa emocional. Es interesante subrayar cómo en esta población se hace más evidente que en otras la dificultad, durante la fase adolescente recién vivida, de identificar y reorganizar el propio conocimiento de manera que sea más coherente, reconocible y aceptable. Tomemos como ejemplo de esta amplia población (casi 100 casos de descompensaciones tratados mediante psicoterapia cada año) una estudiante a quien llamaremos R. que desde hace un tiempo se halla en una situación de grave ansiedad social. Se sonroja cada vez que le piden algo “¿será timidez?”, dice insegura incluso de la más mínima definición-, se bloquea totalmente en los exámenes y sufre somatizaciones gástricas. Todo esto le sucede desde hace seis meses, después que por primera vez en su vida le fuera mal un examen. Salió del aula del examen en un estado de confusión «con una serie de imágenes y pensamientos sobre sus padres y su novio», que no conseguía relacionar bien con los sentimientos que experimentaba en ese momento. Solamente recuerda haberse quedado pasmada cuando una amiga suya, que también había suspendido el examen, se mostraba del todo serena y le propuso ir a almorzar a los comedores universitarios como si no hubiera sucedido nada.

El registro psicofisiológico, realizado con Biolab, muestra un estado de confusión interior confirmado por la falta de coordinación entre los diferentes

parámetros y por la existencia de notables oscilaciones entre sus valores (Fig. 2).



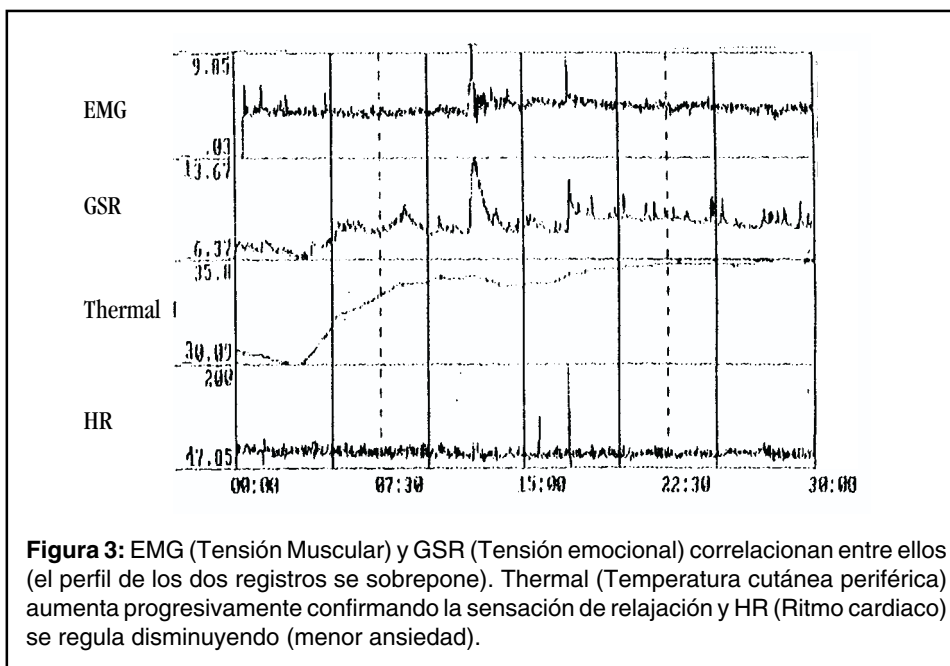
No ha dicho nada de esta crisis a su familia, con la cual no ha habido nunca demasiada comunicación. R. es hija única, su padre es mecánico de profesión, se limita a escucharla al teléfono y cuando hay algún problema deja que hable sola con la madre. Sobre la madre afirma que «aunque no somos amigas, se muestra disponible». Una abuela con quien se sentía muy unida murió hace 8 meses, pero no se lo comunicaron hasta después de los funerales para no molestarla en sus estudios. Este hecho la hizo sentir insegura y sin puntos de referencia. La confusión aumenta debido a la sensación que tiene que sus padre la critican porqué piensan que su novio la distrae de los estudios. Hay otro elemento, nunca explicitado del todo por ella («pero este es su estilo»): el hecho que R. es de un pueblo del sur de Italia y se ha matriculado en la Università di Siena porque tanto ella como sus padres consideran que es una ciudad pequeña y, por tanto, un lugar controlado y seguro respecto a las grandes ciudades donde hay universidad. En la escuela siempre fue bien y nunca tuvo problemas de relación con los demás. No consigue explicarse qué le está sucediendo ahora puesto que nunca tuvo síntomas parecidos a los que en la actualidad está experimentando ni ningún otro trastorno. Solicita terapia para comprender qué hay en la base de su malestar.

La terapia de R., en el marco de nuestra investigación de tipo constructivista,

se ha desarrollado a lo largo de 30 sesiones durante dos años de duración. Después de un primer período de sesiones semanales se fueron espaciando las sesiones acordando en el período final sesiones de seguimiento y respetando las pausas propias de las largas vacaciones universitarias. Al término de la terapia, un terapeuta distinto al que la había llevado en terapia preguntó a R. cómo se explicaba su mejora. R. subrayó que la solución de sus problemas se fue dando «en la medida en que tomaba conciencia de lo que le sucedía». En resumen, los problemas que tenía con su novio que también estudiaba medicina y que adoptaba una posición de competición con ella. Descubrió también un desinterés por parte del novio respecto a lo que ella se esperaba de él y como este hecho provocaba en ella un sentimiento de culpa. Dicho sentimiento de culpa era la consecuencia de una especie de evitación de la rabia que sentía hacia su novio, ya que ella no conseguía reconocerse este sentimiento de rabia. Otro problema conectado a éste y que no era capaz de analizar del todo, era la sensación de estar sometida a juicio por parte de sus padres en relación a los exámenes. Repasando el tipo de interacción que mantenía con sus padres, con la finalidad de explorar estas emociones evitadas durante el período de desarrollo, se hizo evidente que la sensación de confusión que experimentaba frente a los silencios de su padre era análoga a la que sentía ante el desinterés de su novio hacia ella. El tener que acomodarse desde niña a los deseos inexpresados de sus padres acababa haciéndola sentir culpable, lo cual compensaba con una constante y total aplicación a los estudios y con un buen rendimiento escolar. Cuando llegó a la universidad no conseguía darse cuenta de lo que sus compañeros la «acusaban»: le decían que en la época de exámenes vivía encerrada en su mundo, ausente del resto de la humanidad. De este modo, tomó conciencia de que acababa comportándose así sólo en función de sus padres, de los cuales, por otra parte, no recibía ninguna señal de reconocimiento debido su posicionamiento ante los estudios de su hija, «más importante que ellos». *«Ahora tengo claro que si quiero hacer un examen me sacrificaré a mi manera, antes estaba encerrada dentro de casa y no salía para nada porque lo encontraba normal».*

El hacer referencia a la estructuración y a la evitación de esquemas emocionales durante la fase de desarrollo, permitió a R. comprender los sentimientos de angustia que le generó la confusión ocasionada por el examen suspendido y la consiguiente sintomatología ansiosa de tipo social y la autodesvalorización y bloqueo ante los estudios. La comprensión de las maneras «ariscas» del padre hizo que en lugar de bloquearse se abriera a la posibilidad de hablar con él para clarificar conjuntamente todo lo que sentía, sin miedo a decir cosas que acabaran «demoliendo la imagen que los otros tienen de ella», frase que a menudo su ex-novio repetía cuando ella intentaba aclarar malentendidos con él. Y además, en este sentido, R. llegó a afirmar que «ahora sí deseo tener a mi lado a mis padres, los busco yo aunque sé que ellos son de esta manera». El encontrar un significado personal y una continuidad histórica a las sensaciones que antes eran confusas y estaban bloquea-

das permitió a R. captar tácitamente «cómo detrás de la aparente extrañeza de las emociones críticas aparece una unidad organizacional con coherencia interna propia» (Arciero y Guidano, en prensa). Este trabajo ha permitido a R. reconocer y aceptar una serie de sensaciones anteriormente confusas hasta el punto que, al hablar de estas cosas en una sesión de seguimiento y sentir sus manos frías, sabe que son un indicador de la emoción que está experimentando al contar estos hechos. También el registro psicofisiológico realizado al final de la terapia confirma la recuperación de la sintonía de los parámetros que le permite conectarse con sus estados internos que capta ahora como señales claras y útiles para decodificar lo que está experimentado (Fig. 3).



En esta perspectiva, es pues especialmente importante en una psicoterapia constructivista que el paciente intente conectar sus dificultades narrativas actuales con sucesos del pasado, cuando dichas dificultades empezaron a estructurarse. Esto nos puede permitir comprender cómo es que a un cierto punto el sistema haya sido capaz de compensar y de progresar y cómo ahora se desencadena un impulso incontenible hacia el cambio para explicarnos de manera «coherente» lo que se nos está contando como síntoma. Hacer referencia a recuerdos pasados volviéndolos a narrar otra vez en el presente (Brewin et al., 1993) es un modo de plantear y llevar adelante un trabajo que permita considerar acontecimientos «importantes» y vivencias emocionales personales que se reordenan en una narración histórica. Esto

facilita que el paciente se reapropie de emociones vividas y narradas, durante la fase de malestar, como «externas a sí mismo» o bien de manera confusa o con dificultad de autorreferírselas.

Para un terapeuta constructivista el conocimiento longitudinal del paciente es una actitud intrínseca adquirida a lo largo de su formación, durante la cual además ha revisado su propia historia de desarrollo. Esto le permite dar un salto epistemológico: en lugar de limitarse a describir la psicopatología de un enfermo, le lleva a explorar las modalidades y contenidos con lo que el paciente recompone los acontecimientos significativos de su historia para explicarse la dinámica de la descompensación que manifiesta en la actualidad. Todo ello hace aún más fácil para ambos el establecimiento de una relación terapéutica estimulante y constructiva.

El terapeuta constructivista explora con su paciente los episodios emocionales problemáticos que se hallan en la base de la demanda. Así la psicopatología evolutiva permite el paso de una perspectiva diagnóstica descriptiva a una perspectiva explicativa. El trabajo terapéutico ayuda a conectar los significados atribuidos por el paciente a las sensaciones/emociones experimentadas en diferentes episodios emocionalmente cargados de su desarrollo. El terapeuta ayuda al cliente a identificar aquellas sensaciones que antes resultaban inexplicables, en la medida en que eran vividas confusamente, para integrarlas coherentemente en el propio sentido de identidad. Dichos síntomas se atribuyen a menudo a causas externas: enfermedades somáticas, episodios de vida, etc. En este sentido la terapia permite una ampliación del autoconocimiento.

Palabras clave: *Constructivismo, Psicopatología Evolutiva, identidad emocional, Apego, coherencia interna, narrativa emocional, descripción de casos.*

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial: Este artículo apareció publicado en su versión italiana en *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 3, 10-25, (2000). Agradecemos al autor el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ARCIERO, G.P., & GUIDANO, V.F. (2000). Explanation and the quest for coherence. In R. Neimeyer & J. Ruskin, *Construction of disorders*. New York: A.P.A.
- BOWLBY, J. (1979). On knowing what you were not supposed to know and on feeling what you were not supposed to feel. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 24, 403-408.
- BOWLBY, J. (1988). Developmental Psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Tavistok. (Versión en

- castellano: Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Barcelona: Paidós).
- BRETHERTON, I. (1990). Open communication and internal working models. In R Thompson, (Eds.), Socio-emotional development. *Nebraska Symposium on motivation*, vol. 36. Lincoln: University of Nebraska Press.
- BREWIN, C.R., ANDREWS, B., & GOTLIB, I.H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective report. *Psychological Bulletin*, vol. 113, 82-98.
- CASSIDY, J. (1988). Child mothers attachment and the self in six years olds. *Child Development*, 59, 121-134.
- CHATOOR, I. (1989). Infantile anorexia nervosa. In J. Bemporad & D. Herzog (Eds.), *Psychoanalysis and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- FIVUSH, R. (1991). *The social construction of personal narrative*. Merrill-Palmer Quaterly, 37, 59-92.
- GUIDANO, V.F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- HUDSON, J.A. (1990). Constructive processes in children's autobiographical memory. *Developmental Psychology*, 26, 180-197.
- KAZDIN, A.E. et al. (1997). Contribution of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, vol. 17, n.4, 375-406.
- MAIN, M., KAPLAN, N., & CASSIDY, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Walter (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monograph of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2 serial, n. 209).
- Mc CABE, A., & PETERSON, C. (1991). Getting the story: a longitudinal study of parental styles in eliciting narratives and developing narrative skill. In A. Mc. Cabe & C. Peterson (Eds.), *Developing narrative structures*. New York: Hillsdale, Erlbaum.
- OPPENHEIM, D., SAGI, A., & LAMB, M.E. (1988). Infant-adult attachments and their relation to socioemotional development four years later. *Developmental Psychology*, 24, 427-433.
- OPPENHEIM, D., & WATERS, I.I. (1995). Narrative processes and attachment representations: issues of developmental and assessment. In I.I. Waters et al. (Eds.), *New growing points of attachment. Monograph of the Society for research in Child Development*. Chicago III.
- REDA, M.A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- REDA, M.A. (1996). L'organizzazione della conoscenza. In B. Bara (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*. Torino: Bollati-Boringhieri.
- REDA, M.A. (1996). Le basi emotive dello sviluppo cognitivo: considerazioni per la psicoterapia. In I. D'Errico, E. Mennoni e G. Sacco (a cura di), *Conoscenza ed etologia, la ricerca nelle Scienze Cognitive*. Roma: Melusina.
- REDA, M.A. (1988). L'atteggiamento diagnostico in psicoterapia cognitiva. *Psicobiettivo*, 3, 31-40.
- SHOULDICE, A., & STEVENSON-HINDE, J. (1992). Coping with security distress: the separation anxiety test and attachment classification at 4-5 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 332-348.
- SIRACUSANO, A., NIOLU, C., & VELLA, G. (1988). Continuità-Discontinuità dei disturbi psicopatologici tra età adulta ed età infantile: aspetti teorici e meccanismi. *Nòs*, vol. 4, n.1
- SLOUGH, N.M., & GREENBERG, M.T. (1990). Five-years-old's representations of separation from parents. In I. Bretherton & M.W. Watson (Eds.), *Children perspective on the family. New direction for Child Development*, vol. 48. San Francisco: Jossey-Bass.
- SROUFE, L.A., & RUTTER, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-24

INDICE GENERAL AÑO 2001

Nº 45 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

MODELOS DE MANTENIMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Giancarlo Dimaggio, Antonio Carcione, Antonio Semerari, Massimo Marraffa, Maurizio Falcone, Giuseppe Nicolò, Igor Pontalti, Michele Procacci

LA DISFUNCIÓN METACOGNITIVA EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD BORDERLINE

Antonio Semerari

ESTADOS MENTALES, DÉFICITS METACOGNITIVOS Y CICLOS INTERPERSONALES EN EL

TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Antonino Carcione, Laura Conti, Giancarlo Dimaggio,

Giuseppe Nicolò, Antonio Semerari

EL NARCISISMO EN ACCIÓN. UN MODELO DE PSICOPATOLOGÍA ILUSTRADO POR EL

ANÁLISIS INTENSIVO DE UN CASO INDIVIDUAL

Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari

EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR EVITACIÓN. DE LA PSICOTERAPIA DESCRIPTIVA A

UN MODELO DE MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO.

Michele Procacci, Giancarlo Dimaggio, Antonio Semerari

METACOGNICIÓN Y TRASTORNO PARAONOIDE DE PERSONALIDAD

Giuseppe Nicolò, Giancarlo di Maggio, Antonio Semerari & Antonino Carcione

EL NUCLEO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: UNA HIPOTESIS INTEGRADORA

Giovanni Liotti

Nº 46/47 RESISTENCIA Y CAMBIO EN PSICOTERAPIA

LA RESISTENCIA AL CAMBIO O LA PARADOJA NEURÓTICA

Francesco Mancini

¿PORQUÉ NO SE MUEVEN LOS CONTINENTES? ¿PORQUÉ NO CAMBIAN LAS PERSONAS?

James O. Prochaska y Janice M. Prochaska

LA RESISTENCIA AL CAMBIO DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS: REFLEXIONES RELATIVAS

AL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Giovanni Liotti

REFORMULACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE RESISTENCIA E INCUMPLIMIENTO EN LA

TERAPIA COGNITIVA

Dense Davis y Steven D. Hollon

EL CABALLO DE TROYA O LAS TROMPETAS DE JERICÓ: EL PROCESO DEL CAMBIO EN

PSICOTERAPIA

Manuel Villegas Besora

LA RESISTENCIA COMO PROBLEMA TEÓRICO Y PRÁCTICO

Paul L. Wachtel

LA "RESISTENCIA" EN LA PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

Vicente Sánchez y Guillem Feixas

RESISTENCIA O COHERENCIA: UNA TERAPIA DE INTEGRACIÓN

Imma Lloret i Ayter

Nº 48 DESARROLLO Y PSICOPATOLOGÍA DEL APEGO

CENTRALIDAD DE LA ÓPTICA EVOLUTIVA EN EL COGNITIVISMO CLÍNICO POST-RACIONALISTA

Y NUEVOS ARGUMENTOS EXPLICATIVOS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Furio Lambruschi

TRANSFORMACIONES EN LAS RELACIONES DE APEGO EN LA ADOLESCENCIA: ADAPTACIÓN

FRENTE A NECESIDAD DE PSICOTERAPIA

Patricia M. Cittenden

DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA PSICOTERAPIA

Giovanni Liotti

APEGO, ORGANIZACIÓN DEL SIGNIFICADO Y RECIPROCIDAD EMOCIONAL: UNA TERAPIA DE

PAREJA

Maurizio Dodet

PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA Y PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA

Mario Reda

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@psi.ub.es

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrraga, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com