

El vínculo de apego y la Psicoterapia Breve

The attachment bond and brief psychotherapy

María Jesús Rodríguez Marcos

Psicóloga con Habilitación Sanitaria

Resumen

Los primeros vínculos de apego se forman hacia los seis o siete meses, ningún ser humano nace con la capacidad de regular sus propias reacciones emocionales. Apego significa establecer una relación que permita señalar contención, regulación, proximidad...requiere que exista un componente con una base segura. Los requisitos fundamentales para constituir un vínculo de apego son el contacto piel a piel y la regulación/adaptación. Los factores importantes en la determinación del vínculo seguro son la actitud positiva hacia el bebé, la sensibilidad a sus necesidades, la interacción sincronizada y sintonizada con él, el apoyo emocional y la empatía. Se forma siempre en un patrón de regulación del estrés.

Es muy importante saber que el sistema inmunológico psicológico está mediado a través del afecto, que el miedo y la baja autoestima muchas veces están producidos por la falta de seguridad y que igualmente, una buena capacidad para reflexionar sobre nosotros mismos (reflexividad) proviene de un buen apego y es el síntoma de una sana salud mental.

Se puede desarrollar apego tanto a una figura cuidadora como a una figura no cuidadora o maltratadora.

Se da la transmisión generacional del apego, pero existen factores de protección y/o tratamientos terapéuticos que permiten convertir y/o modificar una vía insegura en segura.

Palabras clave: Apego, Vínculo, Regulación, Sintonía, Reflexividad

Abstract

The first attachment bonds are formed around six or seven months, no human being is born with the ability to regulate their own emotional reactions.

Attachment means establishing a relationship that allows for containment, regulation, proximity ... it requires that there be a component with a secure base. The fundamental requirements for a bond of attachment are skin-to-skin contact and regulation / adaptation. The important factors in determining the secure bond are positive attitude towards the baby, sensitivity to his needs, synchronized and attuned interaction with him, emotional support and empathy. It is always formed in a stress regulation pattern.

It is very important to know that the psychological immune system is mediated through affect, that fear and low self-esteem are often caused by lack of security; and that likewise, a good capacity to reflect on ourselves (reflexivity) comes from a good attachment and is the symptom of a healthy mental health.

Attachment can develop both to a caring figure and to a non-caring or abusive figure.

There is generational transmission of attachment, but there are protective factors and / or therapeutic treatments that make it possible to convert and / or modify an unsafe way into a safe one.

Key words: Attachment, Bond, Regulation, Attunement, Reflexivity

INTRODUCCIÓN

"Lo que por motivos de conveniencia denomino **teoría del apego** es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva" John Bowlby, 1973

ACLARACIONES SOBRE EL CONCEPTO DEL APEGO

Los primeros vínculos de apego se forman hacia los seis o siete meses. La importancia del apego en la conducta del niño es muy importante, por cuanto, un niño puede morir por no disponer de una figura de apego. Los autores más relacionados con el estudio del apego sostienen que ningún ser humano nace con la capacidad de llevar a cabo su regulación emocional, es solo a través de la figura del/ de la cuidador/a como se constituye un sistema regulador diádico. El cuidador ayuda al bebe a recuperar la homeostasis interna cuando éste rompe a llorar intranquilo o abrumado por la sobreestimulación del medio externo.

Estas experiencias serán integradas por el bebe cuando vaya desarrollándose, es un conocimiento que será agregado a sus sistemas representacionales en lo que Bowlby denominó "*Internal Working Models*".

Se entiende el apego como un concepto restringido, como un subconjunto de los vínculos, no todo vínculo afectivo es un vínculo de apego. El apego es una subcategoría de los vínculos afectivos. Se da entre los niños y sus padres y entre las parejas; y no hay más apegos, quizá con las educadoras escolares. Por ejemplo, si el abuelo ve al niño los fines de semana se puede tener un buen vínculo afectivo, pero no un vínculo de apego.

Apego significa establecer una relación que permita señalar contención, regulación, proximidad; requiere que exista un componente con una base segura. Hay maestros que son una base segura, sin embargo, eso no necesariamente implica un vínculo de apego, la base segura no es lo mismo que el apego. Ser base segura es muy importante, pero no suficiente.

Por tanto, qué requisitos fundamentales deben darse para constituir un vínculo de Apego:

- Contacto piel a piel

El niño necesita sentirse protegido y contenido con otra persona, es una necesidad intrínseca, evolucionista que necesita apegarse a un adulto más grande y más sabio que él. Los bebes lo primero que hacen es empezar a escanear el ambiente y cuando encuentran la expresión facial de otro adulto ahí se quedan. Disminuye el llanto cuando aparece la cara. Es una necesidad biológica de buscar contención.

- Regulación-Adaptación

La regulación se entiende como homeostasis, niveles que le permiten la autoorganización de su sistema. Necesita buscar estrategias adaptativas para regular sus niveles cuando se desajustan. Cuando tenemos miedo los seres humanos vamos hacia otros seres humanos. La forma que tenemos de mantener la homeostasis es estar en continua interacción con otros seres humanos. Esta estrategia indica que hay que vivir con otros seres humanos. En términos evolucionistas significa que el ser humano busca vínculos sensibles, continuos, estables y predecibles a través del tiempo. Las estrategias terapéuticas persiguen restablecer en el niño esta búsqueda de vínculos, la mentalización, la regulación; mecanismos para la adaptación vincular.

Para sintetizar diré que en toda la literatura existente suelen destacarse los siguientes como factores importantes en la determinación del vínculo seguro:

- Actitud positiva hacia el bebé, los padres manifiestan emociones positivas al hablar o pensar en el niño.
- Sensibilidad a sus necesidades, en un principio se trata de sus necesidades más fisiológicas, aunque luego irán incorporando la atención a las psicológicas.
- Interacción sincronizada con él.
- Apoyo emocional y empatía.
- Entablar conversaciones significativas con los hijos, en las que se aborden temas interpersonales.

Es un proceso que tiene que ver con:

1. La duración en el tiempo de estar con otra persona, el tiempo es importante en el desarrollo del apego.
2. Cierta estabilidad en el desarrollo del apego y la especificidad, el apego se da con pocas personas, el vínculo afectivo es otra cosa más amplia y se da con muchas personas más.
3. El apego se forma siempre en un patrón de regulación del estrés. Es un tipo de condición que se da cuando un niño siente malestar, la calidad del apego está determinada por la capacidad del adulto para leer adecuadamente ese estrés. Para que haya apego tiene que haber estrés. Los adultos no tienen apego con sus hijos, la regulación es solo para los niños, de lo contrario sería inversión de roles. Si un padre juega con el niño es vínculo afectivo y sintonización pero NO APEGO. Si el niño se enoja, no quiere seguir jugando y el padre le calma, ahí sí hay APEGO. Cuando un niño está estresado va (mira, se dirige) hacia su figura de apego para que le calme.

APEGO ACTIVADO → EXPLORACIÓN DESACTIVADA

APEGO DESACTIVADO → EXPLORACIÓN ACTIVADA

Cuando uno está tranquilo puede explorar, el apego está desactivado (funciona para todo el ciclo vital), pero si el niño no ve a la madre, se le activa el sistema de alarma, se activa el apego y automáticamente se desactiva la exploración, tiene que ir en búsqueda de su madre. Si la encuentra, todo vuelve a la tranquilidad y a jugar.

Algunos aspectos importantes que caracterizan el sistema de apego son los siguientes:

- Nunca se termina el apego, se es autónomo pero nunca independiente. Caracteriza a los individuos desde la cuna hasta la tumba.
- El sistema inmunológico psicológico está mediado a través del afecto. La capacidad de relacionarnos en nuestra vida adulta, además de por otros factores, está marcada por el apego de nuestra infancia, el patrón de apego que desarrollamos es muy importante, pues ese patrón suele tener mucha estabilidad a lo largo del tiempo; aun cuando éste es un aspecto controvertido y en plena fase de investigación en el área de la teoría del apego.
- El miedo y la baja autoestima muchas veces están producidos por la falta de seguridad. La seguridad, a su vez, proviene de un apego seguro. Estar bien apegados correlaciona entonces con tener una buena autoestima.
- Igualmente, una buena capacidad para reflexionar sobre nosotros mismos proviene de un buen apego y es el síntoma de una sana salud mental; de hecho, una de las finalidades de la psicoterapia es conseguir que tengamos representaciones sobre nuestra propia vida psíquica, es decir, hacerla consciente. En la teoría del apego las defensas están más en el terreno de lo interpersonal que en lo intrapersonal.

ANÁLISIS SOBRE EL APEGO HECHOS POR DISTINTOS AUTORES

Mario Marrone

El Doctor Mario Marrone es un prestigioso psicoanalista que estudió la teoría del apego con John Bowlby durante un período de diez años en la Clínica Tavistock de Londres. El ha sido autor de uno de los manuales que explora la teoría del apego de forma más profunda y ofrece un amplio estudio comparativo entre la teoría del apego y el psicoanálisis tradicional. De la lectura de reseñas bibliográficas escritas por él y colaboradores aporto a continuación las diferencias significativas entre los enfoques de Bowlby y Freud.

La primera es que Bowlby postula ya la importancia de incluir entre las pulsiones principales, a las ya estudiadas por el psicoanálisis, la del apego, por cuanto es una motivación de importancia trascendente, más allá de la estricta necesidad de alimentación, más allá de los postulados de la etología:

'Lo esencial del paradigma propuesto por Bowlby es que supone que los dolores, alegrías y el significado del apego no pueden ser reducidos a una pulsión secundaria. Su intención era postular un nuevo concepto de

conducta pulsional dentro de la cual la necesidad de formar y mantener relaciones de apego es primaria y diferenciada de la necesidad de alimentación y de la necesidad sexual” (Marrone, Mario, 2001. pp. 33 y 34).

El modelo de Bowlby difiere del modelo de Freud en tres aspectos:

“En el modelo de Freud, el apego es secundario con respecto a las gratificaciones oral y libidinal. En el modelo de Bowlby, el apego es primario y tiene un estatus propio.

En el modelo de Freud, el niño se halla en un estado de narcisismo primario, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo... En el modelo de Bowlby, el individuo está activamente comprometido desde el principio en un contexto intersubjetivo...

En el modelo de Freud, la conducta pulsional es activada por una carga de energía que, una vez incrementada hasta cierto nivel, necesita descargarse. En el modelo de Bowlby, la conducta pulsional es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida” (Marrone, Mario, 2001. pág. 36).

Bowlby propuso un modelo evolutivo alternativo a los ya existentes de la evolución por las fases de la libido y al modelo kleiniano (de posición esquizo-paranoide a posición depresiva). Estableció cinco sistemas conductuales (encargados de la satisfacción y regulación de las necesidades básicas): Apego, Afiliación, Alimentación, Sexual y Exploratorio.

“La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres (que tiene lugar en un contexto social) tiende a convertirse en una estructura interna, o sea, en un sistema representacional”. Los modelos representacionales se construyen en la experiencia de estar con los cuidadores en edades tempranas y a lo largo de la niñez y adolescencia. Tienden a fijarse en estructuras cognitivas estables. Bowlby (1988) dijo que existe una fuerte evidencia de que la forma que adquieren estos modelos operativos internos está basada en las experiencias reales de la vida del niño, es decir, de las interacciones día a día con sus padres” (Marrone, Mario, 2001. pág. 44).

La angustia que provoca este tipo de relaciones de apego es, por tanto, la angustia a la separación, a la pérdida y a la inseguridad.

El modelo propuesto por Bowlby es evolutivo, de hecho él utiliza el término “vías evolutivas” para referirse a los distintos caminos que va recorriendo una persona desde que nace; es un camino en el que el sujeto interactúa con el medio; explica que existen dos vías fundamentalmente la vía episódica (lo visto, lo oído por el niño) y la vía semántica (lo que le es dicho al niño por los padres a través del lenguaje). La psicopatología no es el resultado de una fijación o regresión, sino el desajuste en esas vías evolutivas y puede pasar que el camino de inicio se retrase o no es el correcto al comienzo, o bien durante el transitar se produce algún hecho traumático que trunca ese avance. Se observó que lo que más determinaba la evolución correcta por ese camino era la respuesta sensible del cuidador, resultado de las investigaciones llevadas a cabo por Mary Ainsworth.

El concepto de "Modelo Operativo Interno de Trabajo" es fundamental en la Teoría del Apego, hace referencia a los esquemas representacionales cognitivos de la experiencia subjetiva y del individuo, se refieren a sí mismo, al otro y a la relación con el mundo. Se adquieren por las propias experiencias y vivencias del niño en la interacción con sus padres. Son esquemas que se perpetúan y que responden básicamente a dos criterios: si la figura de apego se representa como una figura protectora y si el niño se juzga a sí mismo como alguien a quien en una situación de peligro la figura de apego pueda protegerlo. Este concepto de Modelo Operativo Interno de trabajo, es análogo al concepto psicoanalítico de la representación del self y del objeto. Proporciona reglas para organizar la atención, la memoria, el pensamiento y el lenguaje. El grado de claridad y coherencia con la que una persona narra la historia de sus relaciones de apego es un indicador del grado de desarrollo de su capacidad reflexiva.

Bowlby recupera el reconocimiento que sí había hecho Freud de que la relación del niño con la madre es única y que puede ser el prototipo de las posteriores relaciones amorosas en ambos sexos. También reconoce que el amor existente dentro de la relación entre el niño y la madre va más allá de la función nutricional y que el sentimiento de sentirse cuidado repercute directamente en el narcisismo; sin embargo, Freud lo valoraba desde el punto de vista filogenético y no le otorga tanta importancia a la relación de apego que Bowlby le dio desde el punto de vista de las ideas darwinianas de adaptación y sobrevivencia.

La Teoría del Apego es entonces un modelo que relaciona eficazmente el funcionamiento afectivo, cognitivo y de relación.

Stephen Mitchell

Ha sido uno de los representantes más lúcidos del psicoanálisis relacional. Es el concepto de interacción el que organiza gran parte de su pensamiento. Igualmente establece una mayor simetría entre paciente y analista y promueve la escucha activa y la empatía como factores esenciales de la terapia frente a la neutralidad del analista tradicional. Mitchell dedica mucho tiempo a pensar qué es lo que a él como analista le está pasando cuando está tratando a un paciente.

Explica que el psicoanálisis ha tenido representantes que han estado dedicados a estudiar la corriente relacional, sin embargo, han quedado al margen porque estaba imperando la corriente principal psicoanalítica de los impulsos, freudiana y kleiniana, de una gran implantación.

Me interesa especialmente ver el cambio de perspectiva que significa la comprensión y la construcción del psiquismo humano desde la infancia del sujeto a través de la teoría del apego, desde el vínculo como pulsión principal del ser humano, por contraposición al análisis freudiano más tradicional, focalizado en la pulsión del deseo. Al igual que el cambio metodológico tan importante que imprime al procedimiento terapéutico. Estos son aspectos que me parecen relevantes para entender enfoques psicoterapéuticos como la psicoterapia breve.

Los enfoques que ponían el énfasis en la conducta, tales como la etología, hacían difíciles los esfuerzos por encontrar líneas de unión con variables psicodinámicas, sin embargo, Bowlby con su concepto de los "Modelos Internos de Trabajo", estaba aportando la semilla, germen para la profundización y explicación del apego desde un enfoque más subjetivo y psicodinámico. Estaba aludiendo a la representación psicológica interna que tiene el individuo de sí mismo.

La teoría del apego ha sido objeto de investigación empírica, aun cuando no haya pasado lo mismo en la práctica clínica. No obstante, se ha convertido en una teoría cada vez más estudiada y presente en autores de corriente psicodinámica, que han otorgado solidez conceptual y refinamiento a este enfoque, suficiente como para convertirlo en un marco teórico estructurado y dotado de la metodología adecuada, para llevar a cabo procesos psicoterapéuticos que permiten la integración del apego en el trabajo clínico. Por ejemplo el modelo de mentalización de Peter Fonagy.

Peter Fonagy

Peter Fonagy, psicoanalista inglés, profesor de psicología de la University College London. Es un reconocido pensador e investigador que ha creado el concepto de mentalización, concepto puente que enlaza la teoría de la mente y la del apego con la teoría psicoanalítica. Escribió en 2004 un texto dedicado a profundizar en el estudio de la Teoría del Apego y a analizar las relaciones, encuentros y divergencias entre la Teoría del Apego y el Psicoanálisis. Merece la pena destacar algunos aspectos de este análisis, por lo significativo de la relación entre apego y psicoanálisis.

La diferencia más significativa entre las teorías dominantes del siglo XX y la teoría de Bowlby es la importancia que daba Bowlby al vínculo emocional y físico con el cuidador, que para los pensadores psicoanalíticos no dejaba de ser una pulsión de carácter secundario, pues la pulsión más importante era la satisfacción de las necesidades orales. Para los teóricos del apego, según Fonagy, el objetivo del apego no es la madre sino la cercanía física con ella y después otra serie de aspectos psicológicos y comportamientos evolutivos del niño como la conducta exploratoria, o el miedo, que activa los mecanismos de apego. Bowlby está influenciado en su teoría por Piaget y va evolucionando en sus conceptualizaciones hacia un modelo cada vez más sofisticado desde el punto de vista cognitivo.

Un aspecto muy importante presente tanto en de la teoría del apego como en la de las relaciones objetales es que se puede desarrollar apego tanto a una figura cuidadora como a una figura no cuidadora o maltratadora; en este último caso el sujeto desarrolla un modelo de funcionamiento interno de no merecer ser querido.

Para este autor es muy importante el estudio de los pacientes con apego desorganizado para el psicoanálisis, por el tipo de conductas que manifiestan. Los niños con comportamientos hiperactivos tienen altos niveles de cortisol salival, precisamente por el estrés; y tienen mayor riesgo de daño en el hipotálamo. El apego

desorganizado tiene una estrecha relación con la agresión infantil y crianzas realizadas en relaciones violentas y con desestructuración.

“Habitualmente la conducta desorganizada está relacionada con factores familiares como maltrato, depresión mayor o trastorno bipolar en la figura o figuras de apego. Se ha observado una relación estrecha entre cuidador/a severamente deprimido/a y apego desorganizado (Lyons Ruth y cols, 1990).” (Fonagy, Peter. Mendiola, María Rosario. 2005)

Se explica que como puntos de convergencia entre Freud y Bowlby se observa que ambos comenzaron sus estudios a partir de situaciones de privación y/o traumáticas que sufría el ser humano, después se le criticó a Freud por abandonar esta corriente, aunque Fonagy sostiene que en realidad Freud nunca abandonó del todo su teoría de la seducción.

El marco psicoanalítico ofreció al apego un interesante bagaje para explicar el conflicto que puede tener un ser humano ante la oposición de su deseo y la realidad, También entre ambas teorías se da como convergencia el hecho de que el niño sufre ansiedad ante la separación de la madre.

Para Freud la vida del niño comienza a tener interés para su valoración psicológica entre los tres y cuatro años, en los que se produce la fase edípica; Bowlby, por el contrario, pone el énfasis en que para el bebé es determinante la relación vincular.

Otro aspecto interesante a destacar es que hay cierta similitud entre los mecanismos de defensa descritos por Ana Freud y los patrones de apego. No obstante, el vínculo fundamental del que partía Ana Freud era una relación de carácter sexual y no de cuidado y protección.

“Fonagy compara los mecanismos de defensa estudiados por ella con los patrones de apego. En este sentido, el autor considera que éstos son construidos por el niño para afrontar la interacción con los cuidadores, y el patrón de apego evitativo puede estar relacionado con el mecanismo de evitación descrito por Selma Fraiberg (1982)”. (Fonagy, Peter. Mendiola, María Rosario. 2005)

Es esencial que el bebé aprenda a regular sus estados emocionales, es desde el exterior desde donde le han de llegar las primeras representaciones de los mismos. Aprende de forma vicaria observando en espejo la expresión facial y gestual así como la modulación de la voz de sus cuidadores. Este logro le capacita para una posterior autorregulación del afecto y el control de impulsos, además de ser la base para la mentalización.

Para que los procesos regulatorios se produzcan con éxito es imprescindible que además exista una congruencia razonable entre el estado mental del cuidador y el del niño. La falta de esa congruencia es de gran importancia pues puede comprometer de forma muy seria el psiquismo del niño, haciendo que se sienten las bases para generar estructuras de personalidad narcisista o borderline.

Peter Fonagy ha puesto el énfasis de su estudio en la teoría del apego y en la mentalización. Fonagy describe la mentalización como la capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico propio y del otro. Es en definitiva el desarrollo de la capacidad o función reflexiva, amparada en la teoría de la mente. El reconocimiento de los estados mentales del otro es la capacidad imaginativa de reflexionar sobre situaciones intersubjetivas, es una habilidad que le permite al sujeto predecir mejor las consecuencias de los eventos de interacción personal.

Cuando las figuras parentales disponen de una mayor capacidad reflexiva son más capaces de proveer un apego seguro al niño.

Fonagy formula dos consideraciones importantes respecto al apego: la primera, que la seguridad nace del hecho de experimentar el mundo interno y la segunda, que la exposición al mundo externo debe realizarse de forma gradual, según el bebé vaya teniendo capacidades exploratorias.

Aportaciones de Jeremy Holmes

Otra aportación que merece la pena destacar para poner más andamiaje y comprender mejor la teoría del apego es la de Jeremy Holmes, psicoanalista británico, teórico del apego, psicoterapeuta en North Devon y profesor de Psicoterapia en la Universidad de Exeter. De este autor extraigo algunas de las ideas que me parecen más interesantes.

En la teoría del apego, descrita como un marco conceptual general, existen seis dominios principales que describen de forma muy completa las dimensiones del apego y que incluyen muchos aspectos vinculados a la práctica psicoterapéutica. Los seis dominios son:

Base Segura: Se refiere básicamente a la figura cuidadora a la que se dirige el bebé cuando está angustiado; inicialmente se pensó así en términos conductuales, pero posteriores investigaciones sobre el apego expresaban que:

*"La experiencia original de la **base segura** cuidador/bebé comprende: (1) una serie de conductas activadas por la amenaza (2) una respuesta a tales conductas por parte del cuidador y (3) un estado psicofisiológico que es el resultado final de tales conductas." (Holmes, Jeremy; 2009. Pág.25)*

"Desde un punto de vista Kleiniano, si un niño puede tolerar la separación de la pareja parental y la pérdida de la posesión exclusiva de la madre que ésta conlleva, logra una perspectiva descentrada y una libertad de pensamiento esencial para el éxito interpersonal (Britton, 1998), El equivalente de este proceso desde la perspectiva del apego consiste en el establecimiento de una representación de la base segura..." (Holmes, Jeremy; 2009. Pág.31)

En los adultos se dispone de una zona interna de Base Segura (que puede conceptualizarse como una relación de objeto) y que puede activarse mediante pensamientos, imágenes, conductas de relajación. Cueste lo que cueste debe lograrse cierto grado de seguridad.

Las variantes patológicas de la conducta de base segura incluyen conductas defensivas de acting out como atracones, abuso de sustancias, masturbación compulsiva, autolesiones etc. Las variantes inseguras son compensaciones (también defensas); adultos evitativos o dependientes, ambos con la autoestima comprometida. En las parejas cada adulto es la base segura del otro miembro.

"El funcionamiento sano de las parejas depende de la capacidad para ver, pensar y hablar sobre sus relaciones como una entidad con derecho propio, diferente de los dos individuos que la configuran." (Holmes, Jeremy; 2009. Pág.31)

Exploración y Disfrute: A los niños inseguros les cuesta jugar y la interacción amistosa, lúdica, exploratoria. Cuando hay inseguridad se inhiben las respuestas de exploración y disfrute, se activa el apego, se busca la base segura y desaparece la alegría y la tranquilidad.

Protesta y Enfado: La ira y la rabia surgen cuando existe una amenaza de separación, se busca que el vínculo de apego permanezca intacto. En las personas adultas, con poca capacidad para la regulación de la ira es necesario recurrir a entrenamientos en asertividad para saber reparar rupturas de forma sana y dotarles de capacidad de comunicación.

Pérdida: La amenaza de la pérdida es primordial en gran parte de la angustia psicológica, por eso la capacidad para saber afrontar las pérdidas y elaborar duelos es un componente esencial de la madurez psicológica y que debe formar parte de la terapia basada en el apego.

Modelos Internos de Trabajo: Es un constructo cognitivo, más que el mundo interno psicoanalítico, que es más afectivo. Los modelos internos comienzan a formarse desde los primeros meses de vida y se construyen según la calidad de las respuestas recibidas a las necesidades del niño. Son representaciones internas que tenemos del mundo que van facilitando la conducta adaptativa. Contienen ideas fundamentales de nosotros mismos sobre nuestra autoestima, identidad, autonomía o continuidad en el tiempo.

"Los primeros modelos muestran una fuerte tendencia hacia la estabilidad y la autopropagación, ya que estos, muy posiblemente, determinan la forma en la que el niño experimentará después el mundo" (Marrone, 2001, pág. 75).

Función reflexiva y competencia narrativa: La psicoterapia es un proceso narrativo en el que el paciente y el terapeuta desarrollan un diálogo, diálogo en el que el paciente debe reflexionar y hablar sobre su propia

vida. Hacerlo de una forma coherente es la capacidad de la función reflexiva. En la terapia un paciente aprende a ser autorreflexivo.

PATRONES DE APEGO

Los primeros estudios que se realizaron para ver las diferencias de reacción frente al apego fueron propuestos por Mary Ainsworth. Mary Ainsworth y sus colaboradores (1978) desarrollaron un procedimiento de laboratorio, que se denominó la Situación Extraña, y que consistía en establecer dos episodios de separación entre el niño y su cuidador. Se clasifica el apego del niño según la conducta que ha manifestado durante la separación, y sobre todo, por la actitud que éste presenta en el reencuentro. La primera aproximación, la de la observación ante la situación extraña, trajo como consecuencia la siguiente clasificación:

- El apego **ansioso-evitativo** (grupo A), con conductas de distanciamiento; es interpretado como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador, muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador.
- El apego **seguro** (Grupo B) se caracteriza porque aparecen conductas de exploración activa, ansiedad de separación, y reaseguramiento al volver a encontrarse con el cuidador; este Modelo de Funcionamiento Interno se caracteriza por la confianza en el cuidador.
- En la categoría **ansioso-ambivalente/resistente**, (grupo C) con conductas de protesta, el niño muestra ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con el cuidador, parece que hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención.
- El patrón de apego **desorganizado/desorientado**. (Grupo D), se observó en algunos niños que no podían entrar en ninguna de las categorías anteriores y posteriormente a la clasificación de Ainsworth se explicó que aquellos niños que no entraban dentro de ninguna de las categorías anteriores tenían apego desorganizado. Algunos ejemplos de esta conducta pueden ser: tener la expresión congelada o acurrucarse en el suelo inmóviles.

Evaluación del apego en adultos: Una de las primeras y más conocida forma de medición del apego es a través de "La Entrevista de Apego del Adulto (AAI)": Es un cuestionario elaborado por Mary Main, que ha alcanzado importante consideración y consiste en una serie de preguntas cuyo objetivo en palabras de su creadora era "sorprender al inconsciente". Se trata de obtener datos acerca de la historia del vínculo de apego, especialmente con las figuras parentales; interesa, sobre todo, clasificar el estado mental del sujeto en cuanto a sus vínculos. Se le pregunta al paciente, por ejemplo, que diga cinco adjetivos que describan la relación con sus padres. Se valora, en definitiva, la coherencia del discurso narrativo del paciente cuando relata experiencias relevantes de su infancia. Se observó que las personas que puntuaban alto en coherencia, presentaban un

patrón de apego seguro. De la clasificación a través de la AAI surge una taxonomía en cuatro categorías que reflejan el estado de la mente en el adulto, equivalente a las descritas por M. Ainsworth sobre la conducta en el niño, ambas son clasificaciones del campo de la psicología del desarrollo. Las categorías descritas por Mary Main son:

- **Seguro-Autónomo:** Durante la descripción de las experiencias relacionadas con el apego, el paciente mantiene un discurso narrativo coherente, está dispuesto a colaborar y comenta tanto las experiencias favorables como las no favorables del apego. Aprecia las experiencias de apego y las considera importantes para su propia personalidad.
- **Evitativo:** Describe a sus padres como normales incluso excelentes, sin embargo sus experiencias no apoyan esta tesis, hay incoherencia. Explica que las relaciones de apego no le han afectado. Utiliza frases cortas y suele presentar lagunas de memoria. Idealiza las relaciones de apego y no es capaz de proporcionar ejemplos concretos.
- **Preocupado:** Se muestra preocupado e inseguro, con miedo, enfadado, confuso, pasivo. Con un discurso largo e impreciso, incluso gramaticalmente incorrecto y explicaciones poco razonadas. Tienen a maximizar la importancia del apego y están todavía muy ligados a las experiencias del pasado.
- **Desorganizado:** Gran incoherencia en el discurso en general, al hablar de pérdidas familiares o abusos se observan grandes lapsos en el razonamiento. Pueden hablar de una persona fallecida como si estuviera físicamente viva. Suele haber experiencias traumáticas no superadas. En sus relaciones de apego infantil hay indicadores de conflicto, negligencia de progenitores, desamparo, abusos, coerción y/o conductas impredecibles para ellos.

Estas investigaciones y estudios diversos sobre los estilos del apego dieron lugar a aportaciones tan interesantes a la teoría del apego como:

- Que existe transmisión intergeneracional del apego.
- Que los estilos de apego parecen mostrar vías evolutivas de desarrollo estables, lo que no significa que una vía insegura no pueda reconvertirse a una segura.
- Que la función reflexiva es la responsable de que exista un discurso coherente y que la persona sea capaz de pensar sobre sí mismo y sobre los demás.
- Que el apego seguro en la infancia se refleja a través de la competencia narrativa en el adulto. Las personas con apego seguro hablan con coherencia sobre su vida, su pasado y sus relaciones en la infancia.

- Fonagy y colaboradores concluyen en valorar el patrón de apego del niño, particularmente el desorganizado, como un factor de riesgo que unido a otras variables como la vulnerabilidad genética y tempranas experiencias traumáticas en la infancia, facilitarían el camino para el desarrollo de un futuro trastorno de la personalidad.

Estas eran las clasificaciones representacionales o categoriales, las más comunes en el estudio del apego. No obstante, hubo otros enfoques de carácter dimensional para abordar la evaluación del apego, realizados básicamente mediante cuestionarios de autorreporte y analizando el apego a partir de las relaciones amorosas. Las dimensiones estudiadas fundamentalmente fueron "ansiedad de separación" y "búsqueda de proximidad".

Otra clasificación, utiliza dos dimensiones e integra las visiones categorial y dimensional, es la línea de investigación desarrollada por Bartholomew (1990; Bartholomew & Horowitz, 1991), quienes crearon el "modelo de cuatro categorías", donde explícitamente utilizan una visión de prototipos para clasificar las orientaciones de apego de los individuos. La autora sistematizó la concepción de Bowlby de "modelos operantes" definiendo las diferencias individuales del apego adulto en términos de la intersección de dos dimensiones: modelo del self (dicotomizado en ansiedad alta o baja) y modelo de los otros (dividido en términos de aproximación – evitación):

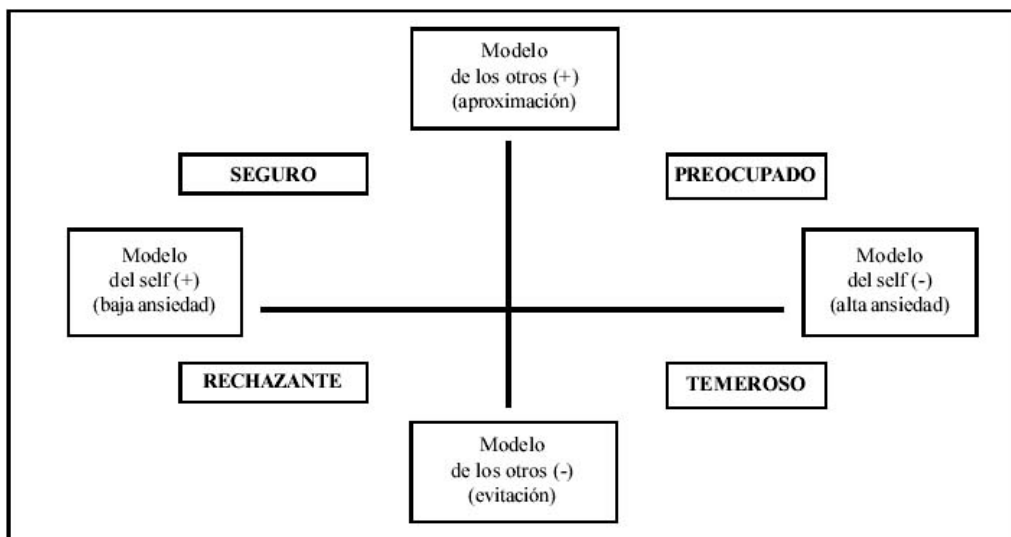


Figura 2

Un modelo positivo del self y un modelo positivo de los otros. Dicotomizando cada dimensión como positiva o negativa se forman cuatro patrones prototípicos de apego. Alternativamente, la dimensión de modelo del self puede ser conceptualizada en términos de ansiedad (alta - baja) en el apego y la dimensión de modelo de los otros puede ser conceptualizada en términos de (aproximación – evitación) de la cercanía. Cada combinación entre los modelos del self y de otros define un patrón de apego prototípico, es decir, una particular estrategia de regulación de la seguridad en las relaciones cercanas (Martínez Claudio, Santelices María Pia, 2005)

No obstante, conviene decir que ambos modelos han continuado en proceso de investigación. Si bien hay estudios que han mostrado la permanencia de una serie de patrones, no parece clara la vigencia de los modelos puros, porque también es necesario clarificar bajo qué circunstancias en un adulto predomina un estilo global de apego o si es un conjunto de estilos de relación dependientes de un patrón común. Con ello se pretende relativizar y contextualizar las mediciones y considerar la influencia de la historia de relaciones de un individuo, incluyendo su vida actual.

Igualmente, continúa en estudio el tema de la transmisión generacional del apego, así como el análisis de factores de protección y/o tratamientos terapéuticos que permiten convertir y/o modificar una vía insegura en segura.

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS IMPLICACIONES EN LA PSICOTERAPIA BREVE

A nivel global un importante objetivo en la psicoterapia breve es adquirir un sentido de trascendencia, respeto por los componentes místicos de la personalidad, que pueden o no ser religiosos y que permiten una autoestima de valores. La trascendencia se dará en su ideología de vida. Un objetivo terapéutico fundamental es enseñar a un paciente a tener un concepto claro de su intimidad. Hay que buscar entre los diferentes factores estresantes que se dan en nuestras vidas y que producen malestar entre los individuos.

Los objetivos principales de una Psicoterapia Breve son (Marín, 2020):

- Reducción de los miedos básicos
- Plasticidad en el juego de introyección/ proyección
- Tomar explícito lo implícito
- Favorecer la movilidad de roles
- Favorecer la recreación de ideologías

Pero para entrar específicamente en el tema del apego analizaré en este punto y por el interés que tienen las implicaciones de la teoría del apego en la terapia. Para ello realizaré una sucinta aproximación a las distintas propuestas, que como no podía ser de otra manera, están organizadas en función de las matizaciones, modelos o marcos que han sugerido los teóricos del apego.

Es interesante señalar aspectos diferenciales referidos al abordaje terapéutico, Fonagy plantea la especificidad de la terapia en el caso de un paciente sin apego seguro. Es necesario crear un vínculo de apego que permita desarrollar esa seguridad de la que carece el paciente. Para ello las interpretaciones quedan en un segundo plano hasta no alcanzar ese objetivo prioritario. Hay que crear un ambiente de seguridad y un clima de confianza.

“Resaltar respecto a Fonagy su idea sobre el sentido de la psicoterapia en los casos de pacientes que no han podido desarrollar un apego seguro, la capacidad de mentalización o ambas cosas. Al tratarse de un problema derivado de un déficit (aunque él nunca utiliza estos términos) la intervención terapéutica ha de encaminarse a entablar cierta relación con el paciente que le permita desarrollar las funciones carentes. Quedando la interpretación en un segundo plano, el terapeuta ha de crear un entorno “seguro” para el paciente en el que pueda entablar una relación análoga a la del apego seguro que no se pudo desarrollar en la infancia. A partir de ahí, las interpretaciones que más efecto tienen en el desarrollo de la mentalización son las que incluyen el contenido del estado interno de los dos participantes y la vivencia de la relación por parte de ambos (ha de concederse importancia a las emociones siempre que surjan o sean intuitas por el terapeuta). (...) Si la mentalización es necesaria para el desarrollo normal, se vuelve decisiva en las situaciones traumáticas en la primera infancia. Según cree Fonagy, en los casos en los que la respuesta de los padres va más allá de no ser empática, sino que resulta traumática, los niños capaces de mentalizar encuentran cierta protección en la creencia de que el maltrato no se debe a él mismo, sino a creencias falsas que pudieran tener los maltratadores.”
(Benito, Guillermo. 2006)

El carácter narrativo es el aspecto unificador del abordaje terapéutico de ambos modelos: el psicoanalítico y el del apego. Sin embargo, el apego requiere un abordaje terapéutico distinto al tradicional distante enfoque psicoanalítico, porque debe ser afectivo y sólido para establecer una buena alianza terapéutica. La capacidad para mantener y/o reparar la alianza es fundamental para la autoestima y el funcionamiento interpersonal efectivo. También debe ser un enfoque de respuesta contingente y de énfasis en las emociones positivas que surjan.

En una línea similar a la de Fonagy, Marrone describe los objetivos de la terapia como una oportunidad de desarrollar un vínculo terapéutico que le facilite al paciente el desarrollo de sus vínculos relacionales; así, retoma también en los objetivos de la terapia las cuatro tareas esenciales que ya definió Bowlby:

- Crear una base segura durante un tiempo prolongado.
- Ayudar a que el paciente explore sus circunstancias presentes y el papel que él juega en ellas.
- Examinar cómo el paciente interpreta la conducta de los demás y qué espera de ellos.
- Explorar las posibles conexiones entre pasado y presente.

En esta propuesta de Bowlby, en el punto tercero ya había rudimentos de la mentalización, pero su aportación era referida básicamente al desarrollo de Modelos Internos de Trabajo. Bowlby plantea como conceptos centrales los derivados del sistema conductual y su control, la retroalimentación negativa y una forma conductual de homeostasis.

El desarrollo de la mentalización o función reflexiva es la propuesta de Fonagy, la función reflexiva implica un componente autorreflexivo además de un componente interpersonal. Ya se ha visto en el anterior punto que el objetivo que planteaba en la terapia era tratar de generar un espacio de seguridad y confianza en el que la interpretación esté en un segundo plano cuando es necesario desarrollar un apego seguro en un paciente.

La terapia debe perseguir el autoconocimiento y desarrollar la capacidad de pensar clara y coherentemente sobre la biografía de uno mismo. La interpretación es una parte más de la terapia, pero lo que genera el cambio es el clima de aceptación y confianza (Aznárez, 2019).

“Centrándonos en los déficits de mentalización, la terapia que pretenda remediarlos debe ceñirse siempre a un marco “no pragmático, elaborativo” (Fonagy, 1997), que ha de permitir que el paciente desarrolle las capacidades carentes en lo que respecta al procesamiento de sus relaciones con otros significativos. Según este autor es necesario que el terapeuta se muestre como alguien benevolente a quien el paciente pueda tratar de forma íntima. A partir de ahí, las interpretaciones sobre los estados mentales de ambos y sobre el transcurso de la relación permitirán al paciente integrar una representación de sus propios estados internos y de su vínculo con el terapeuta. A medida que la capacidad de mentalizar crece en el paciente, algunas estructuras del sujeto (principalmente las derivadas del patrón de apego y las necesidades narcisistas en las relaciones significativas) se vuelven más adaptativas, lo que permite que se den dentro y fuera de la terapia vínculos más sanos que permitan un desarrollo de las funciones que habrían sufrido déficits.” (Benito, Guillermo. 2006)

La mentalización podría ser como la categoría superior de un proceso de autorregulación, no está directamente vinculada con los afectos, pero los integra, de forma que la mentalización de los afectos otorga una nueva perspectiva sobre ellos.

La mentalización se desarrolla fundamentalmente de dos formas: a través del reflejo parental y a través del juego, por el carácter simbólico que éste tiene. La mentalización tiene muchas funciones, por destacar algunas de ellas se pueden proponer las siguientes:

- Desarrolla la capacidad de atribuir estados mentales a los demás (creencias, sentimientos, motivaciones), lo que reduce la dependencia de tener que pedir explicaciones sobre todo y permite predecir el comportamiento.
- Promueve y mantiene el apego seguro en el niño.
- Optimiza la comunicación y la empatía.
- Conecta el mundo de la fantasía y la emoción con el comportamiento.
- Identifica los propios deseos y emociones.
- Permite diferenciar el pensamiento de la realidad.

Los objetivos de la terapia del apego deben ser los de ayudar al paciente a regular el estrés y a manejar las relaciones. El legado del apego en la salud mental tiene que ser mediado por la salud del estrés. La autorregulación del estrés apoya la salud mental. El apego no actúa directamente en la salud mental sino que forma y equipa para regular el estrés, es un principio básico. La variable de regulación del estrés es determinante.

Es importante destacar que cuando los padres interactúan con sus hijos están ayudando a controlar mecanismos, a regularlos. Ahí radica la importancia del apego, ayuda a tener una buena regulación, en muchos aspectos de la vida: de la emoción, del pensamiento, del cuerpo. Felipe Lecannelier (psicólogo clínico experto en apego) plantea que hay tres mecanismos de mentalización: la teoría de la mente (la mentalización en sí); las funciones ejecutivas y sobre todo, el que a él le parece más importante es el control esforzado de la atención, el proceso de focalización y desvío de la atención, porque quienes saben controlar la atención son más capaces de regular el estrés.

Hay tres mecanismos de mentalización por tanto:

- La teoría de la mente (la mentalización en sí).
- Las funciones ejecutivas.
- El más importante, es el control de la atención: el proceso de focalización y desvío de la atención porque quienes saben controlar la atención son más capaces de regular el estrés.

Otro autor, Liotti (2001) nos habla de la compatibilidad del modelo terapéutico cognitivista y la teoría del apego. Puesto que hemos mencionado cómo han analizado autores provenientes del psicoanálisis y cómo han compatibilizado sus modelos con la teoría del apego, veamos qué aspectos se señalan desde el cognitivismo como factores importantes para tener en cuenta a la hora de realizar la práctica psicoterapéutica:

Una de las derivadas más importantes es prestar atención al Modelo Interno de Trabajo o Modelo Operativo Interno del paciente, el creado por los recuerdos y representación de sus vinculaciones. Se trata de no reforzar afirmaciones sobre su autosuficiencia y la no necesidad de los demás. Cualquier persona necesita de forma innata de la cercanía de otros seres humanos y por tanto, es terapéutico contribuir al reconocimiento de la necesidad de los demás como algo sano y al comportamiento adecuado de pedir ayuda a las personas significativas cuando las circunstancias de la vida puedan llegar a requerirlo.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en la terapia es que el apego es una más de las múltiples motivaciones innatas que puede tener el ser humano. Existe una multiplicidad de sistemas motivacionales, el apego es sólo una de ellos. Igualmente existen distintos tipos de interacciones, además de la relación de apego los individuos se relacionan entre sí a través de relaciones de competitividad, de cooperación, de cuidado o interacciones sexuales; de forma que para explorar del mejor modo posible la representación del sí mismo y de

los otros de un paciente, es necesario que en ese momento se halle activada la motivación de apego frente al terapeuta. Las relaciones de apego seguro permiten un mayor desarrollo de la capacidad de reflexión explícita sobre las propias vivencias y construir por tanto una teoría de la mente más adecuada y amplia.

Un principio importante de intervención desde la teoría del apego es conducir al paciente a que se dé cuenta de que no ha reflexionado sobre aspectos de su crianza porque nadie le ha ayudado, porque se lo han impedido; por tanto, el paciente lo ha evitado por el dolor y la desorientación que le producía recordar algunas experiencias.

La práctica psicoterapéutica basada en la teoría del apego invita al terapeuta a preguntarse qué es lo que obstaculiza la autorregulación emocional del paciente. Los niños/as con apego seguro aprenden a vivir las emociones sin temerlas porque cuando las sienten son cuidados y validados por sus figuras de apego. Para regular las emociones se necesitan respuestas eficaces de cuidado. Un adecuado conocimiento de la vida emocional es condición importante para poder autorregular la intensidad de la propia vida emocional y es la base para comprender mejor la de los demás. De experiencias de apego inseguro o desorganizado se obtienen generalmente representaciones personales invalidantes.

Un tema interesante a tener en cuenta por el terapeuta es que en el establecimiento de la alianza terapéutica y de la adhesión al tratamiento, puede existir cierta correlación de acuerdo al estilo de apego del paciente. Según algunos estudios se ha demostrado que los pacientes con estilo de apego evitativo son los que mejor se adhieren a la terapia, mientras que los pacientes con estilo de apego inseguro son los que más dificultades muestran a la adhesión terapéutica, no tanto a la alianza con el terapeuta cuanto a la consecución de los objetivos marcados para la terapia:

"...cuanto mayor es la puntuación de estilo de apego evitativo del paciente, mayor es la probabilidad de que se hayan concienciado antes de iniciar un proceso psicoterapéutico y por lo tanto se han acercado más a la superación de sus dificultades de relación. (...) Ahora, los pacientes con estilo de apego ansioso tienen dificultades en el establecimiento de objetivos conjuntas con el terapeuta a medida que avanza la psicoterapia, porque, probablemente la posibilidad real de crear cambios en su vida, activa el patrón ansioso, dando lugar a que aparezcan dificultades no tanto en el vínculo, sino en los objetivos" (L. Lossa, S. Corbella y L. Botella 2012 pp 91-103)

Por último, otro aspecto interesante a señalar desde el modelo relacional o intersubjetivo es que el estilo de apego de un paciente no solo responde al modelo originario establecido con sus figuras de crianza, sino que ha sido modulado por el resto de interacciones significativas que se han ido produciendo en su vida; este factor produce determinadas implicaciones para la psicoterapia porque el modelo operativo interno que haya construido el paciente en sus relaciones primarias de crianza y confirmado después con otros/as relaciones puede ser modificado por la relación terapéutica; una relación terapéutica encuadrada en un contexto de vivencias de experiencias emocionales correctoras, que faciliten una construcción conjunta de nuevos

significados para dichas experiencias y sobre todo, una regulación conjunta. Un marco terapéutico en el que se co-construyen significados y se co-regulan emociones.

UNA PROPUESTA DE PSICOTERAPIA BREVE BASADA EN EL APEGO (BABI)

Jeremy Holmes, es un psicoterapeuta del que ya se ha escrito previamente en este trabajo, ha dedicado gran parte de su vida profesional al estudio del apego. Como resultado de sus investigaciones ha realizado la aportación de una terapia breve que se conoce con el nombre de BABI (Terapia breve basada en el apego). Para finalizar este apartado de la psicoterapia, me gustaría explicar brevemente en qué consiste:

La psicoterapia breve basada en el apego (BABI) comparte muchas características con otro tipo de psicoterapias breves. Es de tiempo limitado, es integradora porque recurre a técnicas rogerianas, dinámicas y cognitivo conductuales, está estructurada y persigue objetivos específicos y consensuados. Normalmente las sesiones son de unos 45 minutos y se realizan en torno a 10 ó 15 sesiones por paciente. En ella se trabaja para examinar la base segura y fomentar la función reflexiva desde un enfoque psicodinámico, se persigue dotar a los/as pacientes de capacidades asertivas desde un enfoque conductual y se reestructuran los modelos internos de trabajo desde una perspectiva cognitivo conductual. Recuerda un poco en sus planteamientos a la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha M. Lineham; aun cuando ésta última es mucho más larga en el tiempo y estructurada en las tareas.

"BABI es una terapia integradora que se basa en muchas tradiciones y técnicas psicoterapéuticas".
(Holmes, 2009. Pag. 253)

Tiene un enfoque basado en pruebas y ha surgido como una terapia explícita para adultos basada en el apego. Es una terapia estructurada, con objetivos claros, que ayuda al paciente y al terapeuta. Los terapeutas deben recibir previamente formación para aplicar este método.

Las sesiones siempre comienzan con 15 minutos para que el paciente exponga cómo ha ido la semana y después se pasa a desarrollar el trabajo previsto para esa sesión.

Las fases en la que está organizada son las siguientes:

- Primera fase: **Contrato e implicación**
- Segunda fase: **Elicitar material de la base segura** (a través de cuestionarios análogos a la Entrevista de Apego Adulto se recoge el historial psicoterapéutico)
- Tercera fase: **Formulación**, se desarrolla una hipótesis preliminar sobre el estilo de apego del paciente y se formula la problemática en términos de apego

- Cuarta fase: **Rastreo de los dominios** para observar cuál de los dominios requiere una propuesta particular o en mayor profundidad. Recordemos que Holmes plantea la existencia de seis dominios en el análisis del apego: Base segura, Exploración y disfrute, Protesta y enfado, Pérdida, Modelos internos de trabajo, Función reflexiva y competencia narrativa.
- Quinta fase: **Modificar los estilos de apego**, ésta es una labor crucial en la terapia, la mayoría de los pacientes no presentan un patrón puro, los terapeutas seguros contrarrestan los patrones de apego de los pacientes, los inseguros los refuerzan.
- Sexta fase: **Identificación de los Modelos Internos de Trabajo**. A éstos se accede mediante la exploración de las cogniciones.
- Séptima fase: **Competencia autobiográfica**, hablar sobre uno mismo es el comienzo de la autorreflexión. Por ejemplo se le puede aconsejar al paciente que tenga un diario de sus estados emocionales.
- Octava fase: **Finalización**, es un momento para comprobar cómo el paciente maneja la separación y cómo ha conseguido autonomía a través de la base interna segura.
- Como conclusión sobre este apartado hay que destacar que los aspectos terapéuticos del apego implican analizar el pasado y el presente, el mundo interno y el mundo externo. Realizar experiencias emocionales correctoras del pasado que otorguen un nuevo estilo de apego y generar nuevos modelos internos de trabajo en el presente y sobre todo para el futuro; así como el abordaje terapéutico en dos líneas paralelas de trabajo, la relacional y la intrapsíquica.

TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA BREVE APROPIADAS PARA EL TRATAMIENTO EN EL MODELO DEL APEGO

La Autobiografía

Se trata de la narración de vida o la historia hecha por la propia persona sobre ella misma.

La autobiografía puede ser una de las mejores formas para conocer cómo una persona entiende el mundo. Es también una buena forma de conocer a un paciente y además implica la necesidad de organizar de forma cronológica y significativa hechos de la vida que seguramente pueden estar deslavazados, olvidados o sumidos en un gran caos. Le ayuda al paciente a organizar y encuadrar los problemas que quiere traer a consulta.

Escribir es una actividad terapéutica que genera mayor mentalización y capacidad para representarse a uno mismo. El paciente se muestra a sí mismo como él se ve, si se le pide además que se despoje de cierta autocrítica habitual y se describa en tercera persona se potencia la autoobservación y por tanto, se facilita la toma de conciencia de sí mismo y de los problemas que le afectan, además de establecer hipótesis causa efecto de las que nunca había sido consciente el paciente.

Son hechos narrados de forma contextualizada, no de manera aislada como podría relatar un hecho significativo. Se puede ir observando a lo largo de la vida del paciente, cómo era su vida antes del problema, cómo fue surgiendo ese problema, qué consecuencias tuvo, cómo intentó solventarlo el paciente. Cómo reaccionaron los otros ante el problema, familia, amigos/as etc. Qué espera conseguir en la terapia para solucionarlo.

Es fundamental que la narrativa de la persona cumpla "las características de contextualización e intencionalidad, es decir, que den cuenta de la perspectiva y el propósito de quien las genera y de las circunstancias en que se escriben" (García-Martínez, 2012).

En la historia de vida se puede encontrar información sobre los siguientes aspectos (García-Martínez, 2012):

- Las personas que son relevantes para el paciente y cuál es el papel que desempeñan en su vida.
- Las metas y objetivos del paciente, que aparecen fundamentalmente en el desafío vital, la tarea vital y la descripción de los futuros alternativos.
- Información sobre qué contenidos regulan la visión del mundo del sujeto.
- Las estrategias de afrontamiento que lleva a cabo y los recursos de los que dispone.
- Los reguladores, compensadores y limitadores vitales que ha tenido el paciente y que le han llevado a tomar decisiones en uno u otro sentido.
- Su punto de vista sobre lo que ha pasado y cómo se ha desarrollado su vivencia.

En el análisis de dicha historia de vida es interesante destacar:

- Los incidentes significativos que se mencionan.
- La organización de la información, el lenguaje utilizado y la profundidad de la narración.
- Los aspectos que se omiten o que se abordan más superficialmente.
- Los posibles aspectos que se narran de forma distorsionada y sobre lo que es necesario recabar más información.
- Incoherencias que se producen y cuestionan el relato.

Para Maganto e Ibáñez (2010) entre los principales beneficios psicológicos de la autobiografía como técnica terapéutica están, entre otros:

- Poder explicarse a sí mismo, comprender desde una nueva dimensión autobiográfica.
- Exteriorizar los problemas y a su vez tomar cierta distancia de los mismos.
- Ordenar, analizar y elaborar los contenidos problemáticos.
- Liberarse, en cierta manera, de la opresión que producen los problemas no entendidos ni canalizados.
- Acrecentar el control personal sobre dichos problemas y sus consecuencias.
- Completar la visión de la propia identidad, constituida por lo que "sabemos" de nosotros mismos.

- Dialogar y elaborar con un profesional los contenidos del relato personal biográfico.
- Re-etiquetar y re-significar parte de su historia o de sus momentos más traumáticos.

Los beneficios psicológicos de la autobiografía son amplios: establece un diálogo interno y un aumento del autoconocimiento, a la vez que se produce una ordenación y evocación más organizada de fragmentos y memorias de hechos que podrían estar muy inconexos. Por último se resignifican algunos acontecimientos y se adquiere conciencia más coherente de su identidad. El relato autobiográfico logra algunas de las metas tradicionalmente asignadas a la psicoterapia (Maganto e Ibáñez, 2010):

- a) Aumento de la autoestima y la seguridad en el paciente;
- b) Liberación de emociones, impulsos, y sentimientos de frustración y agresión;
- c) Producción de "insight" cognitivo-emocional;
- d) Promoción de la aceptación de sí mismo; y
- e) Fomento de la integración y desarrollo de las tendencias dirigidas a metas positivas

El Genograma

Teniendo en cuenta la importancia del funcionamiento familiar en el establecimiento de vínculos y apego será especialmente interesante tener en consideración el genograma del paciente. Es la representación gráfica de la familia, se incluye la familia extensa. Es el diseño de un árbol gráfico familiar que permite conocer la constelación familiar. Permite una organización visual del grupo familiar. Promueve la formulación de hipótesis. Facilita la organización del trabajo terapéutico y diagnóstico. Es un diseño que se hace generalmente de tres generaciones. Se realiza a partir de una serie de símbolos compartidos y permite contextualizar familiarmente los padecimientos del paciente. Hay que distinguir entre el Grupo Familiar y el Grupo de convivencia. La evolución de las familias ha cambiado mucho en los últimos tiempos y por tanto esta información es muy importante.

El genograma es un registro que permite realizar un screening familiar que de antemano puede ofrecer información relevante sobre la situación psicosocial de las generaciones familiares precedentes al paciente.

Entrevista de Apego Adulto

Ya se explicó en otro apartado de este trabajo. La entrevista de apego para adultos es un procedimiento diseñado para evaluar la transmisión intergeneracional del apego. Es un proceso para sorprender al paciente. Son una serie de preguntas que permiten evaluar al adulto sobre sus estados mentales respecto a la historia global de sus vínculos de apego. Le interroga al paciente sobre recuerdos, experiencias concretas pasadas y la evaluación que hace de las mismas. Es un cuestionario estructurado que se inserta en una entrevista clínica. Son 20 ítems, 17 de los cuales se relacionan con el paciente y sus experiencias. Los tres últimos se refieren al paciente y sus experiencias como madre o padre. La valoración se hace sobre la coherencia en la narrativa, la

capacidad de representación de esas experiencias, la claridad en la forma o el grado de objetividad aparente en las descripciones. Le vamos a pedir al paciente por ejemplo que utilice cinco adjetivos para calificar a su padre, pero además le vamos a solicitar que lo ilustre con un ejemplo. Entraña dificultad acceder a los recuerdos de las experiencias que les pedimos que traigan a la sesión. Puede funcionar como un instrumento de indagación de las condiciones de parentalización del paciente.

La Fotobiografía

Al elaborar la historia de vida al inicio de la terapia, la autobiografía puede ser una de las mejores formas de conocer al paciente (la perspectiva que tiene del mundo y de sí mismo).

El uso de la fotobiografía surge en un contexto narrativo. Fina Sanz define la fotobiografía como:

"Una técnica de recolección de datos por medio de la fotografías, en la cual la persona va narrando fragmentos de su vida con sus propias palabras, señalando los acontecimientos y experiencias más importantes y atendiendo los sentimientos y las emociones que esto le genera" (Sanz, 1998, pp 157-164).

Hay varias fases para trabajar en fotobiografía, en la primera de ellas se establece la selección de las fotos, el/la paciente aporta una amplia variedad de fotos, de las diferentes épocas de su vida. Debe ser un material significativo para el paciente.

Se va haciendo posteriormente un trabajo lineal generalmente cronológico, en profundización de cada una de las fotografías, cada una de ellas implica un evento, un significado, una relación, una emoción, una sensación corporal. El/la paciente reestructura, piensa sobre aquella situación, sobre ese yo suyo, tomando distancia, permitiendo dejar que fluyan nuevas formas de ver, pensar y sentir sobre ese momento captado en la instantánea.

Posteriormente, se van creando relaciones entre las distintas fotografías, asociándolas a su línea de vida, permitiéndole al paciente crear una nueva narración sobre su vida, una nueva línea argumental sobre los hechos vividos. Se produce un trabajo de integración entre las sesiones que finaliza con una nueva historia de la vida del paciente. Se da una nueva reasignación causal, un reajuste emocional y una reestructuración cognitiva importante en la mayoría de los casos. Finaliza la técnica con una integración global de su historia.

Analizar "El Guion de Vida"

Para profundizar en este tema ha sido muy interesante la lectura del libro de José Luis Martorell "El guion de vida". Haré un breve resumen de algunos de los aspectos más significativos de su publicación.

Eric Berne definió el guion de vida como *“Un plan de vida formado en la primera infancia bajo la presión parental y que después continúa en vigor. Es la fuerza psicológica que impulsa a la persona hacia su destino, tanto si la persona lo combate como si dice que es su libre voluntad.”*

Es en este modelo psicológico del análisis transaccional en el que Martorell escribe su libro para explicarnos lo que constituye el guion de nuestras vidas.

Nuestra posición existencial es una perspectiva psicológica personal en la que inscribimos las experiencias que nos suceden, está en nuestro Niño y por tanto se expresa del modo básico en que la sentimos en nuestra infancia. La posición existencial es, por tanto, el sentimiento que tenemos acerca de nosotros mismos y se adquiere muy tempranamente en nuestras vidas. Precisamente la terapia actuaría en el sentido de cuestionar y adquirir una nueva posición existencial que resulte más adaptativa. La idea popular de destino es psicológicamente el guion de vida.

Los pacientes pueden vivir su propio nacimiento psicológico en “la primera escena de vida”, un ejercicio muy interesante en el que en un contexto seguro y relajante se le pide al paciente que imagine de forma dramatizada su llegada a la familia.

Ya tendrá un papel atribuido por los sentimientos que provoca en sus padres, es objeto de una serie de expectativas que puede que impliquen áreas muy importantes de su vida. Esas expectativas, mandatos, atribuciones las recibirá el paciente en forma de mensajes que vienen de fuera de él y fundamentalmente de la relación con la madre. La actitud emocional de la madre es muy importante para determinar que un niño se sienta en un contexto de seguridad, aceptación y afecto o en un contexto de inseguridad, rechazo o indiferencia. El guion es superresistente a lo racional. Las atribuciones más potentes son las disposicionales porque te dicen cómo eres. Lo importante además no son los mensajes que se dan en la historia del paciente, sino lo que se hace con ellos. Aceptar una atribución de “estar mal” es construirse como un ser humano deficiente.

Toda esta influencia, que la ejerce también el sistema familiar, no se da exclusivamente en la primera infancia sino hasta la adolescencia.

El conflicto existencial, la encrucijada se da cuando ante un acto espontáneo del niño choca contra un mandato parental, contra un mensaje profético; se puede aceptar y obedecer o no aceptar y construir una identidad fuera del guion marcado.

Según este “previsto” guion de vida en la terapia esencial siempre habría un adulto que tiene que ayudar a un niño para salirse de un guion de inseguridad y las características de la terapia serían:

- Generar un entorno seguro
- Validar la experiencia vivida

- Invitar al cuestionamiento de las identificaciones y tender al cambio

Evidentemente hay muchas otras técnicas susceptibles de ser utilizadas para llevar a cabo el tratamiento, tan solo he expuesto brevemente algunas de las que me parecen más pertinentes. En general cualquier técnica o tarea que favorezca la adquisición de conciencia, mentalización y mejora narrativa de la historia de vida será de mucha utilidad en el trabajo terapéutico.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a José Luis Marín por las agradables clases y los interesantes contenidos aprendidos en el curso de Experto en Psicoterapia Breve. Siempre un placer escuchar a un sabio como él.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aznárez, B. (2019): Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes. Madrid: Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia
- Dio Bleichmar, E. (2003). "*Discusión de trabajo "Hacia un modelo pluralista de la motivación humana basado en el paradigma del apego"*" de Mauricio Cortina y Giovanni Liotti. Aperturas Psicoanalíticas. N15
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). "*Apego adulto*". Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A.
- Fonagy, P., Mendiola, M. R. (2005). "*Teoría del apego y psicoanálisis*". Aperturas Psicoanalíticas N°20
- García-Martínez, J. (2012). "*Técnicas narrativas en psicoterapia*". Madrid: Síntesis.
- Benito, G. (2006). "*Teoría del apego y psicología del self: una integración posible*". Aperturas psicoanalíticas. N° 22
- Holmes, J. (2009). "*Teoría del apego y psicoterapia*". Bilbao. Desclée de Brouwer, S.A.
- Liotti, G. 2001. "*De la teoría del apego a la psicoterapia*". Revista de Psicoterapia Vol. XII N° 48. pp 63-85.
- Lossa, E., S. Corbella y L. Botella (2012) "*Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica*" Boletín de Psicología, No. 105, pp 91-103.
- Ortiz, E. (2002). "*La teoría del Apego: Un enfoque actual*" (reseña del libro "La teoría del apego, un enfoque actual", 2001, Mario Marrone). Aperturas Psicoanalíticas. N° 10
- Maganto, C. y Ibáñez, C. (2010). "*Utilidad clínica de la autobiografía*". Revista de Psicoterapia, Vol. 21, N°. 82-83, pp. 83-105.
- Main, Mary (2001). "*Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego*". Aperturas Psicoanalíticas. N°8
- Marrone, M. (2001). "*La Teoría del apego, un enfoque actual*". Madrid. Psimática.
- Marrone, Mario; Cortina, Mauricio y Diamond, N. 2003. "*Apego e intersubjetividad*". Aperturas psicoanalíticas. N° 24

Martínez, C. y Santelices, M. P. (2005) "*Evaluación del apego en el adulto, una revisión*"; Santiago de Chile. Pshike. Vol 14, num 1 Universidad Pontificia Católica de Chile

Martorell, J.L. (2010) "*El Guion de Vida*". Bilbao. Desclée de Brower, S.A.

Revilla, L. de la (2005). "*El genograma en la práctica clínica*". Disponible en línea:
<http://es.calameo.com/books/000799551b76f6a351750>

Sanz F. (1.998) "*Los vínculos amorosos*" Barcelona. Kairós