



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES / FACULTAD DE MEDICINA
Magíster en Psicología Clínica de Adultos

EL CONCEPTO DE APEGO EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA, ENFOQUE Y ROL DEL PSICOTERAPEUTA

TESIS MAGÍSTER PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ADULTO

ALUMNA

TAMARA GALLEGUILLOS UGALDE

PROFESORA GUÍA

IRMA PALMA MANRIQUEZ

PROFESOR PATROCINANTE

JUAN YAÑEZ MONTECINOS

Santiago de Chile
2011

PARA JADE Y SILVIA

Agradecimientos a la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, y en especial a la Dra. Graciela Rojas por su apoyo irrestricto.

CONTENIDOS

Páginas

INDICE CONTENIDOS...	3
RESUMEN...	6
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN, METODOLOGÍA Y OBJETIVOS...	7
CAPÍTULO 2: RECONSTITUCIÓN HISTÓRICA Y ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE APEGO...	14
2.1: CONCEPTO DE APEGO...	14
2.2: BOWLBY, TRILOGÍA DE APEGO Y PÉRDIDA...	16
2.3: LA SITUACIÓN EXTRAÑA, ESTILOS DE APEGO	17
2.4: MENTALIZACIÓN O FUNCIÓN REFLEXIVA...	19
2.5: ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE APEGO...	21
2.6: APEGO ADULTO...	26
-	
CAPÍTULO 3: INFLUENCIA DE LA TEORÍA DEL APEGO EN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA...	31
3.1: CONSTITUCIÓN DEL SÍ MISMO DESDE EL VÍNCULO TEMPRANO...	31

3.2: UNA PSICOTERAPIA EXPLÍCITAMENTE ENFOCADA EN EL APEGO...	35
3.3: ENFOQUE EN EL APEGO DENTRO DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA: OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS Y ROL DEL TERAPEUTA...	41
CAPÍTULO 4: RELACIÓN TERAPÉUTICA...	49
4.1 DEFINICIONES DE ALIANZA, RELACIÓN TERAPÉUTICA Y VÍNCULO TERAPÉUTICO, Y SUS IMPLICANCIAS EN PSICOTERAPIA...	49
4.2 RELACIÓN TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA...	53
4.3 LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO UNA RELACIÓN DE APEGO...	59
CAPÍTULO 5: ROL DEL TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA...	69
5.1 EL TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA...	69

5.2 POSIBLES INTERVENCIONES EN UNA PSICOTERAPIA DE RECONFIGURACIÓN DE ESTILOS DE APEGO...	75
5.3 GUÍA HEURÍSTICA DE CONSIDERACIONES SOBRE EL MANEJO RELACIONAL Y EL ENCUADRE EN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA ENFOCADA EN EL APEGO	80
5.3.1 PACIENTES EVITANTES...	86
5.3.2 PACIENTES SEGUROS...	87
5.3.3 PACIENTES COERCITIVOS...	89
CAPÍTULO 6: CASO ILUSTRATIVO...	92
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES...	99
7.1 DISCUSIÓN...	99
7.2 CONCLUSIONES...	107
BIBLIOGRAFÍA...	109

RESUMEN:

Se entrega una mirada histórica de la Teoría del Apego desde J. Bowlby hasta las categorías actuales de clasificación de calidad de apego, tales como la teoría dinámica madurativa de P. Crittenden, analizando y discutiendo su inclusión explícita y pertinencia en la teoría y el quehacer clínico de la psicoterapia constructivista cognitiva. Por medio de una tesis teórica monográfica donde se realiza una revisión y análisis de literatura clásica y actualizada sobre el apego, se profundiza en conceptos como apego adulto, cambio del patrón de apego, enfoque implícito de la psicoterapia constructivista cognitiva en el apego y rol del psicoterapeuta desde esa perspectiva.

El concepto de apego sería de vital importancia en el desarrollo de la psicoterapia constructivista cognitiva, la clínica propiamente tal se enfocaría a reconfigurar el patrón de apego del paciente y el rol del psicoterapeuta en ese contexto sería de figura de apego transitoria, existiendo la posibilidad de sistematizar las diversas técnicas que debería usar el profesional con pacientes de distintos estilos y calidades de apego.

Palabras claves: apego, psicoterapia constructivista-cognitiva, figura de apego transitoria

1.- INTRODUCCIÓN:

La teoría del apego es un hito fundamental en la psicología contemporánea. Siendo su principal responsable durante el Siglo XX: John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista inglés, quien en 1940 inicia la publicación de trabajos que cambian la perspectiva puramente psíquica del desarrollo infantil, incluyendo la realidad social y la crianza como claves en ese proceso, demostrando la relevancia de la relación afectiva del niño con su madre. Bowlby desarrolló su teoría en base a diversos planteamientos teóricos, algunos de ellos encontraban cierta base en la etología, al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un claro valor adaptativo, pero a diferencia de otros autores, le agregaba una mirada más ecléctica, considerando distintas corrientes psicológicas como la psicoanalítica, sistémica y cognitiva, entre otras. Este autor planteó en 1969, que la conducta instintiva no tiene una pauta fija de comportamiento, es decir no siempre se reproduce de la misma forma frente a una determinada estimulación, sino que mas bien corresponde a un plan programado, con corrección de objetivos en función de cierta retroalimentación, que modifica y adapta al bebé a las condiciones ambientales.

El apego hace referencia a diversas conductas, cuya activación y desactivación, así como la intensidad y morfología de sus manifestaciones, va a depender de diversos factores contextuales e individuales (BOWLBY 1969, 1979, 1980,1985). Según Safran (1994) el apego es un patrón de objetivo establecido de fundamental importancia en los seres humanos. Tiene una función biológica específica de mantener la proximidad entre el bebé y su madre o la persona a cuyo cuidado se encuentra.

Bowlby (1985) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera

verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”.

Algunos autores (FEENEY, 1990,2001), desarrollaron la idea de que el apego define considerablemente el establecimiento de las relaciones amorosas en la vida adulta de los humanos, así como posiblemente otras relaciones interpersonales afectivas (OLIVA, 2005). El tipo de apego, sin embargo, no sería sólo dado por la relación que el adulto sostuvo con sus cuidadores principales en la infancia, sino que tendría lugar a través de los modelos internos activos construidos durante la niñez y reelaborados posteriormente (BOWLBY 1969, AINSWORTH 1978,1979, GUIDANO 1994, CRITTENDEN 2002). Sobre esto último, cabe señalar la relevancia de la posterior elaboración e interpretación de aquellas experiencias, por ejemplo, BRETHERTON (1987) destaca el papel del proceso de contraidentificación, por el cual el sujeto se resiste a identificarse con el modelo que ha interiorizado de la figura paterna.

Por otro lado, aunque los modelos representacionales del tipo de apego parecen mostrar bastante estabilidad, ciertos acontecimientos podrían provocar modificaciones. Por ejemplo, el establecimiento de una relación de pareja satisfactoria, o la experiencia de la maternidad, podrían llevar a una reelaboración de este modelo (VALDÉS 2003). El trauma también podría provocar cambios en el apego, y subsecuentemente en las relaciones afectivas, lo que incluso comprometería cambios a nivel neurobiológico (SCHORE 2000, SIEGEL 1999, 2003), estudios en California EEUU, muestra conexiones directas entre las relaciones afectivas traumáticas, las ineficaces funciones regulatorias del lado derecho del cerebro, y la incapacidad de adaptación tanto de la salud mental infantil como de la adulta (OLIVA, 2005, SCHORE, 2000).

Crittenden (2002, 2005) plantea la posibilidad de cambio en el estilo de apego, el que puede ser de un patrón a otro, de estrategias o de subestrategias, dentro de un mismo tipo de apego. Mientras que Arciero (2000) propone la

tendencia a cierto tipo de psicopatología dependiendo del estilo de apego, en este planteamiento, solo mencionando algunos, los tipos evitantes A1/A2/A3 se asocian más Bullying infantil y a Depresiones, los evitantes de tipo A4 a Trastornos alimentarios y los tipos coercitivos C1/C2/C3 presentarían mayormente Trastornos de conducta en la infancia y T. Fóbicos-Obsesivos en la edad adulta.

Se hace evidente, desde esta perspectiva, que la psicoterapia debiera focalizarse, en algunos casos, en este tema. No obstante, existe una discusión permanente acerca de cómo abordar, e incluso acerca de si es posible, el modelamiento de estos patrones en la psicoterapia, mientras el psicoanálisis utiliza técnicas como la interpretación de la transferencia y la experiencia emocional correctora, en la psicoterapia cognitiva constructivista se realizan diversas alusiones al concepto de apego, tanto cuando se hace referencia a la organización de la identidad personal (GUIDANO, 1997), como en relación a la psicopatología derivada de apegos disfuncionales durante el desarrollo (ARCIERO 2000) . Según nos parece, en varias de las técnicas que se aplican en psicoterapia, resulta el patrón de apego el principal blanco del terapeuta.

Desde la perspectiva de algunas corrientes, en la relación terapéutica el paciente reedita su patrón vincular, mostrando en la interacción con el psicólogo o psiquiatra, su estilo de apego dominante, pasando ser el terapeuta una figura de apego nueva para el paciente, considerando así la posibilidad de entregar una experiencia emocional correctora (SONKIN, 2005).

Desde la mirada constructivista-cognitiva el terapeuta genera una relación terapéutica con un setting y un encuadre claros, realiza intervenciones que apuntan, entre otros objetivos, a quebrar las estrategias que el paciente usa para mantener o romper el vínculo terapéutico, de esta forma por un lado se aporta una base segura, y por otro, se genera un emergente interpersonal, que como se verá en el desarrollo de esta tesis, se relacionaría directamente con el patrón de apego.

La interrogante central en esta tesis tiene relación con el punto de vista que señala al terapeuta lejano a ser una figura de apego propiamente tal, describiéndolo más bien como un facilitador para que el paciente reelabore las experiencia que ha

tenido con sus figuras de apego históricas y actuales (CRITTENDEN, 2005, GUIDANO, 1997, SAFRAN 1994, 2005).

Nos atrevemos a asegurar que en muchos casos la aplicación clínica de la teoría del apego es cardinal, y que aun cuando se menciona en las Organizaciones de Significado Personal y se describe la relevancia de Bowlby en la teorización de la psicoterapia cognitivo-constructivista, y en especial en su aplicación en la clínica, no se define con claridad cómo se debe comportar el terapeuta cuando se pretende un enfoque en el estilo de apego del paciente, aunque sí se haga referencia a la modulación o el cambio propiamente tal de la organización de significado personal del paciente.

En esta tesis se intenta demostrar que no ha existido una descripción clara y categórica del rol del terapeuta dentro de la relación terapéutica, en el contexto de una psicoterapia que muchas veces (si no todas) se enfoca a la reconfiguración del patrón de apego. Esto podría entenderse como una falencia en la teorización de esta corriente psicoterapéutica, o una falta de acuerdo en torno a si el rol del terapeuta se entenderá como de nueva figura de apego o de facilitador de la reelaboración de las figuras históricas y actuales del paciente, a través de un trabajo más técnico que relacional.

En este contexto el problema en estudio puede formularse en términos de cuatro interrogantes. En primer lugar ¿Dónde encontramos actualmente el concepto de Apego dentro de la teorización de la psicoterapia cognitivo constructivista?, en segundo lugar, ¿cuál es el estado actual del concepto de apego desde esta mirada?. El tercer punto, inminentemente crucial para nuestro trabajo, ¿se actúa sobre el patrón de vincular cuando se realiza una psicoterapia constructivista-cognitiva?. Y el cuarto y último, asumiendo que la respuesta anterior es positiva, ¿qué rol debe cumplir el terapeuta dentro de la relación terapéutica para poder hacer más adaptativo el estilo de apego en un paciente?

Objetivo general:

Teorizar acerca del lugar actual del concepto de apego en la psicoterapia cognitivo-constructivista, y específicamente en el rol del terapeuta.

Objetivos específicos:

–Realizar una revisión histórica y una actualización general de la teoría del apego en el contexto contemporáneo, y en particular dentro de la teoría constructivista-cognitivo.

–Discutir los planteamientos sobre el cambio del patrón de apego a través de la psicoterapia.

–Analizar, discutir y ejemplificar el foco tácito en la reconfiguración del apego de la psicoterapia constructivista- cognitiva, y fundamentar la importancia de que sea incluido en la teorización

–Describir y analizar, según como se plantea en la literatura, los conceptos centrales de la relación terapéutica y el rol del terapeuta en la psicoterapia constructivista-cognitiva, haciendo énfasis en las distintas nociones del rol del terapeuta dentro de dicha relación.

–Discutir la teorización del rol del terapeuta en la psicoterapia constructivista-cognitiva.

METODOLOGÍA:

Esta investigación, según TAYLOR S. (XX) corresponde a una investigación CUALITATIVA, puesto que pretende desarrollar y exponer el rol del terapeuta en la psicoterapia constructivista-cognitiva, cuando ésta se enfoca a la reconfiguración del estilo de apego del paciente. Para ello se profundizan temáticas que van desde

la teoría del apego y su contextualización general contemporánea, hasta el rol específico que desempeña (o que debería desempeñar) el terapeuta constructivista-cognitiva en una psicoterapia que parece tácitamente orientada a reorganizar el patrón vincular del paciente. De esta manera, se pretende establecer una asociación congruente entre la teoría del apego y su utilización clínica en la psicoterapia contemporánea e histórica, así como la actual aplicación clínica de dicha teoría en la psicoterapia constructivista-cognitiva.

En relación con lo señalado, en el análisis teórico realizado se recopiló de manera exhaustiva información bibliográfica disponible en torno al tema escogido, lo que permite dar cuenta del fenómeno propuesto. Si recordamos que H. Eco sugiere respecto de una investigación teórica “una tesis que se propone afrontar un problema abstracto que ha podido ser, o no, objeto de otras reflexiones” (ECO, 1984), aquella implica que el investigador recoge la información pertinente, desarrollando y sistematizando los datos de modo consistente y claro.

Eco dentro de lo que denomina Tesis Teórica, distingue entre Tesis Panorámica y Tesis Monográfica. La primera se refiere a un estudio sobre temas amplios, constituyendo por lo tanto, una investigación de gran envergadura. Aquella por lo general aborda diversos subtemas relacionados con lo que se ha definido como tema central, mientras que la tesis monográfica por su parte, consiste en un estudio cuyo objetivo es dar cuenta de una sola temática, restringiéndose a un campo limitado de subtemas. En el caso de esta investigación, nos parece se inserta más claramente dentro de una TESIS TEÓRICA MONOGRÁFICA, pues desarrolla un conjunto acotado de conceptos en el contexto de una misma línea teórica, exponiendo la evolución de ésta, actualizándola y desarrollando una problemática a resolver.

La revisión, lectura, sistematización y análisis se realiza en base a FUENTES SECUNDARIAS. El uso de fuentes primarias en este trabajo se dificultó, en primer lugar porque la mayoría de los textos originales de los autores estudiados son en idiomas extranjeros, por lo tanto el acceso lo tuvimos más bien de las traducciones al español y en algunos casos al inglés de manuscritos relevantes para el tema. Sólo contamos con el texto original en contados casos, Patricia Crittenden,

gentilmente nos permitió utilizar artículos elaborados por ella directamente, así como algunas investigaciones fueron obtenidas directamente de los artículos originales de los autores en cuestión, aquellas por lo tanto correspondieron a las fuentes originales, lo mismo sucede con algunos textos de Bolwby y Fonagy. Estas pudieran ser catalogadas como fuentes primarias.

Por otro lado se señala que esta tesis es DOCUMENTAL, pues se basa principalmente, como dijimos antes, en textos escritos (WENK, 2001), EXPLORATORIA, pues el principal objetivo es examinar conceptos acerca del apego, la relación terapéutica y el rol del terapeuta dentro de la psicoterapia constructivista-cognitiva, y finalmente DESCRIPTIVA, pues se intentará resolver la problemática del rol del terapeuta dentro de la psicoterapia enfocada en el patrón de apego, desde la perspectiva constructivista-cognitiva, entendiendo que estaremos ofreciendo una nueva mirada (WENK, 2001).

2.- RECONSTITUCIÓN HISTÓRICA Y ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE APEGO

2.1.-CONCEPTO DE APEGO

La Teoría del Apego de John Bowlby corresponde a una teoría sistémica acerca de la organización, la función y el desarrollo de la conducta de protección de los seres humanos (BOWLBY,1969) . Dicha teoría se basa en la integración de diversos postulados provenientes de la etología, la teoría de la evolución, la cibernética, el psicoanálisis y la teoría cognitiva, entre otras.

Desde el punto de vista de esta teoría, un sistema es un conjunto de respuestas o repertorio de conductas, cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad (o de varias necesidades asociadas). Estas conductas se acompañan de fuertes elementos emocionales. Cada sistema puede ser activado en un determinado momento en respuesta a estímulos internos o externos. Bleichmar y Lichtemberg (CORTINA, 2003) describen diversos sistemas, varios de los cuales podrían activarse paralelamente, como es el caso del sistema de apego y el sistema sexual en las relaciones de pareja, mientras otros, por ejemplo serían excluyentes, como el sistema exploratorio y el de apego (MARRONE, 2001).

De los trabajos de Bowlby puede deducirse que el sistema de apego podría ser una integración de por lo menos dos subsistemas; uno dirigido a mantener la relación como tal, durante un período de tiempo; y el otro, a buscar una proximidad inmediata bajo circunstancias temporales.

La conducta de apego se organizaría a través de representaciones mentales de la relación. Esta conexión es específica con una cierta persona, y generalmente se prolonga por tiempos indefinidos o muy largos, aún cuando dicha relación se haya terminado. Cada una de éstas tiene componentes emocionales inherentes y puede ser expresada a través del simbolismo. También tiene un componente semántico: la representación de la relación tiene sus significados particulares.

(GUIDANO 1997, ARCIERO 2000, MARRONE 2001, FEENEY 1990, CRITTENDEN 2002)

Lo central de esta teoría se puede resumir en los siguientes puntos:

- Los seres humanos están biológicamente preparados para formar relaciones de apego con sus cuidadores principales, concibiéndose ésta como una relación primaria.

- El patrón conductual tiene como función biológica mantener la proximidad entre el bebé y la madre, o cuidador con que se encuentra.

- La conducta de apego es un factor fundamental en la supervivencia de la especie, pues de alguna forma garantizan la seguridad física de los bebés y la satisfacción de sus necesidades básicas.

- Las relaciones de apego existen de forma organizada al final del primer año de vida, pero al parecer la conducta de apego no termina allí, sino que va adquiriendo distintas formas en el desarrollo, perdurando toda la vida (CRITTENDEN 2002).

La teoría de Bolwby tuvo varias influencias, una de ella fue la teoría del control, derivada de los modelos cibernéticos. En esta una computadora, tal como un organismo biológico está orientado a una finalidad, en el sentido de conseguir una meta predeterminada que se alcanzará a través de diversos medios versátiles, es lo que se denomina feedback. Resulta interesante que este concepto se pueda más tarde homologar al concepto de autopoyesis, planteada por Maturana y Varela (1980), en relación a los sistemas de organización de significado en los humanos. Esta cualidad permite que las estructuras se adapten al ambiente, tomando una forma determinada en cada situación distinta.

Otra importante disciplina que Bolwby consideró para la teoría del apego fue la etología, en especial los trabajos de Lorenz, Harlow y Spitz.

Es necesario comentar que Bowlby (1969,1979,1985) rescató diversos planteamientos y los integró para formar su teoría, están incluidas en ésta una teoría evolutiva o del desarrollo, una teoría de respuesta sensible como organizador

psíquico, una teoría sobre la internalización y representación y una teoría sobre la angustia.

2.2 BOWLBY: TRILOGÍA DE “EL APEGO Y LA PÉRDIDA”

Inicialmente Bowlby (1969) se interesó en la separación y el duelo en los niños, luego en los adultos, para él lo más importante era la interacción del individuo y el entorno, observando las situaciones que relacionaban malestares psicológicos de las personas con sus relaciones de apego. Enfatizó que los conflictos venían a partir de las relaciones reales, y no desde una realidad intrapsíquica.

En su primer libro “EL APEGO” (1969), se detiene fundamentalmente a describir la importancia del vínculo con la madre (como única persona a la que se vinculaba el niño), y propone que esa vinculación una vez desarrollada se mantendría constante, la separación de esa figura generaba una reacción emocional que se traducía en diversas conductas que también tendrían un patrón constante.

Al avanzar el desarrollo de su teoría explica tres fases características que se desarrollan en la separación del bebé con su madre, una primera fase de protesta, luego, si se prolonga la distancia, una fase de desesperación o desesperanza, y finalmente si se mantiene la separación, aparecería desapego.

Plantea que el apego es una necesidad primaria, que no tiene relación únicamente con la alimentación, ni con una pulsión libidinal. Tendría una función de supervivencia, mantener el apego a la figura que protege. Además plantea que esas conductas de apego se mantienen a lo largo de toda la vida, y que se reactivan ante circunstancias que a la psiquis le parecen amenazantes.

En su segundo libro “LA SEPARACIÓN” (1973), se acerca más a las patologías relacionadas con los problemas del apego, en especial en los cuadros ansiosos. Acá Bowlby claramente inicia la idea de que el apego es algo que se

desarrolla y que evoluciona en el tiempo, y lo relaciona con la estructuración de la personalidad de los individuos.

Finalmente Bowlby sostiene que las experiencias del bebé con el cuidador, se relacionan con una serie de procesos cognitivos, en su tercer libro “LA PÉRDIDA” (1980), desarrolla la idea de que el apego involucra a más figuras que a un solo cuidador (madre), y cómo el estilo de apego repercutirá en los duelos, detalla las etapas de este tipo de cuadros, y lo relaciona directamente con la forma de vincularse de la persona.

Cuando se lee la literatura escrita por Bowlby, en todo su desarrollo, cabe destacar que si bien su punto de partida, tal como después enfatizará en su libro del APEGO SEGURO, fue la observación de la conducta, su teoría no se acerca al conductismo, sino que más bien postula la existencia de una organización psicológica interna con una serie de características específicas, que incluyen modelos representacionales del sí mismo y de la o las figuras de apego. Sobre esta base es que se continuaron las investigaciones y teorizaciones acerca del apego.

2.3 LA SITUACIÓN EXTRAÑA: ESTILOS DE APEGO

Mary Ainsworth, psicóloga estadounidense, fue una de las principales discípulas de Bowlby, colaborando con él en numerosas observaciones, ella es quien aporta la idea de *calidad de apego*, refiriéndose a las expectativas de los individuos respecto a la disponibilidad y capacidad de respuesta de figuras de apego específicas que atienden su necesidad de protección.

Ainsworth y sus colaboradores (1985), (MARRONE, 2001) combinaron la observación antropológica de díadas cuidador-niño con la observación longitudinal, desarrollando un paradigma experimental “La situación extraña” para evaluar calidad de apego en la infancia. A partir de esto se ha concluido que los niños desarrollan estrategias para regular el comportamiento de los padres.

Mary Ainsworth y sus colegas clasificaron a los lactantes y niños pequeños en cuatro categorías de apego. **Apego Seguro**, presente en niños que fácilmente

exploran estando con ellos el cuidador principal, que se vuelven ansiosos con la presencia del extraño, se aflige por sus cuidadores cuando se ausentan, y que al volver estos, buscan rápidamente contacto con ellos, asegurando la renovación de contacto. El niño se recupera con rapidez y vuelve a la exploración y al juego.

Algunos niños, son descritos como menos ansiosos por la separación, no buscan automáticamente la proximidad con el cuidador a su regreso tras la separación, y no pueden mostrar preferencia por el cuidador extraño, estos niños son designados con **apego Ansioso / Evitativo**.

La tercera categoría, descrita como **Preocupados / Resistentes**, son aquellos niños pobres en la exploración y el juego, que tienden a angustiarse mucho por la separación del cuidador, pero tienen gran dificultad en volver a la normalidad al volver la madre, se les ve protestar, llorar o hacer alboroto, el extraño no lo consuela, y el cuidador al volver tampoco. La ansiedad y la ira parecen interferir con sus intentos para obtener el confort a través de la proximidad.

Estos dos son catalogados como inseguros, reaccionando con exceso de control, pues parecen inciertos de que el cuidador podrá cumplir su expectativa de modular su activación emocional (MAIN, 2000; SROUFE, 1995).

El **apego seguro** se basaría en la experiencia de estar bien coordinados cuidador e infante, con numerosas interacciones positivas entre ambos, con respuestas congruentes del uno y del otro frente a las respectivas reacciones emocionales. Las emociones negativas del niño no son vistas como una amenaza en sí mismas sino que son considerados una función comunicativa (SROUFE, 1995).

Por el contrario, los Preocupados / Evitativos, tendrían la experiencia de no ser contenidos por el cuidador, y sus emociones negativas no son tomadas en cuenta por estar preocupados de otras situaciones, por lo mismo tienden a sobrecontrolar la emoción.

Ansioso / Resistente incluye a niños que regulan menos las emociones, aumentando su expresión de angustia, posiblemente, en un esfuerzo por obtener respuesta de la cuidadora. Estos niños tienen bajos umbrales ansiosos, y si bien están a la expectativa de tener contacto con el cuidador, muestran signos de frustración en relación con este contacto, aún cuando aquel esté disponible (SROUFE, 1995).

Un cuarto grupo de recién nacidos parecen exhibir una gama de respuestas de comportamiento aparentemente “no dirigido”, que da la impresión de **desorganización y desorientación** (MAIN Y SALOMON, 1990). Por lo general se sostuvo que para estos niños el cuidador ha servido como fuente de temor y de tranquilidad de manera oscilante, es decir más que ambivalente, sin posibilidad de ser predicho. No es sorprendente, que una historia de negligencia grave o abuso físico o sexual, pueda asociarse a este tipo de patrón (CICCHETTI, 1990; MAIN Y HESSE 1990).

A Ainsworth debemos la definición de apego seguro, evitativo y ambivalente (ABC), y a sus discípulos directos otras clasificaciones de la calidad del apego que incluyen mixturas y subcategorías.

2.4.-MENTALIZACIÓN O FUNCIÓN REFLEXIVA (la era representacional)

Los trabajos de Mary Main (1986, 1990) se ocuparon paralela y posteriormente en correlacionar la conducta del niño en la Situación Extraña con el discurso de los padres. Ella desarrolló mediciones y construcciones teóricas, basándose en las narrativas de padres y madres sobre sus experiencias relacionales. Main describió tres tipos de apego del adulto: seguro/autónomo, inseguro/desentendido (despreocupado) e inseguro/preocupado. La clasificación del apego se basó en la cualidad de los relatos parentales, dando más importancia a los patrones de pensamiento, recuerdos y relatos acerca de relaciones pasadas, que a sus contenidos específicos. Mientras que las personas clasificadas como seguras integran coherentemente sus recuerdos en una narración con sentido, las

personas inseguras presentan dificultades en integrar las memorias de las experiencias con el significado de las mismas; y los desentendidos tienden a negar recuerdos, idealizando o minimizándolos.

Poniendo el énfasis en el concepto de Bowlby de "modelos internos de funcionamiento" de las figuras de apego, Main estableció que la adquisición de la capacidad de mentalizar es parte de un proceso intersubjetivo entre el infante y sus figuras significativas. Éstos pueden facilitar la creación de modelos de representación mentales. Un cuidador reflexivo incrementa la probabilidad del apego seguro del niño, el cual, a su vez, facilita el desarrollo de la capacidad de mentalizar. Es decir, considera que la armonía en la relación madre-niño contribuye a la emergencia del pensamiento simbólico.

En la Entrevista de Apego del Adulto (AAI), elaborada por Main (MAIN, M. y HESSE, E, 1990), se busca, sobre todo, clasificar el estado mental del sujeto en cuanto a sus vínculos. Los resultados han mostrado que la calidad de la descripción narrativa de una madre sobre sus propias experiencias de apego temprano está fuertemente asociada con la clasificación de apego de su hijo.

La entrevista para medir Apego del Adulto (AAI), es una entrevista larga que evalúa lo que el adulto recuerda de sus relaciones con figuras de apego de la infancia, es codificada en términos de coherencia del discurso, de la estructuración del relato y su habilidad para colaborar con el entrevistador (MARTÍNEZ, 2005). Se realizaría una clasificación del individuo en una de 4 categorías (estilos de apego) que serían equivalentes a las descritas por Ainsworth.

Esto generó numerosas investigaciones, entre ellas, las de Peter Fonagy (2004), quien centró sus investigaciones y desarrollos en la relación entre apego seguro y capacidad de mentalización o función reflexiva. Avanzado el presente documento hemos de describir dicha teoría, mas podemos adelantar que se inicia la discusión que relaciona el apego con la función reflexiva, que finalmente enfatiza la reciprocidad del apego entre figura cuidadora y el infante, esbozándose el concepto de lo interpersonal.

Numerosos autores han intentado explicar de qué depende el apego seguro, demostrándose que principalmente dependería de la calidad de la atención materna. La sensibilidad de los padres es tradicionalmente considerado como el determinante más importante de la seguridad en el apego infantil, la pronta respuesta a la angustia, la estimulación, la no intrusión, la sincronía interaccional, calidez, participación y calidad de respuesta. (ISABELLA, 1993; MIKULINCER, 2007; O`CONNOR, 1992).

A eso se suma el temperamento del bebé, la personalidad de los padres, los factores socioeconómicos, etc. Se sabe que la situación socioeconómica y otros indicadores de la privación social se vinculan a la posibilidad de disfunciones en el apego (CRITTENDEN, 2000; VARGAS, 2007).

2.5.-ACTUALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE APEGO:

Actualmente el concepto de apego se ha ido complejizando, tanto si se habla de su origen, evolución, como también de sus consecuencias y aplicación en la clínica. Por un lado, parece muy probable que se combinen, en el desarrollo del bebé, la capacidad para anticipar acontecimientos y responder a señales simbólicas, con las funciones biológicas de apego. Aquello ocurriría a través de procesos similares a los que participan en las respuestas fisiológicas del condicionamiento clásico, este es el inicio de la explicación sobre la conformación del apego, allí nuestro concepto de la "representación mental" se puede asimilar a unir en una red funcional en el cerebro del niño, los patrones de comportamiento aprendido y los sistemas de respuesta fisiológica, siendo estos regulados por la interacción madre-hijo. Esto ayuda a entender el desarrollo de la autorregulación de los sistemas fisiológicos y de comportamiento subyacentes, que influyen en la motivación, la sustitución gradual sensoriomotora, térmica y de los nutrientes encontrados en los sistemas reguladores de las interacciones de los lactantes menores con sus madres. Este vínculo de los sistemas biológicos con el modelo de representación interna, debe

ser tomado en cuenta para una gran variedad biológica, por lo tanto también en los sistemas psicológicos que tienen lugar en los seres humanos adultos se espera una gran diversidad. Aquellas respuestas fisiológicas (y luego psicológicas), serán gatilladas por señales de inminente separación, o como respuesta a las pérdidas, que pueden fluctuar desde la muerte directa de la figura de apego, hasta la simple conversación telefónica o visualización en noticieros de la temática de la muerte o el abandono. Y es aquello probablemente, parte de lo que vemos en la sintomatología de los pacientes que nos consultan.

Hoy en día, a la luz de un largo proceso histórico de evolución del concepto de apego, parece difícil discutir que las relaciones madre-hijo (cuidador-niño), que difieren en calidad, necesariamente implican diferentes niveles y patrones de comportamiento y respuestas fisiológicas de regulación en una variedad de sistemas, esto se reflejará en la naturaleza de las representaciones mentales en los niños, que por lo demás podrán ser diferentes a medida que crecen (CRITTENDEN 2006, ARCIERO 2000, SONKIN 2003, SIEGEL 2003).

Las relaciones de apego pueden jugar un rol clave en la transmisión de carencias, negligencias parentales y vivencias dolorosas transgeneracionales. Se han realizado estudios prospectivos antes del nacimiento del bebé (FONAGY, 2004), y en aquellos hallazgos se ha enfatizado la relevancia de la capacidad que tienen los padres para determinar la clasificación de apego del niño. Es interesante discutir, en nuestra sociedad occidental actual, qué estilo de apego es el que se transmite, pues muchas veces pasa que los padres biológicos o legales de los menores no son en verdad los cuidadores directos, pues los pequeños están más tiempo, y tienen relaciones más intensas con cuidadores pagados por los padres, ya sea a modo de niñeras, como en establecimientos escolares o guarderías infantiles, deja entrever en alguna de sus conferencias Giampiero Arciero (2000), Posracionalista Italiano, lo importante que podría llegar a ser la televisión para los niños de esta era. Excede el objetivo de esta tesis dicha disquisición, sin embargo es planteable como discusión para otra instancia.

Un modelo convincente para la transmisión del estilo de apego, lo entregó Mary Main (1990), aquel se mueve más allá de la pura sensibilidad del cuidador,

planteando que la falta de capacidad metacognitiva, es decir la incapacidad de "entender la mera representación del pensamiento propio y de los otros", hace que los niños sean más vulnerables a la falta de coherencia de la conducta de la persona. Son incapaces de ir más allá de la realidad inmediata de la experiencia y entender la distinción entre, la experiencia inmediata y el estado mental que pudiera sustentar la misma. En relación a esto, Denté en 1987 (RIVIERE Y NUÑEZ, 1996) hizo hincapié en que los seres humanos tal vez, necesitamos entendernos unos a otros en términos de estados mentales: pensamientos, sentimientos, deseos, creencias, con el fin de darles y darnos un "sentido" y, más importante aún, de anticipar las acciones de otro. Es evidente que al atribuir un estado emocional o cognitivo a los demás, su comportamiento se vuelve más explicable para nosotros mismos. Aquí vemos cómo se acerca el concepto de formación del estilo de apego a la idea de las organizaciones de significado personal, entendiendo que en estas, justamente se plantea cómo el niño da atribuciones emocionales y/ o cognitivas a los comportamientos de los cuidadores, ya sea desde la atribución interna o externa, iniciando así el desarrollo de su sí mismo. Parece por lo tanto innegable la necesidad de la reciprocidad, la intersubjetividad, la vivencia y experimentación de lo interpersonal, sumado a la presencia simultánea de emoción y cognición, para poder crear las representaciones mentales básicas que conformarán al sujeto durante su desarrollo. Entendiendo que aquello no se limita a la infancia, sino muy por el contrario, ocurre durante todo el ciclo de la vida. Además aparece una idea muy interesante, que conecta el ciclo a la inversa, es decir ¿cómo va cambiando, adaptándose, conformándose el estilo de apego del cuidador del niño? Porque ya lo hemos planteado, el proceso es recíproco, poca literatura hay al respecto, sin embargo es un tema que tocaremos cuando hablemos dirigidamente de apego adulto.

La capacidad de control metacognitivo puede ser especialmente importante cuando el niño está expuesto a los patrones de interacción desfavorable, en las situaciones extremas, el abuso o trauma. Por ejemplo, en la ausencia de la capacidad de representar las ideas como tales, el niño se ve obligado a aceptar de alguna forma el rechazo de los padres y, una forma adaptativa en una primera etapa, es adoptar una visión negativa de sí mismo. Alguien que tiene la capacidad de concebir el estado mental del otro también puede imaginar la posibilidad de que el rechazo del padre pueda basarse en falsas creencias, o que tenga alguna otra

explicación desde lo cognitivo, según esta idea, entonces, sería más fácil moderar el impacto de la experiencia negativa.

Por lo tanto alguien podría vivenciar una nueva situación traumática o incluso una vivencia común (por ejemplo una separación cualquiera) con la misma intensidad y emocionalidad que cuando era niño y no tenía la capacidad cognitiva de explicárselo de una manera distinta. O podría, considerando su desarrollo intelectual de adulto, comenzar a ver que la vivencia es más bien una especie de memoria emocional “traicionera”, pudiendo por ejemplo, darle más explicaciones que la propia atribución negativa. Esto por supuesto, podría ser integrado más fácilmente al experimentar relaciones reparadoras o en un trabajo terapéutico dirigido a la remodelación del apego. Más allá de estos temas que serán discutidos en su debido momento, lo que resalta es que los patrones de apego son dinámicos, es decir se van movilizand o a lo largo de la biografía del sujeto, pudiéramos suponer, que no solamente a partir de las experiencias, sino también en las posibles intervenciones biológicas, tales como los psicofármacos.

El concepto actual de apego, dista bastante de la idea determinista que se entendió en algún momento del desarrollo de esta teoría, si bien, ya Bowlby en sus últimos textos lo describe como algo dinámico, es la lectura de la Dra. Patricia Crittenden, discípula de Bowlby y Mary Ainsworth, la que nos acerca a la idea del apego como un “modelo dinámico-madurativo”.

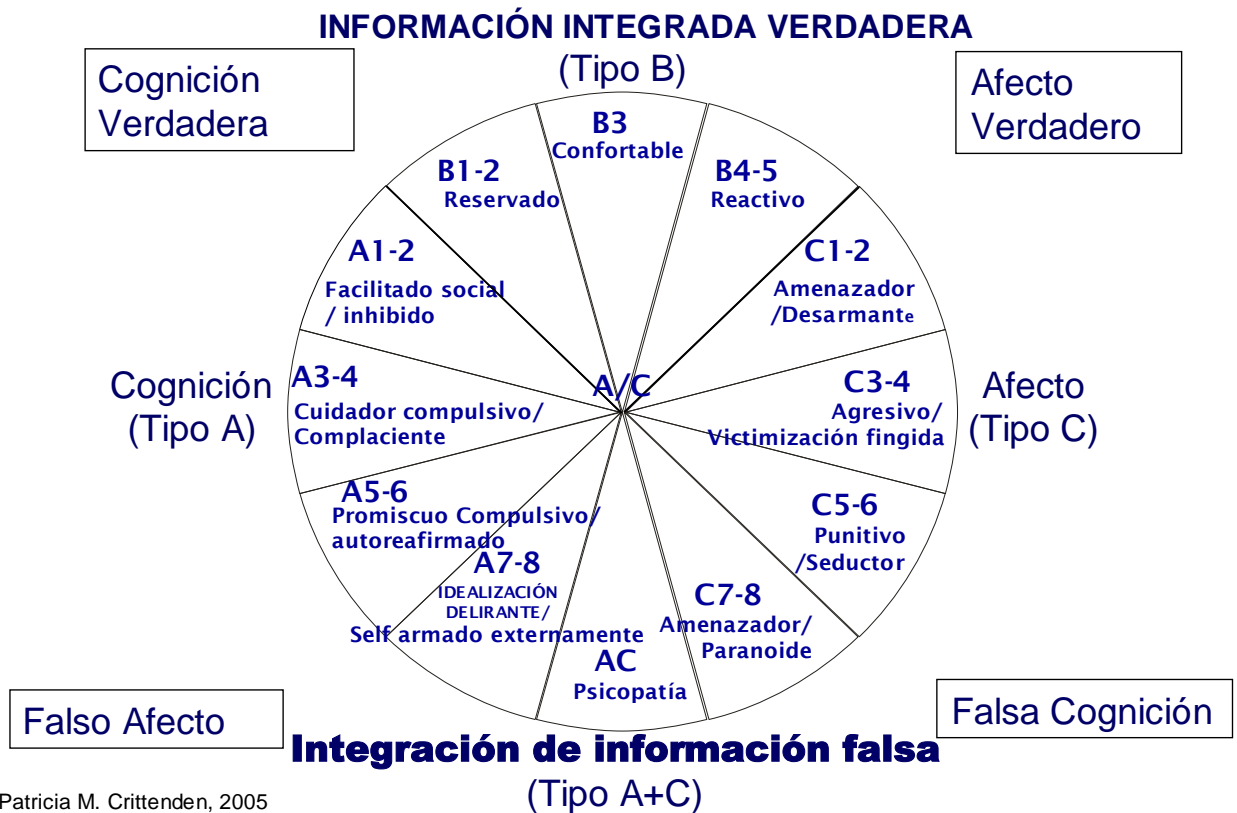
Esta autora, propone reconceptualizar los patrones que Ainsworth propuso para hablar de apego infantil. Según Crittenden (2000, 2002, 2005, 2008) los estilos de apego serían patrones de procesamiento mental de la información, que varían en la medida que se integra información a partir de la cognición y el afecto para crear modelos de realidad.

Por lo tanto los cuidadores, no sólo serían aquellos responsables de proteger y cuidar, sino que serían quienes proporcionan el contexto interpersonal dentro del cual los niños aprenden a usar sus mentes. Además se agrega la idea de la maduración dinámica de aquellos patrones de apego y por lo tanto también de los modelos de realidad.

En el modelo dinámico-madurativo del apego que ofrece Crittenden, nos encontramos con 4 tipos de patrones de apego (calidades de apego), el A, que corresponde al Evitante, el B, que es el seguro, el C, el coercitivo y el A/C que se acerca a la idea del apego desorganizado de Main. Figura explicativa N°1 .

Figura N°1

MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DE PATRONES DE APEGO EN EL ADULTO



Si observamos la imagen, hacia la izquierda se ve la dominancia de la cognición y hacia la derecha la del afecto, en la parte superior los modelos de realidad parecen más integrados, en términos de ser cogniciones y afectos más “verdaderos”, hacia el borde inferior, por el contrario, ni el afecto, ni la cognición se ha integrado “verdaderamente”.

Crittenden (2000, 2002, 2005, 2008) plantea que estos patrones mentales y conductuales harían a los menores más vulnerables a presentar ciertos tipos de trastornos, lo que sería de gran utilidad en la psicoterapia y en general en la clínica.

Bowlby planteo que el apego era con una figura cuidadora, en especial la madre, hoy en día parece incuestionable que los niños son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, incluso no existiendo total claridad de qué hace que el niño elija o no como figura relevante a algún otro de su entorno. Se piensa que la existencia de varias figuras de apego puede resultar muy conveniente para el niño, facilitando la elaboración de los celos, el aprendizaje vicario se hace más variado y hay mucha más estimulación externa. De hecho, considerando que hoy en día se plantea el dinamismo de los patrones de apego inclusive en la adultez, eso nos permite pensar que todas las experiencias interpersonales que la persona sienta como significativas podrán colaborar en el estilo que cada cual va teniendo a lo largo de la vida, es decir ya no se restringe la generación del patrón vincular a la niñez. Quienes hacemos psicoterapia, debemos agradecer esta consideración, pues nos abre muchas nuevas posibilidades de tratamiento.

2.6 CONCEPTO DE APEGO ADULTO

Como esbozamos anteriormente, en la actualidad se plantea el concepto de apego adulto, acerca de este, la mayor parte de los trabajos se basan en dos supuestos (CRITTENDEN, 2002; VALDÉS,2003; MARRONE, 2001) :

- Que el conjunto de patrones infantiles representa lo que se encontrará en edades posteriores, pero con una interacción dinámica con la maduración del sujeto (los cambios que aporta la senda evolutiva).
- Que hay continuidad del patrón a través del ciclo vital, pero que a veces podría existir discontinuidad a partir de factores como por ejemplo el trauma.

Entendemos que los patrones de apego infantiles, suelen repetirse en otras relaciones que involucran el afecto, generando un estilo vincular en el ser humano adulto, que puede o no, serle funcional y adaptativo. Estos patrones vinculares marcan, por lo tanto, su modalidad interrelacional, con los otros y consigo mismo (VALDÉS 2003; FEENEY,2001; MARRONE 2001, PERRIS, 2000)

Crittenden (2005 a, 2005 b, 2005 c) señala que habría tres cambios posibles del apego durante la maduración, uno correspondería al cambio de uno a otro patrón, el siguiente a un cambio en el conjunto de estrategias y el tercero, un cambio de subestrategias simples a estrategias más complejas. Aquellas posibilidades de cambio aparecerían más frecuentemente en períodos en que los cambios madurativos se acentúan, de la infancia a la edad preescolar y de la edad escolar a la adolescencia, pero también podrían ocurrir en la edad adulta, especialmente asociados a eventos vitales extremos o psicoterapia. Existen numerosas investigaciones que sustentan la idea de que los patrones de apego se extienden más allá de la niñez y la primera infancia. Ya Ainsworth (1979) planteaba que las relaciones de apego son a lo largo de toda la vida, concretamente sugiere que son un tipo particular de vínculo afectivo, de larga duración y que se caracterizan por el deseo de mantener cercanía con un compañero que se ve como individuo único no intercambiable con ningún otro.

Weiss (FEENEY, 2001) concluye que es válido considerar que algunas relaciones adultas son de apego, describe entre aquellas la de pacientes con terapeutas e incluso algunas amistades que funcionarían de igual manera.

Ainsworth (1978,1979) señala la relación con la pareja sexual como un ejemplo básico de apego adulto (FEENEY, 2001; SIMPSON 1997) y algunos otros autores presentan un análisis teórico del amor y el apego, integrándolo con nuevos datos empíricos (FEENEY Y NOLLER 2001, HAZAN Y SHAVER, 1987, MIKULINCER 2007). Su principal premisa es que el amor de pareja puede conceptualizarse como un proceso de apego. Allí se plantea que las experiencias sociales tempranas generan diferencias relativamente duraderas en los estilos relacionales. De este modo, el amor de pareja puede adoptar formas diferentes en función de la historia de apego de cada individuo.

Shaver y Hazan (1987) sostienen que las diferencias en las tendencias del amor de pareja tienen su origen en las experiencias sociales tempranas, y los procesos mediadores que implican modelos mentales del apego pueden explicar tanto la continuidad como la posibilidad de cambio en los patrones relacionales tempranos. De este modo, no ve el amor de pareja como un fenómeno aislado, sino como una parte integrante del vínculo afectivo humano. La teoría resultaría suficientemente amplia para englobar una serie de aspectos relacionales como el amor, la ansiedad, la soledad y la pérdida. Es decir, la teoría del apego engloba aspectos relacionados con la experiencia del amor; incluyendo el efecto de las relaciones amorosas en otras relaciones personales, en los proyectos profesionales y en lo que se relaciona a la separación y la pérdida.

La teoría propuesta por Shaver y Hazan en 1994 (FEENEY, 2001) permitiría explicar formas sanas y disfuncionales de pareja, y en general amorosas, entendiendo que éstas se habrían originado como adaptaciones predecibles a circunstancias sociales específicas.

Según Feeney y Noller (2001), las estrategias aprendidas a partir de las interacciones con los cuidadores son adaptativas porque permiten al niño alcanzar sus objetivos a corto plazo; sin embargo, cuando se trata de afrontar situaciones en otros períodos de la vida y con otros sujetos, pueden ser apropiadas o inapropiadas. Además plantean que los estilos de apego adultos deberían ir asociados a patrones característicos de respuesta a la ansiedad. En este punto nuevamente nos acercamos a la temática de la regulación emocional, que como plantea Guidano y otros post racionalistas, es lo que está a la base de la identidad.

En la descripción de Feeney (2001), Los individuos seguros, en general aquellos que tuvieron patrones receptivos en etapas tempranas, controlarían sus sentimientos negativos reconociendo su ansiedad tomándola de manera constructiva y pidiendo ayuda y consuelo en otros. Los evitativos, suelen demostrar escasa conciencia de sus sentimientos negativos y pobres manifestaciones de ira y ansiedad, probablemente a partir de cuidadores insensibles o rechazantes, Estos mostrarían una gran confianza en sí mismos y suelen no buscar ayuda. Los individuos ambivalentes estarán centrados constantemente en sus sentimientos

negativos, manifestando exageradas reacciones de miedo e ira; así mantenían antes el contacto con cuidadores muy probablemente inconstantes.

Varios otros estudios afianzan la evidencia de que habría una integración de las teorías del amor y la descripción de diferencias entre los grupos de apego en la regulación del afecto y calidad de las relaciones.

Una vez entendida la existencia de un “Apego adulto”, por supuesto se han iniciado muchas técnicas y formas para intentar medirlo, no es objeto de esta revisión explicar en ello, si bien podemos mencionar que existen medidas categoriales y continuas, así como evaluaciones de la estabilidad del apego, escalas de múltiples ítems, otras de respuesta forzada y unas de respuesta espontánea. Entre los investigadores dedicados a ésta área la discusión actual se centra en si las medidas de apego reflejan tendencias estables del individuo o el funcionamiento de la relación presente, si bien ambas no parecen excluyentes entre sí (MARTÍNEZ 2005, FEENEY 2001).

Los estudios en apego adulto, apoyan la idea de que las funciones de la conducta de apego en los adultos son análogas a las que describen en niños, que muestran más diferencia entre grupos al estar sometidos a situaciones de stress y que la conducta de apego puede relacionarse con diversos comportamientos, como el tipo y el puesto de trabajo, y las tendencias religiosas.

Al igual como describieron quienes estudiaban el apego infantil, en el estudio del apego adulto, también se describe la existencia de modelos internos, recordemos que hablamos de un esquema que deja atrás el positivismo, entendiendo que la realidad es de alguna forma creada por cada sujeto. Aclarado aquello, podemos señalar que algunos autores (SROUFE, 1995; FONAGY, 1997; STERN 1998) plantean que son esos modelos internos los que definen las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales ante los otros. Dentro de los patrones de respuesta cognitiva que estos autores señalan, describen una llamada “atención selectiva”, es decir según los modelos internos, cada cual prestará más o menos atención a diversos estímulos, ignorando otros. También describen desviaciones de la codificación y recuperación de los recuerdos, en base al modelo del individuo, por último estos modelos tendrían influencia sobre los sistemas de inferencia y explicación. Es decir lentamente nos acercamos a las teorías cognitivo-

constructivistas de formación del sí mismo, según se deduce, totalmente basadas en la teoría del apego. Los autores antes mencionados también describen respuestas emocionales en términos de valoraciones primarias y secundarias, además de respuestas conductuales acordes a cada modelo interno (FEENEY, 2001)

Kerr y cols (GARRIDO-ROJAS, 2006), exploran la relación entre apego adulto, la experiencia y la expresión emocional, donde encuentran que el grupo seguro reporta niveles más altos de afecto positivo, gran cantidad de energía y placer, alta concentración y bajos niveles de tristeza y apatía. Otros autores, señalan que en la vejez, mayor seguridad en el apego se asocia con mayor alegría, interés, tristeza, rabia y miedo; esto se explica por la presencia de un repertorio emocional balanceado y apertura a la experiencia emocional, lo que incluye la habilidad de reconocer y expresar estrés emocional; además, este estilo se asocia no sólo con contacto más frecuente y mayor intimidad, sino también con un mayor número de individuos en la red social (MIKULINCER,2007)

Hemos avanzado en nuestros supuestos, por un lado ya tenemos la idea de apego adulto, y la opción de que éste se forme en la infancia como parte de la interacción con los cuidadores y que a medida que el sujeto crece vaya "MADURANDO", obteniendo nuevas aristas a partir de otras relaciones relevantes. De ahí también sacamos la conclusión de que es posible cambiar el estilo de apego, pudiendo cada autor discutir la magnitud de la transformación, pero no pudiendo desconocer que ésta ocurra, lo que abre la posibilidad de intervención, a través de la psicoterapia, en los patrones vinculares del paciente.

Del concepto de desarrollo del estilo de apego a lo largo de la vida, deducimos la importancia de la reflexividad, la reciprocidad, la mentalización, la creación de conceptualizaciones y esquemas mentales que determinan la forma de relacionarse, todos desencadenados desde la emoción y la humana necesidad de regularla, ¿cómo es entonces que en un contexto psicoterapéutico se puede conseguir acceder a esos esquemas?, ¿qué condiciones promoverían la estabilidad del patrón de apego o el cambio del mismo?, ¿cómo lograr en el trabajo

psicoterapéutico generar dichas condiciones?, ¿se incluirá la idea de que el terapeuta sea una nueva figura de apego en el cambio de los estilos del paciente o es la perturbación emocional y la colaboración reflexiva que genera el terapeuta en el paciente en relación a figuras significativas actuales o de su pasado?.

3. INFLUENCIA DE LA TEORÍA DEL APEGO EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA

3.1. CONSTITUCIÓN DEL SÍ MISMO DESDE EL VÍNCULO TEMPRANO:

Bowlby (1969, 1985) dice “ 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 la personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión, el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”, además, planteó la relevancia clínica del apego a partir de la evidencia de que la separación o la pérdida de la figura de apego se relacionaban con diversos trastornos psicológicos, tales como ansiedad y depresión, los que según su planteamiento, eran cuadros abordables y modificables por medio de adecuado tratamiento.

MARRONE (2001) destaca que las emociones más fuertes, asociadas al júbilo o al dolor, emergen en el curso de sucesos relacionados con el apego, que la calidad y las vicisitudes de las relaciones tempranas son determinantes en el desarrollo de la personalidad y la salud mental, y que el modo en que las personas interpretan y manejan las relaciones está basado en experiencias de relaciones previas.

En los años `70 la psicología cognitiva formuló el constructo de modelos internos de representación para explicar cómo se retenían las experiencias pasadas

dentro de la relación de apego, y cómo esas experiencias guiaban las expectativas futuras.

Los primeros procesos de aprendizaje y la generalización de la forma de interactuar con las figuras relevantes, serán las experiencias que darán las representaciones mentales que se asociarán a una u otra emoción. Las experiencias individuales, las respuestas de los cuidadores, las impresiones sensoriales y los afectos, se establecen en la memoria durante el inicio y mucho después de la relación entre padre-hijo (RYUM, 2008).

A partir de la memorización de estas experiencias (o de cómo se vivieron) se formaría una suerte de red de atributos en la memoria, las cuales llegarán a influir en el resultado de la formación del “*modelo de trabajo interno*”, como llamó Bowlby a las representaciones relacionales de cada uno de nosotros.

Fonagy (1997) describe la mentalización como la capacidad para la representación interna del funcionamiento psicológico del *self* y del otro, en términos de estados mentales. Diversas investigaciones empíricas han correlacionado un apego seguro con la función reflexiva, o sea, que es necesaria la presencia de una figura parental que pueda pensar acerca de la experiencia mental del niño.

Para Fonagy (1997), la función reflexiva es un logro intrapsíquico e interpersonal, que surge en el contexto de una relación de apego seguro. El reconocimiento materno de los deseos del niño, de sus sentimientos e intenciones, le permitirá luego a éste dar sentido a los propios sentimientos y conductas, así como a las de los otros. Es de esta forma que se logra regular la propia experiencia afectiva y se llega a conocer lo que ocurre en la mente de los otros. La capacidad de una madre para la función reflexiva guarda relación con su capacidad para regular, modular y simbolizar la experiencia afectiva, lo cual le permitirá a su vez contener y vincularse con la expresión afectiva de su hijo. Los fallos maternos en delimitar y contener la experiencia afectiva del niño acarrearán en éste fallas de regulación e integración, que tienen consecuencias en la formación de su *self*.

Fonagy afirma que los seres humanos tratan de entenderse unos a otros en términos de estados mentales, pensamientos y sentimientos, creencias y deseos, con la finalidad de dar sentido y, aún de mayor importancia, de anticipar las acciones de los demás. A esto le llama **mentalización, teoría de la mente o función reflexiva**, que es la comprensión de la conducta de uno mismo y de los otros en términos de estados mentales. La función reflexiva sería una indagación sobre la teoría particular que cada individuo se forma sobre lo que ocurre en la mente de otra persona. Dicha función nos permite leer al otro y a nosotros mismos. Es importante destacar que este componente autorreflexivo permite distinguir entre lo real y lo ficticio, la realidad interna de la externa, y los procesos interpersonales, mentales y emocionales de la comunicación humana. Y aún más relevante, según Pinedo Palacios (2006), crea la sensación de continuidad de la experiencia, lo que permite finalmente la identidad. En esta teoría las representaciones internas del sujeto serían modelos operantes internos.

La capacidad reflexiva correspondería a un proceso en eterno desarrollo, que nunca es alcanzada totalmente.

Según Pinedo Palacios (2006), los modelos operantes internos tienen una estrecha relación con la capacidad del niño para inferir el grado de disponibilidad de sus figuras de apego. A partir de la representación que se ha hecho de esas figuras, el niño estará en condiciones de determinar cuándo podrá contar con ellas y cuándo no. Por otro lado, podrá reconocer a sus figuras de apego como personas independientes de él mismo, con sus propios pensamientos, deseos y necesidades.

De la teoría de Fonagy (2004), también se desprende el fenómeno de especularización o "mirroring". Este se describe de la siguiente manera: al poseer uno de los integrantes de la relación, en este caso, el adulto cuidador un modelo operante interno particular, reaccionará a las demandas del niño desde su modelo, por lo tanto "reflejará" el afecto del niño según su propio mapeado representacional. Por lo tanto, en un modelo operante interno muy rígido el reflejo podría ser muy distorsionado, y el niño entonces, no podrá reconocerse con facilidad en el otro. Lo ideal resultaría ser, según estos autores, una madre que logre "tener en mente a su hijo", pues el reflejo hacia el hijo será lo más cercano a lo que él realmente necesita, siente y comunica.

Calibrar este efecto Mirroring es complicado, pues debe ser un reflejo lo suficientemente parecido como para que el bebé se reconozca en él, pero suficientemente distinto para no generar una ausencia de diferenciación con la madre.

La exploración de los significados de las acciones de los otros, entonces, serían precursores de la habilidad para etiquetar sus propias experiencias, pudiendo regular el afecto, controlar impulsos, automonitorearse, autorepresentarse y autoorganizarse a sí mismo.

Otra Autora, Mary Main (1986,1990, 2000), también, como relatamos en el capítulo anterior, investigó acerca de las calidades del apego, a ella se debe el término de apego desorganizado. Para Main la clasificación del apego se basó en la calidad de los relatos parentales, dando más importancia a los patrones de pensamiento, recuerdos y relatos acerca de relaciones pasadas, que a sus contenidos específicos. Mientras que las personas clasificadas como seguras, integran coherentemente sus recuerdos en una narración con sentido, las personas inseguras presentan dificultades en integrar las memorias de las experiencias con el significado de las mismas; y los desentendidos tienden a su vez a negar recuerdos, idealizando o minimizándolos.

Poniendo el énfasis en el concepto de Bowlby de "modelos internos de funcionamiento" de las figuras de apego, Main estableció que la adquisición de la capacidad de mentalizar es parte de un proceso intersubjetivo entre el infante y sus figuras significativas, lo que facilita la creación de modelos de representación mentales. Un cuidador reflexivo incrementa la probabilidad del apego seguro del niño y este , a su vez, facilita el desarrollo de la capacidad de mentalizar. Es decir, considera que la armonía en la relación madre-niño contribuye a la emergencia del pensamiento simbólico.

El sentido de sí mismo autónomo surgiría de las relaciones padre-hijo (EMDE 1981; FONAGY 1997). El aumento del control y los sentimientos de seguridad de los niños les permite avanzar hacia la propiedad de la experiencia interior y llegar a desarrollar una comprensión de sí mismo y otros como agentes intencionales cuya

conducta está organizada por los estados mentales, pensamientos, sentimientos, creencias y deseos (SROUFE, 1995, 1999; FONAGY, 1997).

El proceso de apego es intersubjetivo: el niño llega a conocer la mente de la cuidadora, tanto como aquella se esfuerza, a su vez, por comprender y por contener el estado mental del niño.

El niño percibe en el comportamiento del cuidador, no sólo su postura de reflexividad, también deduce algún estado emocional que le permite dar cuenta de su comportamiento, así al percibir la postura del cuidador crea una imagen de sí mismo. El lema acá sería "Creo que, por lo tanto, Yo soy".

3.2. UNA PSICOTERAPIA EXPLÍCITAMENTE ENFOCADA EN EL APEGO

La Teoría del Apego es vasta en su forma de abordaje y probablemente, a partir los postulados de Bowlby en 1969, se ha continuado teorizando desde diversas corrientes. La capacidad de mentalizar o función reflexiva que se utiliza por los teóricos del apego, como la capacidad de atribuir mente en los demás, o de atribuirles a las demás personas, sus propias creencias, intenciones y deseos, distintos a los de uno mismo, puede ser entendida como equivalente a la definición de objeto interno de la perspectiva psicoanalítica, donde por ejemplo Laplanche considera el objeto como una noción asociada a un sujeto que percibe y conoce (MORALES, 2007). Esto mismo, desde la perspectiva cognitiva corresponde al concepto de esquema interpersonal, que refiere que las estructuras mentales se forman desde las etapas más tempranas y a lo largo de todo el desarrollo, posibilitando al ser humano la comprensión del mundo y su significado.

Es así que este concepto se puede considerar homólogo a la noción de cognición interpersonal, que se define como el conjunto organizado de significados personales, que suelen ser tácitos, los cuales se generan a partir de evaluaciones cognitivas que se han desarrollado fundamentalmente en las relaciones del niño con sus padres y otras personas significativas de su vida, los que contienen los

patrones de pensamiento-afecto y conducta que el individuo despliega en situaciones interpersonales o sociales. Dichos patrones se relacionan a nivel cognitivo, con atribuciones, expectativas y evaluaciones respecto a sí mismo y otros en situaciones interpersonales (RUIZ Y CANO, 1992/ 2005).

Desde distintos ángulos, los conceptos aluden a significados similares, por lo que es posible consignar la importancia que tiene el apego en el estado de salud mental de una persona, presente en distintas medidas, en todas las perspectivas teóricas. La capacidad de vincularse adaptativamente en su entorno, función que al no venir predeterminada en el ser humano, requiere ser modelada desde la primera infancia, por él o los adultos a cargo del niño, quienes deben ser responsables de darle los cuidados que el infante requiere, desde antes del nacimiento inclusive.

La posibilidad de un adulto de tomar conciencia de sus propios estilos de apego le permitirá, por una parte, la oportunidad de no repetir pautas aprendidas de crianza, y por otro lado, abordar las dificultades en sus vínculos, elaborarlas y modificarlas hacia formas más saludables de relación.

En la medida en que este tema pueda ser comprendido por las personas, hará posible abordar el proceso de crianza de los hijos de manera consciente y por otro lado elaborar los propios estilos de apego, para poder orientarlos hacia estilos más funcionales y adaptativos, siendo la psicoterapia una oportunidad para este trabajo. La labor de los clínicos de la salud mental puede orientarse a colaborar en estos procesos, utilizando el aporte de los hallazgos de las investigaciones, tomando en cuenta los propios estilos de apego, de manera que, más allá de toda línea teórica que nos convoque como terapeutas, se pueda aportar a los pacientes una experiencia emocional correctiva que permita una mejor adaptación a las propias circunstancias de vida y a un mejoramiento de los vínculos.

Surgen preguntas aún en proceso de ser respondidas, en torno a lo determinista que puedan ser los Modelos Operantes Internos (MOI) una vez configurados; ¿será entonces posible mejorarlos a través de nuevas experiencias en los vínculos?. Si eso es posible, la psicoterapia tendría que orientarse a modificar los MOI disfuncionales, hacia modelos más adaptativos. Esta modificación pudiera ser difícil y en algunos casos probablemente imposible.

En un sentido más realista entonces, la psicoterapia podría orientarse, como una experiencia vincular propicia, hacia la toma de conciencia de los modelos de relación propios, abriendo un espacio para ir creando interrelaciones más seguras con los demás, proponiendo ofertas relacionales más armoniosas, y la aprehensión de un nuevo modelo desde la experiencia que se vivencia en la relación con el terapeuta.

Interesante resulta la invitación que realiza Slade (1999) a los terapeutas a escuchar y comprender a sus pacientes, a considerar la multiplicidad de variables, con terapias efectivas y eficientes. Según este planteamiento se habla de psicoterapias de largo aliento, para conseguir romper con los patrones de apego que se han adquirido tempranamente en la vida, explicando el autor que incluso pudiera resultar un ideal utópico en muchos de los casos. Esta idea puede ser discutible, debido a que no tenemos del todo claro ¿cuánto tiempo requiere el patrón o estilo de apego para variar?, probablemente tenga relación con qué tan profundo es el cambio que se busca o que se consigue, o tal vez no, dependiendo sólo de las capacidades del individuo de flexibilizar su forma de regular las emociones. Nos parece muy poco probable que lleguemos a responder preguntas como éstas en un plazo inmediato.

Encontramos variadas diferencias entre las psicoterapias propuestas por los distintos autores, por ejemplo reconociendo relaciones disfuncionales y aplicando patrones de buenas relaciones, detectando defectos meta cognitivos, reactivando la mentalización, hasta establecer una relación de apego propiamente tal y aplicarla al contexto interpersonal fuera de la sesión, son todas intervenciones distintas, pero con elementos comunes. Lo básico de estas proposiciones podría centrarse en el ofrecimiento al paciente de un espacio seguro, en donde se puede reparar los estilos de funcionamiento disfuncionales, en el contexto de una experiencia vincular mejor (MORALES, 2007).

El autor Jeremy Holmes (2001), psiquiatra psicoterapeuta británico, ha llevado a cabo la elaboración de una psicoterapia basada en la teoría del apego. Fonagy menciona el interés de Holmes en que el psicoanálisis otorgue más importancia al tema de los abusos, tanto físicos como sexuales. Y, en este sentido, sostiene que

es conveniente una aproximación entre la teoría del apego y la teoría de las relaciones objetales.

Por otra parte, establece un paralelismo entre la teoría kleiniana y la teoría del apego, realizando un análisis comparativo entre los tres patrones de apego definidos, y las posiciones descritas por Melanie Klein; de esta manera relaciona el apego seguro con la posición depresiva puesto que los individuos clasificados dentro del patrón de apego seguro son capaces de percibir al objeto de una manera constante. Esto les permite el encuentro con la figura significativa, así como la separación de dicha figura. En cuanto a los patrones de apego inseguro, tanto los clasificados de apego evitativo como los clasificados de ambivalente presentan miedo a intimar y una escisión del self, lo que en el pensamiento kleiniano se correspondería con la posición esquizo-paranoide. Holmes (1996, 2001) señala una diferencia fundamental entre psicoanálisis y teóricos del apego: estos últimos consideran que tanto el bebé como la mamá se buscan el uno al otro para relacionarse, mientras que desde una perspectiva psicoanalítica clásica, representada por Margaret Mahler, el desarrollo del niño consiste en una diferenciación progresiva respecto de la madre. Este autor sostiene que la psicoterapia se podría beneficiar si retoma las bases biológicas de la teoría del apego. Holmes profundiza en los resultados obtenidos en una investigación con macacos cuyas madres no podían atender demasiado tiempo a sus crías debido a la necesidad de buscar el alimento; cuando estas crías llegaban a la edad adulta se mostraban hiperreactivas a una sustancia noradrenérgica e hiporreactivas a una sustancia serotoninérgica; lo que le lleva a afirmar que la afectividad dota al niño de un sistema defensivo que lo capacita para discriminar entre situaciones de seguridad y situaciones de peligro. Esta afirmación podría estar relacionada con la desregulación característica de los pacientes "borderline", y nos recuerda el planteamiento de Michael Meaney (2004), investigador canadiense especializado en la neurobiología del desarrollo del apego, este plantea que los efectos maternos representan una estrategia de desarrollo mediante el cual las respuestas de defensa de las crías son adaptados, en respuesta al nivel de demanda del medio ambiente en que viven. En los mamíferos, la señal relevante que predice el nivel de demanda del medio ambiente es el comportamiento de los padres (BUSTOS, 2008). Meaney usa el término "estrategia

de desarrollo" en un sentido descriptivo, ya que la estrategia puede ser vista como el surgimiento de una forma de conducirse de la descendencia usando las señales que los padres dan acerca de las condiciones ambientales, es decir el actuar de los padres con la descendencia influye en el desarrollo de respuestas defensivas. El supuesto fundamental es que el resultado le confiere cierta ventaja a los hijos con respecto a la supervivencia y la reproducción de la que tuvieron sus cuidadores. Dicho autor propone que la adversidad en los mamíferos altera las interacciones vinculares (del apego) entre padres e hijos de una manera tal, que se programa para aumentar niveles hormonales y generar diversas respuestas cognitivas y emocionales al estrés. Los estudios de Meaney (2004) principalmente se han realizado en ratas, donde él ha observado que el estrés gestacional está asociado con disminución de ciertas expresiones génicas maternas y con el aumento de la reactividad al estrés al nacer. En investigaciones con macacos, el estrés impuesto a hembras lactantes disminuye la calidad de las interacciones madre-hijo y aumenta ciertas respuestas endocrinas y conductuales al estrés. En la rata, dichos cambios maternos se asocian con temor creciente, aumento de la respuesta hipotálamo-hipófisis- adrenal al estrés y con un menor rendimiento en tareas de atención y pruebas de aprendizaje o de la memoria declarativa bajo condiciones adversas. Estos cambios, según el equipo de Meaney (2004), parecen estar mediados por los efectos maternos sobre la expresión genética en las regiones relevantes del cerebro. Se sugiere que tales efectos sirven para producir un estado de mayor preparación de los sistemas defensivos. Esto podría ser de particular importancia, por ejemplo, en el tiempo después del destete y de la independencia de los padres en mamíferos, considerando que en esa etapa las tasas de mortalidad son extremadamente altas. Si se tiene en cuenta el valor adaptativo de las respuestas conductuales y endocrinas de estrés, como un sesgo que puede ser especialmente importante para un funcionamiento individual en condiciones de adversidad creciente, entonces parece mejor considerar las diferencias funcionales en los resultados del desarrollo en condiciones de adversidad, como el reflejo de fenotipos alternativos en lugar de impedimentos en el desarrollo. Es decir la expresión de una u otra variante en verdad obedecen al intento de los cuidadores por mejorar la respuesta adaptativa de la cría y no como un estilo "maligno" o que genera tan solo problemas en el desarrollo. Inevitablemente este postulado pone en jaque nuestras teorías y prácticas en psicoterapia, pues si esto se extrapola a los humanos, y

nosotros estamos convencidos de que siempre lo “correcto” o mejor para el paciente es generar un apego seguro, podemos caer en una brutal iatrogenia, por ejemplo en casos donde el paciente tendrá que enfrentarse a un mundo completamente distinto del que vive en la sesión, recuerda uno en esos casos, a por ejemplo jóvenes en riesgo social, que viven en ambientes donde se es depredador o depredado, a aquellos los tomamos en nuestro setting de psicoterapia y los exponemos a lo que creemos es una experiencia emocional que los ayudará a desarrollarse mejor, sin embargo, el ambiente real en el que se envuelve el sujeto, no le entregará las mismas señales, ¿podría verse un paciente así dañado por nuestra intervención?, ¿estaremos en lo correcto cuando hacemos intervenciones vinculares tempranas madre-hijo en lugares donde el ambiente requiere, por ejemplo desconfiar o desvincularse con facilidad?.

Fonagy (2004) señala que Holmes, al igual que Meaney (2004), no comparte el pensamiento de Bowlby de que la psicoterapia consiste únicamente en dotar al individuo de una base segura, aunque sí está de acuerdo en que las necesidades de apego persisten durante toda la vida, y que van evolucionando a lo largo del desarrollo.

Holmes (2001) ha realizado una propuesta de psicoterapia para trastornos moderadamente severos: la “Intervención breve basada en el apego”. Dicha terapia incluye aspectos relacionados con el apego, y con el incremento de la función reflexiva, es un tipo de terapia más integrador, donde se mezclan formas de trabajo de diversas corrientes, y donde el ambiente en que se desenvuelve el sujeto es muy importante.

3.3. ENFOQUE EN EL APEGO DENTRO DE LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA: OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS Y ROL DEL TERAPEUTA

Safran, Mahoney, Guidano, Liotti y otros, en el contexto de la psicoterapia cognitiva, crearon ciertas bases teóricas que mantienen la visión de aquella teoría, pero que, integran información procedente de otras tradiciones teóricas,

En el Modelo Interpersonal surge el concepto de Esquema cognitivo interpersonal, que plantea la relación del sujeto con la realidad a través del conocimiento de ésta y su propia estructura cognitiva. También se menciona la noción de **sujeto interpersonal**, cuya conducta estaría determinada por pautas de interacción establecidas con personas significativas durante los primeros años de vida, y que en el presente se irían actualizando de modo inconsciente. Este modelo está claramente fundamentado en Bowlby. Safran (1994), definirá el esquema interpersonal como un plan para mantener las relaciones interpersonales a lo largo de la vida. Estos patrones serían producto de las relaciones interpersonales que el sujeto tiene oportunidad de establecer a lo largo de su existencia, o sea se entiende que la vida psíquica de los sujetos va a constituirse en una forma particular de ordenar la realidad, ya no sólo contextual, sino también interpersonal. Los **Esquemas Cognitivos Interpersonales** no parecen diferir demasiado de los Modelos internos de funcionamiento de Bowlby, ni de los Modelos operantes internos de Fonagy (Safran y Segal, 1994, Khune, 1999, 2006).

Como ya se ha planteado, desde esta visión, el niño construye un modelo de relación con sus cuidadores basado en las interacciones cotidianas con ellos. Las pruebas demuestran que una vez contruidos estos modelos de un cuidador y un sí mismo en interacción, tienden a persistir y se los da por sentado en grado tal que llegan a operar a nivel inconsciente. Las pautas de interacción a las que conducen los modelos, una vez que se han vuelto habituales, generalizadas y en gran medida inconscientes, persisten en un estado más o menos no corregido e invariable incluso cuando el individuo, en años posteriores, se relaciona con personas que lo tratan de maneras totalmente diferentes a las adoptadas por sus padres cuando él era un niño.

Guidano (1997) da por válida la hipótesis del "efecto del espejo" o "mirroring" que señalaba Fonagy, sin embargo, advierte acerca de un excesivo ambientalismo que confundiría el contenido del conocimiento con las condiciones necesarias para que este surja, señala que es cierto que el niño pequeño aprende a conocer explorando e interactuando con su ambiente, y que sin duda las otras personas son los objetos más importantes de su entorno (de ahí la importancia del apego), recuerda que esta exploración es activa y en esta actividad el sujeto selecciona y moldea el contenido de su conocimiento. (GUIDANO Y LIOTTI, 1983), es decir intenta enfatizar la proactividad del sujeto, más que una situación pasiva en que solamente recibe influencias externas. Por otro lado se centra, al igual que Bowlby, en la relevancia de la realidad objetiva y principalmente subjetiva, dejando de lado la fantasía, que resulta mucho más relevante para el psicoanálisis.

La visión constructivista le agrega a la psicoterapia cognitiva la importancia de que el sujeto se forme en la interacción con los otros, Guidano y Liotti (MAHONEY, 1997), plantean una construcción progresiva y jerárquica de modelos de realidad de manera tal que el sujeto acopla y coordina sus experiencias a determinadas estructuras internas de conocimiento. El conocimiento entonces, ordena la relación del sujeto por el medio de un proceso unitario que implica los aspectos cognitivo, emocional y conductual. De esta manera, aparece un sujeto humano que crea teorías sobre el ambiente y sobre sí mismo, teorías a través de las cuales opera en el mundo (GUIDANO, 1994).

Cuando Arciero (2000) habla de **la organización de la identidad personal**, da especial énfasis a la forma de establecer los vínculos y a las emociones que se generan en las relaciones tempranas del sujeto, este autor plantea que la organización del apego corresponde a la forma de organización del propio dominio emotivo, lo que implicaría que una persona significativa para el sujeto será aquella que le hace sentir de una determinada manera, y eso lo podemos observar desde su historia afectiva. Arciero destaca como característica básica del apego la unicidad y la exclusividad del vínculo que construye y organiza el llamado "dominio emotivo". Esto significaría que el apego es constitutivo al mismo tiempo de la identidad personal. El cómo el sujeto establece la identidad estaría directamente vinculado a la persona que le es significativa y a la persona con la cual mantiene un comportamiento de reciprocidad.

Otro aspecto que a Arciero (2000) le parece fundamental del apego, es su rol en la modulación de la frecuencia, la duración y la intensidad de las emociones que se experimentan en la relación con el otro significativo. Según autores post racionalistas toda la psicopatología surgiría a partir de las dificultades para regular y modular las intensidades emotivas. Comentan que la figura de apego es quien da la capacidad al niño de gestionar y manejar su emocionalidad, proporcionándole un determinado estilo.

Estos estilos de regulación los denominan como individuos "*inword*" (hacia adentro) o "*outword*" (desde afuera). Los primeros tendrían relación con un cuidador predecible, desde lo bueno y/o lo malo, en estos, Arciero describe como ejemplo en el niño evitante y rechazante (A), que para acercarse a la madre tiene que lograr controlar el grado de activación de rabia o de tristeza que tenga dentro de sí, porque si se acerca a la madre con rabia, esto con seguridad va a suscitar en la madre un rechazo. Los niños del tipo de apego (C) Coercitivo, también tendrían en general esta forma de emocionalidad, según el autor, con el fin de controlar las emociones para no quedarse solos. Los inward se diferenciarían en que, en los evitantes, el control de las emociones es cognitivo, y en los coercitivos la regulación sería desde la propia dimensión emocional.

La modalidad outward, por otro lado, que centra la atención hacia el exterior, se describen en los estilos de apego A4 y A/C. En el caso del A4 ha tenido una madre incoherente e inconsistente, por lo que para mantener la relación el niño ha tenido siempre que estar atento y responder a las expectativas de la madre. Ellos son excelentes lectores de rostros, pues siempre están mirando la expresión de la madre para adecuarse a ella. En estos sujetos el juicio percibido de los demás corresponde al sentimiento de la propia interioridad.

En la categoría A/C, es similar, pero lo que se busca son puntos de referencia externa seguros, tienen dificultad de conocerse a sí mismos.

Al enfocar la terapia en una OSP, se enfoca inevitablemente en los patrones de apego del paciente. Otra prueba de ello es cuando Guidano (1994) se refiere a las OSP, y especial relevancia a la intersubjetividad, plantéandola de la siguiente forma: "significa que cada miembro puede conocerse a sí mismo y la realidad a su alrededor en relación con los otros, viéndose en los otros, comprendiendo las acciones, el comportamiento, las actitudes de los otros". Este autor explica la existencia de una realidad intersubjetiva, que correspondería a una realidad afectiva

y de conocimiento (cognitiva). Una de las características fundamentales en los señalamientos de Guidano acerca de la intersubjetividad, es que uno se conoce a través de los otros. Es de relevancia preguntarse, para poder entender qué es el vínculo humano, ¿porqué es esencial para un ser humano mantener proximidad física y emotiva con una figura significativa por tanto tiempo?, la respuesta que Guidano plantea a esta pregunta es que, vivir en un mundo intersubjetivo significa que el sujeto debe construir categorías que lo hagan ser reconocido como miembro efectivo del grupo, dependiendo su supervivencia del ser aceptado como miembro de su sociedad, según este autor postracionalista, podríamos decir que el sistema de vínculos es el medio por excelencia por el cual cada sujeto logra construirse un sentido de sí mismo específico y único con el cual reconocerse. Es decir, que el desarrollo del vínculo es paralelo al desarrollo de la identidad personal. Citando al autor. "Vincularse a alguien significa reconocerse y tener un sentido de sí mismo específico. El sentido de propia identidad, continuidad y unicidad se correlaciona con la calidad y la naturaleza del vínculo que se ha desarrollado".

Cabe destacar que Guidano(1994) refiere que en la vida adulta habría períodos de desarrollo y períodos críticos equivalentes o semejantes a los que hay en la vida maduracional, la diferencia es que en la vida maduracional éstos períodos críticos de desarrollo son determinados biológicamente. Los adultos tendrían los mismos períodos críticos de desarrollo y de cambio radical del sentido de sí mismo, menos claros que en los niños porque no están determinados por factores biológicos, sino psicológicos, es decir, por la experiencia de vida del sujeto y la autoconciencia de sí mismo, la capacidad de reordenar su experiencia inmediata que ha alcanzado hasta ese momento.

Para Guidano (1994 y 1999), no existe duda que la vida adulta procede por equilibrios puntuales, es decir, habría períodos de estabilidad en los cuales el sistema del individuo es muy reversible y períodos en los cuales llegaría a una oscilación muy extrema que podría concluir con **otro tipo de reorganización**, que generalmente llega a ser estable por otro período de tiempo.

Es inevitable detenerse en este último punto, pues hacia allá enfoca nuestro trabajo, este autor ya había planteado hace más de 10 años la posibilidad de que

en el trabajo psicoterapéutico de esta corriente, el sujeto pueda generar cambios de magnitud, incluido lo que se refiere a sus patrones vinculares, acá se hace énfasis en el concepto de apego como un modelo que no es invariable y que puede cambiar con las propias experiencias de vida del sujeto y/o con la experiencia psicoterapéutica. Además se piensa que al variar la forma de vincularse, el sujeto cambia su manera de organizar el mundo y por lo tanto de organizarse a sí mismo.

El apego, de una u otra manera está ligado, desde los inicios de la teoría a su respecto, en la supervivencia y en el afecto, es decir, no cabría una psicoterapia que no esté enfocada al apego, así como tampoco que no tomara en cuenta las emociones. Cuando empezamos a considerar una racionalidad relativa, donde prima la experiencia propia del paciente, y su autoorganización, el terapeuta no puede sino intentar acercarse al mundo del otro, y al modo de ordenar su sentido de sí mismo, comprendiendo que quien más sabe de sí es el propio paciente (SAFRAN Y SEGAL, 1994).

Nos atrevemos a afirmar que el reordenamiento de la experiencia inmediata pasa por el estilo de apego del paciente, es decir desde la reciprocidad con otro se generará una emoción que se intentará regular, desde aquella se podrá o no organizar el sujeto de manera tal de permitir su continuidad y coherencia, y en alguna de todas esas etapas influirá el proceso terapéutico, pero sin importar si en una o en todas, el estilo de apego del paciente estará involucrado en nuestro trabajo.

Cabe describir los enfoques más actuales de la psicoterapia constructivista-cognitiva, donde se plantea la importancia de la regulación afectiva, que parte desde los primeros momentos de vida, y particularmente en la interacción del niño con sus cuidadores (GUIDANO, 1999; KHUNE, 2006; YAÑEZ , 2001). Emociones a las que tenemos acceso gracias a un segundo proceso, en el que el bebé reconoce una emoción como propia, las constituye como sentido de identidad y en esa dinámica, va incorporando el lenguaje, siendo capaz de organizar esta experiencia emocional en un nivel semántico, lo que le permite comprenderla, ordenarla, expresarla o incluso simularla ante los otros.

Aquello desde el constructivismo se entiende como la convivencia de dos niveles emocionales, uno inmediato y principalmente inconsciente, y otro a nivel semántico y analítico principalmente consciente que reordena la experiencia inmediata en función de mantener la coherencia del sí mismo (MICKULINCER 2001, GUIDANO 1999, ARCIERO 2000).

En esta forma de hacer terapia, el terapeuta trata de obtener y elaborar los acontecimientos cargados de afecto, siendo capaz de modificar la experiencia inmediata, de tal manera que el paciente no puede dejar de reconocer y autoreferirse. Aquí da por sentado que la relación terapéutica es un contexto seguro (base segura), y específico, en la que se puede colaborar en apurar el cambio y orientar la reorganización (ZAGMUTT, 2010).

Es necesario señalar, para nuestra posterior discusión, que es en la etapa en que ocurre una suerte de “momento constructivista” dentro de la psicología cognitiva, que existe un cambio en el rol del terapeuta, allí de alguna forma éste pierde su “lugar privilegiado de conocedor de la verdad” (GUIDANO, 1994; KHÜNE 2006; ZAGMUTT, 2010) y debe asumir que no sabe de antemano lo que es mejor o peor para su paciente, pues ésto dependerá del modo particular y único del paciente mismo, para darle coherencia a su experiencia. Ello genera además, un enorme cambio en relación a la forma como se entendía la relación terapéutica, pues desde ese momento el foco de trabajo incluye al terapeuta, implicando en el proceso sus propios contenidos emocionales. Pasan a formar parte de la terapia las autorrevelaciones del terapeuta o metacomunicaciones.

Khune (2006) en su texto “integración del modelo psicoterapéutico cognitivo”, se pregunta: “ que el terapeuta debe las emociones que le suscita la interacción con el paciente puede tener efectos muy potentes en el paciente...¿ es esto hablar de *contratransferencia* pero con un nuevo nombre?”, lo que Khune responde es que no es lo mismo, él plantea que la contratransferencia en una concepción más básica y considera que, al igual que la transferencia, los afectos experimentados por el otro como “no reales” en el sentido de que no sería el otro quien realmente los produce, sino que serían afectos hacia figuras pasadas, que son transferidos en el presente a esta otra persona. Aunque los psicoanalistas reconocen que la transferencia y contratransferencia pueden tener elementos reales e irreales.

Es decir, parte de las reacciones emocionales en la relación psicoterapéutica tiene que ver con el otro y lo que éste hace. Entonces, considerar y desplegar las reacciones emocionales del terapeuta no es exactamente lo mismo que desplegar la contratransferencia, pues consideramos que hay emociones reales, que se producen en la interacción con el otro y que como tales nos informan acerca de quiénes participan en la interacción. Las emociones, acá, serían entendidas como formas de conocimiento y de aprehensión de la realidad interpersonal (Safran y Segal, 1994), no como un simple subproducto de procesos cognitivos.

Las emociones son la base de la construcción del sí mismo, y ésto se liga directamente con los patrones vinculares. De modo que en este tipo de psicoterapia, se comienza a entender que las emociones del terapeuta son una importante herramienta de conocimiento del paciente que puede ser usada para comprenderle mejor y también para intervenir técnicamente al ser desplegadas. La metacomunicación le va a permitir al paciente descentrarse y tomar conciencia del efecto emocional que tiene en los otros. Dicha concepción de las emociones y el modo en que son usadas en psicoterapia difiere de la interpretación de la transferencia psicoanalítica, cambiando también de manera importante el modo de hacer psicoterapia desde el modelo cognitivo clásico

Es importante señalar que cuando se integra la teoría del apego a la psicología cognitiva, llena un espacio vacío, donde la emoción no era considerada, esto conlleva además a intentar comprender la forma en que el paciente se ha ido organizando, y para ello, si bien la terapia podrá seguir siendo enfocada al “ahora”, deberá prestar atención a las relaciones tempranas con los padres. Tanto Safran y Segal (1994), como Guidano(1994), integran al modelo cognitivo clásico la teoría del apego de Bowlby para dar cuenta del proceso de formación del sí mismo. Podríamos decir por lo tanto que el terapeuta, una vez integrada la teoría del apego al modelo cognitivo, por un lado, se vuelve más simétrico con el paciente, y por otro, participa de una nueva relación en la vida del paciente, relación que por lo demás el mismo Guidano plantea que nunca termina (sigue más allá del fin de la terapia). Dicha terapia se centra mayormente en las emociones como base para entender la organización del paciente y colaborar en sus cambios, y viaja por toda la historia del paciente, recurriendo a distintos momentos de su vida con el fin de observar las escenas nucleares que han ido dando forma a su sí mismo.

Entonces en la teoría cognitivo constructivista debiera incluirse una mayor especificación sobre el enfoque en el apego, así como en el rol del terapeuta, por ejemplo planteando que en muchos casos es una figura de apego propiamente tal para el paciente y que persigue entre sus principales objetivos ayudarlo a que remodule su patrón vincular, donde además se podría describir acabadamente cómo participan dentro de las sesiones terapéuticas, elementos involucrados en la formación del patrón de apego, y luego de las estrategias que el paciente usara, para organizar, entender el mundo y relacionarse con este. Dichos elementos no son sino la intersubjetividad, el efecto espejo y el juego de los esquemas interpersonales del paciente y el terapeuta, siendo éste último controlado al menos parcialmente por el profesional, pues siempre existirá una forma de vincularse propia de aquel, que debería tomarse en cuenta para un buen trabajo.

Lo anterior nos hace pensar directamente en cómo debiera definirse el rol del terapeuta en la psicoterapia constructivista cognitiva si, según todo lo que hemos argumentado, ésta se enfoca al apego, para ello es necesario entender la relación terapéutica en general en la psicoterapia y en particular en la constructivista cognitiva. Sólo después de eso podemos acercarnos a la definición del rol y a la existencia de posibles estilos de apego terapéuticos.

4. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

4.1.-DEFINICIONES DE ALIANZA, RELACIÓN TERAPÉUTICA Y VÍNCULO TERAPÉUTICO, Y SUS IMPLICANCIAS EN PSICOTERAPIA:

Según Bordin (1994) la alianza terapéutica se constituye de tres componentes, uno de ellos es el vínculo terapéutico, desde esa postura podemos plantear que la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica cuya importancia recibe más consenso. Bordin primero definió la alianza terapéutica como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres elementos que la conforman: (a) Acuerdo en las tareas, (b) Vínculo positivo y (c) Acuerdo en los objetivos. Las tareas serían las acciones y pensamientos que son parte del trabajo en el proceso terapéutico, de tal modo que se perciban dichas tareas como relevantes para la mejoría. El acuerdo entre terapeuta y paciente acerca de los objetivos a alcanzar y el compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza. Pese a la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1994) **afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma**, según este autor, es más bien un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (CORBELLA 2003, LUBORSKY 1976)

Luego Luborsky (1976) desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica clásica, sugiriendo que es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas en el transcurso de las diferentes fases de la terapia. Este autor describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia que se cursa. La alianza de tipo 1 que se daría sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por una sensación del paciente de ser apoyado y ayudado por el terapeuta, siendo éste una especie de “contenedor”. Mientras, la alianza de tipo 2 se daría en fases posteriores del proceso terapéutico y sería la sensación de trabajar en conjunto hacia superar los impedimentos y síntomas del paciente.

A pesar de las diferencias existentes entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, parece posible realizar una complementariedad entre ambos. La alianza tipo 1 de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que

experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte del terapeuta y del paciente acaba por constituir lo que Luborsky denomina alianza de tipo 2.

Safran (2002, 2005), por su parte, apoya considerar la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos como un punto importante para el establecimiento de la alianza y en consecuencia para el proceso de cambio, distanciándose así de las ideas más tradicionales que asumían la alianza como responsabilidad del terapeuta, quien tenía que conseguir la identificación del paciente con él y que adoptase su ideología sobre los objetivos y tareas a trabajar en la terapia.

Así, se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, donde las esperanzas, opiniones y construcciones que ambos van desarrollando sobre el trabajo que realizan, la relación establecida y la visión del propio paciente resultan importantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, tanto como la alianza modula la relación.

La relación terapéutica, y dentro de ella la alianza, ha demostrado ser un factor muy relevante en diversas orientaciones teóricas desde la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica y experiencial, hasta la comportamental (SAFRAN 1994, 2005, CORBELLA 2003, GREENBERG 1993) y también en distintas formas desde la psicoterapia individual a la familiar.

La alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades terapéuticas, según Corbella, 66% de los estudios mostrarían correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. Otros autores encontraron una relación significativa entre la alianza y los resultados en distintas terapias (psicodinámicas, eclécticas y cognitivas), siendo la terapia ecléctica y la cognitiva las que presentaban mayor correlación entre resultado y alianza.

Investigaciones sobre el proceso de cambio sugieren que la negociación entre dos subjetividades distintas como son las del terapeuta y del paciente es el núcleo del mecanismo del cambio. (Corbella, 2003).

Krause (2006) en Chile, también ha mostrado resultados de numerosos estudios en psicoterapia, ella describe en lo que llama Teoría del Cambio Subjetivo, la existencia de factores extra e intra-terapéuticos que darían los buenos resultados en psicoterapia, entre esos factores, menciona la búsqueda de ayuda profesional, la estructura de la relación de ayuda, la interacción terapéutica y la evolución de la estructura y la dinámica de la relación terapéutica. Además la autora señala varios elementos que permiten el cambio subjetivo, entre ellos varios forman parte de la definición de alianza terapéutica.

Por otro lado, en estudios internacionales señalan acerca de la evaluación de la alianza terapéutica y su asociación con la mejoría, que la medida iniciando la terapia (segunda a sexta sesión) de una buena alianza se asocia más a buena respuesta. Por tanto, pareciera que las primeras sesiones son especialmente significativas para el establecimiento de una buena relación con el paciente o, por el contrario, para el abandono prematuro. Algunos estudiando el tipo de finalización de la terapia, encontraron que los términos decididos unilateralmente por el paciente estaban relacionados con puntuaciones bajas en las evaluaciones de la alianza terapéutica. Es llamativo, según Corbella (2003), que no varíen los resultados de la influencia de la alianza según cuántas sesiones dure la terapia, resultados contradictorios señalan mejoría a mayor duración.

Con los resultados comentados, se demuestra la importancia de la alianza terapéutica en los resultados de la psicoterapia, algunos autores han profundizado en la evaluación de las rupturas de la alianza y en cómo trabajarlas (SAFRAN Y MURAN, 2000, CORBELLA 2003). Watson y Greenberg (CORBELLA 2003) creen que algunos de los problemas de la alianza se relacionan con las tareas u objetivos, así como otros se conectan con el aspecto relacional (vínculo paciente-terapeuta), por lo tanto proponen trabajar sobre la alianza reflexionando sobre las interacciones entre ambos participantes, además de clarificar las metas y tareas para que los pacientes entiendan y conozcan mejor su proceso de cambio.

Safran y Muran (2000) categorizan las intervenciones del terapeuta dirigidas a la alianza en “directas”, tales como clarificar malos entendidos, e “indirectas” como

la caracterización empática. Estos autores enfatizan la importancia de la metacomunicación como un recurso imprescindible.

Se comenta en los textos dedicados al tema que la relación terapéutica posee, entre otras cosas, influencia directa de las características y la historia personal, tanto del paciente, como del terapeuta, en ese contexto han identificado algunas actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que ayudan al establecimiento de una buena relación y dentro de ella, a su vez, una buena alianza terapéutica.

De los terapeutas, los autores destacan la importancia de la calidez, la empatía y el comportamiento de exploración y valoración de los contenidos del paciente.

De los pacientes, sobresalen variables interpersonales como el índice de eventos estresantes, las relaciones familiares y sociales del paciente, su motivación, expectativas y actitudes. Por otra parte, también se valoran los estudios que hablan de una correlación entre el patrón de apego del paciente y las perturbaciones en la relación.

Algunos autores apelan directamente a la “teoría relacional” (SAFRAN, 2005; REDA 2004), en la cual uno de los dogmas centrales es que el terapeuta y el paciente participan continuamente de una configuración relacional que no pueden ver y el proceso conducente a la comprensión y el desenredo de esta configuración es el mecanismo central en el cambio terapéutico.

Es necesario comentar, que aquello que parece sencillo, probablemente en la práctica no sea tal, es decir, uno de los factores propiciadores del vínculo terapéutico es la posibilidad del paciente de establecer una relación con el terapeuta, idealmente una relación estable de confianza, mas hablamos de pacientes en los que justamente encontramos patrones vinculares alterados, y por lo general, una base de apego insegura o ambivalente. Pudiera ser entonces complejo, y requerir el terapeuta especial habilidad para intentar construir con el paciente una nueva manera de vincularse, en un nuevo espacio, pudiendo ser necesario tal vez dedicar un tiempo no despreciable solamente a permitir que el

paciente sienta la seguridad de la alianza, probablemente incluso antes de explorar contenidos más profundos e intervenir directamente.

Guidano plantea que los modelos de realidad son estructuras cognitivas que forman los modelos representacionales del mundo (GUIDANO, 1994), entonces debe reconocerse que son además la única forma que tiene el individuo para establecer una relación con éste. Esto significaría que lo esencial para desarrollar una vinculación estrecha serían las construcciones autorreferenciales recíprocas con la figura significativa. El individuo a través de esta dinámica relacional trataría de regularse emocionalmente, y así seguir adelante con un cierto sentido de continuidad, muchas veces, dependiendo de la organización base del sujeto, definiéndose a partir de aquellas relaciones. La relación terapéutica podría ser un contexto específico que permite poner en práctica situaciones de cambio que podrían reorganizar al individuo. Por lo demás, lo que recibimos como motivo de consulta suele tener relación con conflictos en las relaciones amorosas, así como también en otras relaciones afectivas, varios autores plantean que dichas relaciones en la adultez están influidas enormemente por las relaciones de apego infantil, e incluso, se plantea la continua reelaboración de estas relaciones a lo largo de la vida, a partir de que los modelos internos construidos en la infancia, serían activos y dinámicos (BOWLBY 1980; SAFRAN 2005; GUIDANO 1995, 1997; VALDÉS 2003).

El cómo se ubica el terapeuta en esta situación, de la posibilidad de reconfigurar un patrón de apego, de ayudar al paciente a reelaborar sus patrones infantiles y adultos, nos hace volver a nuestro problema central. Probablemente en el modelo que privilegia al terapeuta como un técnico, el profesional no hará de figura de apego propiamente tal, sino que se prestará como parte de una dinámica relacional con el paciente, que le permita a aquel poder reconstruir sus experiencias de apego, de ahí que podemos explicar cómo algunos autores hablan de la reedición del apego infantil, frente a un terapeuta que muestra neutralidad y abstinencia, y que juega persistentemente con equilibrar el acercamiento-alejamiento del paciente, según parezca necesario. Es interesante dentro de este punto mencionar la importancia de aquello en procesos como el mencionado por Bretherton (1987) de "contraidentificación", en este proceso algunos plantean claramente que el terapeuta podrá actuar desde

el ejercer un modelo de rol determinado, más no como figura a identificar, lo cierto es que en el caso de pensar en la “reedición” de antiguas relaciones, sería muy difícil lograr alguna forma de vínculo con un paciente así, desde nuestra perspectiva, como el terapeuta es una persona nueva en su vida, podría llegar a ser una figura de apego “sustituta” (CRITTENDEN, 2003, 2005c, 2008), no debería ser un problema tratar con pacientes, por ejemplo, contraidentificados con la figura del cuidador.

4.2 RELACIÓN TERAPÉUTICA EN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA:

Los procesos de cambio y progresos de la estructura del sí mismo se gestan en las relaciones interpersonales, ya que estas proveen de experiencias emocionales permanentes de transmisión de la cultura y del lenguaje y de los referentes “objetivos” del sí mismo, además de las nociones propias de la conciencia y la autoconciencia, que se van a constituir en un componente vital de la identidad del sujeto (YAÑEZ, 2005). La frase “somos lo que somos porque estamos con los otros”, resulta elocuente para mostrar la importancia del vínculo con los demás. De este modo si las relaciones interpersonales nos crían, entonces las relaciones interpersonales nos curan, si las relaciones interpersonales nos enferman, entonces las relaciones interpersonales nos sanan. Por lo tanto, la relación terapéutica, además de ser el factor común a todas las psicoterapias, sería esencial para crear el contexto interpersonal necesario para el cambio terapéutico.

Esta relación terapéutica, los constructivistas cognitivos la definen como “el encuentro entre dos o más personas, entre dos o más subjetividades, que acuerdan mantenerse en interacción por un período determinado, con el objetivo de provocar cambios en la organización de uno o más de los sujetos participantes en esta interacción”, ellos llaman a esto alianza terapéutica, que correspondería al resultado del proceso de la relación interpersonal psicoterapéutica entre paciente y terapeuta y que se constituiría en una base de apego segura, conformada por características técnicas y características personales de los sujetos involucrados.

La alianza, según lo definen estos autores, permite la exploración y el reordenamiento de la experiencia inmediata, y la explicación del paciente dentro de un contexto técnico profesional protegido, orientado al desarrollo y la mejoría del

sujeto. En otras palabras, la relación terapéutica, es una interacción técnico – profesional que contiene características especiales, que definen el modo y el alcance de ésta, que aún cuando hace uso de los hábitos y costumbres sociales naturales, está delimitada por el encuadre psicoterapéutico. El encuadre correspondería a una serie de reglas que regulan la relación, dándole un carácter que no se encuentra en las relaciones cotidianas. En este contexto interpersonal se crearían condiciones óptimas para generar el cambio psicoterapéutico, tanto para remitir síntomas, como para hacer cambios profundos y estructurales.

La relación terapéutica y la consecuente alianza sería una relación contracultural, encuentro técnico o profesional, de orden absolutamente inédito en cuanto a que el encuentro que se produce entre estos sujetos, está mediado por el deseo de cambio del paciente y la disposición de servicio del terapeuta, y lo que se intercambia son los contenidos más íntimos, particulares y significativos del paciente que consulta. Los autores plantean con claridad “esta paradoja interpersonal, corresponde a la metáfora de una relación de apego significativa y segura, no histórica sino que aguda y de emergencia, que en un período de tiempo determinado, breve, es capaz de recapitular y reorganizar los sistemas de conocimiento ontológicos de un sujeto, con el fin de reequilibrarlos en su funcionamiento y viabilidad”.

Kleinke (FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2004), dice respecto a las características que permiten distinguir una relación terapéutica de una relación cotidiana, natural o de amistad:

Las relaciones terapéuticas son unilaterales, formales (son parte de un contrato), limitadas en el tiempo. Además señalan que es una relación de servicio intangible.

Entre las exigencias postuladas por el enfoque Cognitivo Constructivista se encuentran:

- 1) La aceptación del vínculo y su mantenimiento, con las restricciones propias del encuadre, como el contexto propicio para el trabajo terapéutico.

2) El acuerdo de metas psicoterapéuticas generales que otorgan un marco de referencia y orientan el proceso de la terapia.

3) La condición de que el resultado de ésta es una responsabilidad compartida entre terapeuta y paciente y que, para cada uno, supone la aceptación de tareas y responsabilidades que van desde, los aspectos formales como asistencia regular a la psicoterapia, hasta la disposición del paciente para poner en juego contenidos extremadamente íntimos o perturbadores.

4) El “enfoque crédulo” mutuo de Kelly, donde el terapeuta confía en la espontaneidad y honestidad de su paciente, y el paciente confía en la idoneidad, buen criterio y disposición permanente del terapeuta hacia él.

5) La actitud de explicación permanente, por parte del terapeuta, la asociación de los acontecimientos del proceso terapéutico con los referentes teóricos y metateóricos del sistema de conocimiento y la formulación de una hipótesis acerca del funcionamiento del paciente. Mientras el paciente, encuentra explicaciones e interpretaciones ajustadas a sus propios procesos de funcionamiento.

6) La actitud de exploración por parte del terapeuta acerca de los contenidos relatados y en curso del paciente. Contrastar la experiencia con los hechos. El paciente, a su vez, mantendrá una actitud de exploración, constante apertura y disposición para exponer o revisar su propia existencia.

El encuadre psicoterapéutico es un tópico mencionado como factor técnico de la clínica, en él estaría la base de variables específicas e inespecíficas de la situación terapéutica. Sería lo que permite delimitar la relación, tanto dentro como fuera de sesión, de ambas categorías de variables. El encuadre sería un factor técnico, que estos autores asociarían al progreso de la psicoterapia. Nosotros nos aventuramos a decir que, si bien toda psicoterapia consta de un encuadre, probablemente este será distinto según el estilo de apego del paciente, en todas las psicoterapias debiera iniciarse un encuadre rígido en cuanto a lugar, horario,

frecuencia, entre otros, a medida que el conocimiento del paciente aumenta, dependerá de cada estilo la rigidez o flexibilidad, por ejemplo en un paciente muy coercitivo, probablemente se mantendrá rigidez en el encuadre, que demuestre límites precisos y que por lo tanto lo ayude a estructurarse, en cambio en otros pacientes, donde se requiere muestras de que el psicoterapeuta está disponible, y que a diferencia de lo que le ha sucedido en otras relaciones, no reacciona mal ante cambios de horarios, o incluso atrasos, todo con el fin de lograr generar una nueva forma de relación para el paciente (YAÑEZ, 1999, 2004, 2005).

Desde el punto de vista teórico y metodológico, la función reguladora del encuadre permitiría el control de las variables que participan en la relación que paciente-terapeuta y por lo tanto también la influencia que esta tiene en el cambio del paciente.

En el modelo Constructivista Cognitivos distingue dos encuadres, uno explícito y otro implícito, sobre ellos, entendemos que el Encuadre Explícito se refiere a las reglas de funcionamiento acordadas para el proceso psicoterapéutico, que se explicitan por el terapeuta, para definir o delimitar los márgenes en los que se va a desarrollar la relación terapéutica, orientada a conseguir la alianza y las metas. De modo descriptivo, general y no técnico, se explicitaría al paciente las condiciones del tipo de psicoterapia, el estilo personal y técnico que dentro de los márgenes del modelo, caracteriza el quehacer del psicoterapeuta.

El Encuadre Implícito se refiere a aquellas reglas relacionales, que están a la base de la relación terapéutica y que incluyen el lenguaje no verbal, que debiera ser también regulado según cada paciente lo requiera. Por ejemplo en algunos pacientes este será más o menos expresivo, y se gesticulará de acuerdo a lo más adecuado para el encuadre. El registro que hace el paciente de las actitudes del terapeuta frecuentemente es inconsciente, por lo que el paciente puede sentirse emocionalmente perturbado, sin tener clara noción a qué atribuirlo, es por ello que a veces se puede “jugar” con este factor para perturbar al paciente en relación a conflictos que tal vez verbalmente no aceptaría.

En el constructivismo cognitivo se plantean ciertas bases acerca de cómo será la actitud del terapeuta, uno de los factores específicos es la **Intención de Neutralidad**, que se define de manera estricta como el no dar una respuesta emocional consecuente con el impacto que produce el despliegue de algunos

contenidos del paciente. Hay que explicar que no se refiere a una insensibilidad del terapeuta, ni una actitud en que éste resulta una especie de roca inexpresiva, sino que en algunas circunstancias, la expresión de emoción ayudará al paciente, por ejemplo a sentirse comprendido y escuchado, mientras que en otras circunstancias, aún cuando el terapeuta se sienta perturbado emocionalmente, no responde para que el paciente no se sienta juzgado o intimidado a contar su historia. Este emocionarse del terapeuta parece intrínsecamente humano, sin embargo el juego técnico que se realiza es en base al llamado “desenganche emocional”, que implica no responder consecuentemente con sus propias emociones, sino que más bien en relación al efecto de cambio que pueda producir una intervención psicoterapéutica en el paciente (YAÑEZ, 1999, 2004, 2005).

Safrán y Segal (1994), se refieren a lo mismo con el nombre de descentramiento es decir un operar como observador participante de la propia experiencia vivida en una determinada situación. He aquí la bifocalidad de la que ya hemos hablado en nuestro texto.

Por otro lado se refieren a la **Intención de Abstinencia**, donde por un lado el terapeuta no hace autorevelaciones, salvo situaciones muy específicas en que a modo de metacomunicación, pueda servirle al paciente, no despliega contenidos personales, ni tampoco hace comentarios que involucren su ideología personal.

Un tercer factor que está presente, según esta corriente, en la actitud del terapeuta es la **Intención de Receptividad**, que es la actitud permanente del terapeuta de disponer toda su dotación sensorial, cognitiva y emocional para mantenerse en conexión con su paciente y lo que ocurre en el contexto terapéutico.

4.3 LA RELACIÓN PACIENTE-TERAPEUTA COMO UNA RELACIÓN DE APEGO

Solo a fines del 1900 los terapeutas cognitivos constructivistas como Guidano y Mahoney, elaboraron teorías referentes a la conexión de los vínculos afectivos tempranos con el desarrollo y con la estabilidad y cambio de las estructuras cognitivas en el sujeto. Pese a ello, ni los clínicos cognitivos "tradicionales" como Ellis y Beck, ni los constructivistas, han empleado de modo sistemático y consciente la relación terapéutica como vía de cambio cognitivo en sí misma.

Bowlby ya en 1988 sugirió algunas claves para el tratamiento, una de ellas implicaba al terapeuta como una nueva figura de apego, desde esa perspectiva se ven como curativos el trabajo sobre la reflexividad en el adulto y la experiencia relacional en la psicoterapia con el terapeuta, que correspondería a una nueva forma de relación, idealmente más sana. (BOWLBY, 1989 ; MARRONE 2001, GUIDANO, 1997;MAHONEY,2003)

El terapeuta suele ser incapaz de determinar la magnitud del compromiso del paciente, con dificultades puede especular que la relación es positiva, e intenta dilucidar los cambios del comportamiento de los pacientes a lo largo de la psicoterapia. Otro desafío para los clínicos es predecir cómo las diferencias de personalidad incidirían en la iniciación y el mantenimiento de la relación terapéutica.

La teoría del apego, con su enfoque en la naturaleza y el desarrollo de relaciones a través de la vida, puede ser capaz de simplificar éstas dificultades. Bowlby y Ainsworth argumentaron que todas las personas, ya sean niños o ancianos, buscan establecer un vínculo afectivo o apego con un otro específico para satisfacer las necesidades para la seguridad física y psicológica (BOWLBY,1989). El apego y el vínculo terapéutico son construcciones análogas: ambos describen conexiones emocionales interpersonales. Las características, la motivación, y el desarrollo de apego ofrecen varias ventajas teóricas sobre los planteamientos ya existentes de vínculo terapéutico

Una comparación del vínculo Paciente-Terapeuta y el apego fue realizado por Bordin (1994). La formulación teórica de este autor es la opinión más extendida sobre la relación terapéutica. En ella, el vínculo positivo Paciente-terapeuta se considera un componente de la alianza terapéutica. Según Bordin, la alianza se refiere al "aquí y ahora" en la relación entre el paciente y el terapeuta y se compone de objetivos, tareas y vínculo positivo. Con objetivos, se refiere a la medida en que el cliente y el terapeuta se ponen de acuerdo sobre la finalidad y/o el enfoque del tratamiento, las tareas se refieren a lo que el paciente está dispuesto a realizar entre sesiones o dentro de la sesión. Sin embargo, para habilitar y mantener la terapia, es esencial un enlace de alta calidad entre cliente y el terapeuta es esencial. El vínculo se refiere a los aspectos socio-emocionales de la alianza, que generalmente cuenta con características difíciles de definir y de medir, entre ellas el grado de confianza y simpatía entre el cliente y el terapeuta, la compatibilidad, que puede expresarse en términos de gusto, de confianza, respeto mutuo y un del sentido de compromiso común. Varios autores hablan de la atención, aceptación, confianza, entendimiento y respeto mutuo como componentes del vínculo terapéutico positivo. Existiría consenso en que el vínculo terapéutico desempeña un rol central en el tratamiento. Algunos investigadores han intentado a lo largo de la historia establecer si es posible ver la relación del paciente con el terapeuta como apego. Bowlby (1989) cree que los terapeutas debe asumir el papel de figura de vinculación temporal y actuar como una base segura desde la cual los pacientes pueden confianza explorar temas dolorosos. Algunos, como Ainsworth, han argumentado que los pacientes pueden y de hecho forman un apego al terapeuta o que las alianzas en realidad son relaciones de apego (Holmes, 1996, 2001).

Anecdóticamente hablando, el comportamiento de los pacientes sigue de cerca las características del apego descrito por Ainsworth.

Farber, Lippert, y Nevas (MIKULINCER, 2007) describen ciertas similitudes entre el apego y la relación terapéutica, algunas de ellas son:

- El apego persiste en el tiempo y el espacio, factor que muchas veces sería común a la relación terapéutica donde los pacientes continúan valorando la relación más allá de la terminación y pueden utilizar la

representación del terapeuta para la comodidad y el apoyo en distintas etapas de su vida.

- En el apego la figura resulta única y no intercambiable, los pacientes muchas veces tienen preferencia por un terapeuta específico, y se niegan a cambiarlo o reemplazarlo.

- En el apego aparecería el deseo de mantener el contacto con la figura principal, en los pacientes se demuestra la búsqueda de proximidad, la asistencia regular e incluso una cierta ansiedad de separación. En este punto comentan por ejemplo la mayor ansiedad cuando el terapeuta está fuera del alcance, la sensación de tristeza al terminar el trabajo terapéutico y de manera más extrema, la pena cuando muere el terapeuta, por otro lado destacan que el paciente muchas veces siente placer y alivio al ver al terapeuta, comentando por ejemplo que lo extrañaron o necesitaron luego de un descanso.

- En el apego básico aparece una sensación de seguridad alcanzada con el contacto y tras la cual se puede iniciar la exploración (base segura) Los pacientes se sienten más seguros cuando los terapeutas se perciben como disponibles y empáticos, pudiendo explorar sentimientos dolorosos, eventos complejos, etc.

Aunque no existe una validez probada en estas comparaciones, los investigadores clínicos ven como cierta la posibilidad de que los pacientes pueden apegarse a los terapeutas. En dos estudios basados en cuestionarios y que examinan directamente esta posibilidad, algunos pacientes identificaron a sus terapeutas como figuras de apego (MIKULINCER, 2007).

Es interesante discutir esta idea, considerando que uno de los atractivos de la teoría del apego es que da luces acerca de por qué los pacientes se sienten motivados a buscar y mantener contacto con los terapeutas. La teoría habría sido diseñada para explicar la disposición universal de los seres humanos para establecer relaciones especialmente estrechas con un selecto grupo de personas (Bowlby, 1998). De acuerdo con Bowlby (1969,1989) y Ainsworth (1978), el apego

mejora las posibilidades de supervivencia, ya que mantiene el organismo en las proximidades de alguien que parece "más fuerte y / o más sabio" figura (Bowlby, 1973, 1980).

Este sistema organizado para regular la proximidad a un cuidador en respuesta a estímulos internos (psicológicas) o externos (ambientales) de amenaza a la seguridad.

Una diferencia que algunos encuentran entre ambos conceptos es que el vínculo terapéutico estaría concebido como un nexo seguro, pero no necesariamente como una relación de apego, aún cuando tendría el potencial para serlo, el apego no estaría concebido como fuerte o débil, a diferencia del vínculo terapéutico.

Entendiendo que en apego se puede hablar de calidad y de otros matices de los patrones que los hacen diversos y variables.

En tanto la infancia y la edad adulta, los investigadores han demostrado ampliamente que la seguridad del apego predice diferencias individuales, es un error inferir la intensidad o la frecuencia de cualquier conducta de apego. El alcance y el tipo de conducta de apego dependería del nivel de amenaza para la seguridad. Graves amenazas activan fuertemente el sistema de fijación y, en consecuencia, la mayoría de los comportamientos potentes de apego serán desplegados (SLADE 1999 ; SHAVER 2002 ;SONKIN 2005).

La vinculación, una vez formada, es una característica estable de una relación, pero la sensación de seguridad en esa relación es susceptible a cambios en respuesta a la evolución de la situación interpersonal o los factores de estrés.

En condiciones óptimas, sobre el curso de las interacciones repetidas con una figura de apego existirá un sentido interior de confianza en el que las propiedades protectoras de la figura de apego son conocidas y permiten la exploración, una dinámica comúnmente conocida como el uso del apego o base segura (Ainsworth, 1978, Bowlby 1989).

En primer lugar, una visión basada en la existencia de apego en la terapia, lo define como que una vez logrado por los pacientes, se mantendría como una característica estable, mientras que el grado de la seguridad del apego fluctuaría en función de su historia de apego previa, el comportamiento real del terapeuta, y los acontecimientos interpersonales actuales pertinentes fuera de la sesión. Por lo tanto, el apego con el terapeuta sería duradero, incluso si es, en general, seguro o inseguro, y tomando en cuenta que el nivel de seguridad que siente el paciente puede fluctuar en el transcurso de una sesión única o múltiple (JELLEMA, 1999; MALLINCKRODT, 1993).

Por el contrario hay quienes piensan que existe sólo el vínculo terapéutico, sin llegar en ningún caso a ser apego, como por ejemplo el ya mencionado Bordin (1994), plantea que dicho vínculo es unidimensional.

Para Luborsky existen cuatro fuentes de conocimiento en el desarrollo de la alianza, distingue entre el tipo de alianza I en que se experimenta al terapeuta como apoyo, y la alianza tipo II en que existen sentimientos de trabajo y compromiso en conjunto para el tratamiento. Pudiera ser que los pacientes pasen de una a otra etapa.

Los primeros resultados de investigaciones que intentan estudiar la fuerza de la alianza terapéutica son algo contradictorias, en ellas puede decirse con seguridad que la fuerza de la alianza rara vez se mantiene sin cambios a medida que avanza la terapia, donde el vínculo puede o no permanecer uniformemente positivo o estable en el tiempo (KRAUSE, 2001). Sin embargo, se mantienen preguntas sobre: ¿Cómo funciona la maduración del vínculo entre la primera reunión y la quinta, o entre la primera y la última?, ¿Qué comportamientos son indicadores o sugieren que un vínculo se está formando o se ha formado?.

Tanto Bowlby (1969,1989) como Ainsworth (1978) postulan que el apego en la infancia no aparece antes de los 6 meses de edad. Entre los adultos, los resultados de investigaciones sugieren que la mayoría de las relaciones románticas podrían tener todas las características del apego cuando las relaciones soportan dos o más años (HAZAN 1987, 1999).

Bowlby sospechó que las fases descritas de apego en el infante, se aplicarían a figuras nuevas más adelante en la vida (AINSWORTH, 1978). De hecho, Hazan (1999) ha usado con éxito este modelo normativo para adultos en sus relaciones románticas, éste especifica marcadores de apego conductuales, cognitivos, fisiológica y emocional para cada fase.

Las investigaciones de apego con el terapeuta son escasas. Obegui (2008) plantea algunas fases que describirían la formación de apego entre paciente y terapeuta, planteando que a diferencia de la infancia, acá podría poner a prueba y elegir a dicha figura, pudiendo por ejemplo hacer preguntas directas acerca de las competencias, el enfoque y los valores personales del terapeuta. En **la primera Fase** (pre-apego) el paciente se preguntaría ¿puede esta persona ayudarme a bajar mi angustia?, ¿puedo ser capaz de trabajar bien con esta persona?, ¿tenemos ideas similares sobre lo que está mal y lo que me puede ayudar?, ¿qué tan disponible y confiable podría ser esta persona?.

En una amplia muestra de estudiantes de pregrado, Vogel, Wade, y Haake el año 2006 (OBEGI, 2008) encontraron que los estudiantes no buscan psicoterapia por miedo a que los terapeutas pueden hacer que se sientan inadecuados o incompetentes (es decir, aumentar su angustia) e interrumpir, por ello, prematuramente el tratamiento (TRACEY, 1989; TRYON, 1995; BOTELLA, 2008). En relación con esto, Saunders (OBEGI; 2008), encontró en los pacientes, a partir del tercer período de sesiones, que la expresión de más esperanza y alivio ocurre cuando se percibe a sus terapeutas como seguros de sí mismos y fáciles de acceder. Por el contrario informó más angustia cuando los terapeutas aparecían como emocionalmente inaccesibles. En una revisión cualitativa de la literatura que existe en el tema, algunos autores (OBEGI, 2008; BOTELLA, 2008) concluyeron que los terapeutas que están en mejores condiciones de responder a las preocupaciones de los pacientes, que entregaban información de diagnóstico, y creaban una atmósfera de colaboración

eran más propensos a retener a los pacientes más allá del primer período de sesiones.

En la segunda Fase (Apego de hecho) los pacientes ya tendrían al terapeuta identificado como una figura de apego potencial. Al decidir asistir regularmente a las sesiones, es decir mantener la proximidad, los pacientes han abierto la puerta al desarrollo de un apego con el terapeuta. Los marcadores de esta fase, según el autor, se caracterizan por el reconocimiento del terapeuta como un refugio seguro, que alienta a explorar asuntos íntimos (OBEGI, 2008).

En cuanto al comportamiento del terapeuta, los pacientes evaluarían cuidadosamente qué tan seguro es el terapeuta para explorar sus debilidades y defectos por el control de la medida en que el terapeuta puede aceptar, alentar, y dar apoyo en respuesta a sus revelaciones. En otras palabras, los pacientes participan en las acciones más evidentes (por ejemplo, revelaciones más detalladas), mientras que en la fase anterior el esfuerzo era más bien para evaluar la capacidad del terapeuta para proporcionar comodidad, regular el afecto, y facilitar la exploración.

Suponiendo evaluaciones positivas del comportamiento del terapeuta, los pacientes dan una descripción más completa y en detalle de cuestiones que antes se sentían demasiado vergonzosas o dolorosas de verbalizar. Los pacientes recurren a su terapeuta para mantener la seguridad de que su estado psicológico. Apelan a la experiencia del terapeuta de manera directa o indirecta, con solicitudes de asistencia (por ejemplo, asesoramiento, información) o pidiendo comodidad (por ejemplo, la comprensión empática, la normalización, resignificaciones). Con cada ciclo interpersonal de exploración los pacientes elaborarían un modelo interno de trabajo más claro, de su terapeuta y de la relación terapéutica. Los pacientes llegarían a conocer e incluso predecir las pautas típicas de comportamiento del terapeuta hacia ellos (SAFRAN 2000, 2004; OBEGI, 2008).

A través de entrevistas cualitativamente codificadas llevadas a cabo mucho después del inicio del tratamiento, Hill en 1993 (KRAUSE, 2006) encontró que los pacientes de terapia a largo plazo continúan atentos a que el terapeuta siga sintiéndose como alguien seguro y si sigue siendo cómodo compartir la información.

En la tercera Fase (Apego propiamente tal), se describe que los pacientes tienen un buen concepto de la respuesta del terapeuta, la disponibilidad, y la sensibilidad en momentos de angustia. Ellos perciben los beneficios de la búsqueda de apoyo y tendrían una percepción subjetiva de recibir ayuda. Ven al terapeuta como alguien insustituible. En la infancia, los marcadores de clara preferencia de una figura de apego incluyen las reacciones a la separación, la protesta y la calma con un cuidador específico que sería el preferido. Aunque menos obvio, los pacientes pueden presentar marcadores similares en la terapia, en esta fase se ven reacciones claras a las separaciones que inicia el terapeuta, como vacaciones o enfermedad, pueden protestar, por ejemplo, expresar la ira o temor, revelan que la separación fue difícil y que se alivian con el retorno a terapia (OBEGI, 2008).

Aparece a partir de la terapia una amplia red de experiencias, creencias, recuerdos y expectativas sobre el yo y el terapeuta, y se arman estrategias para cumplir las necesidades de apego (FEENEY, 2001). Evocando este modelo durante los tiempos de necesidad cuando ya no están en terapia, lo que correspondería a una forma cognitiva de la búsqueda de proximidad que puede manifestarse de diversas maneras, como recuerdo de las conversaciones del período de sesiones o sensaciones, lo que a menudo le alivia o facilita la exploración independiente. Una grave ruptura en esa fase podría ser muy mal percibida por el paciente, dejando de ser una experiencia reparatoria, pudiendo generar una sensación de abandono o una traición, algunos refieren que el no tratar esa especie de “lesión en la relación” puede causar daños irreparables del apego y resultar en una terminación prematura. Algo que ya Safran (1994) había planteado al hablar del manejo de las “rupturas” de la alianza, entre otras.

Aunque hay una escasez de estudios, lo empírico señala estas vivencias en casi todos los terapeutas, que cuentan muchas veces anecdóticamente reacciones de los pacientes en la terapia “como si fueran niños chicos”.

Estos componentes se compararon con la frecuencia y duración de las terapias y con un tratamiento continuado, los pacientes parecen tener más acceso al modelo de trabajo interno del terapeuta. Los pacientes deliberadamente invocarían el modelo de su terapeuta en situaciones difíciles o experiencias de afecto doloroso.

Según todo lo dicho, el impacto cognitivo de la relación terapéutica es consistente con las predicciones de la teoría del apego. Varios hallazgos sugieren que el impacto emocional y la intensidad del vínculo entre el cliente y el terapeuta se profundiza con el tiempo. Volviendo a ser este un tema discutible ¿cuánto tiempo?, ¿puede a veces ir más allá del tiempo?, ¿puede una terapia breve originar lo mismo?.

Por último, Woodhouse el 2003 (MIKULINCER, 2007, BLACK, 2006) ha encontrado una asociación positiva entre los pacientes en el sentido de seguridad con el terapeuta y la duración del tratamiento, mientras la transferencia negativa también se correlacionaba positivamente con la sensación de seguridad, suponiendo que cuando se sienten seguros les es más sencillo entrar en cuestiones más profundas y tener emociones más intensas en sesión.

La fase cuarta (Asociación Meta-Resultado). Una vez que una base segura está firmemente establecida, pacientes y los terapeutas son libres de iniciar una sociedad más igualitaria de asociación. En esta fase, no es mucho menos el énfasis en los temas de seguridad entre el cliente y el terapeuta; sin embargo, la atención se dirige casi exclusivamente a los problemas que se presentan, allí los pacientes son capaces de imaginar que las influencias externas y eventos realistas, pueden repercutir en la disponibilidad de su terapeuta y toman las medidas necesarias para negociar con el terapeuta situaciones mutuas aceptables. La literatura empírica es extrañamente escasa sobre las características de la relación paciente-terapeuta en terapias a corto y largo plazo. Algunos pacientes, debido a la psicopatología o a la inseguridad, no pueden llegar a la fase final del apego con el terapeuta, pero puede moverse a través de las fases a velocidades diferentes, o presentar versiones distorsionadas de los marcadores de apego en cada fase. Una de las ventajas de la aplicación de la teoría del apego en

la relación terapéutica es que, a diferencia de la formulación de Bordin (2004), la teoría integra los procesos normativos y las diferencias de personalidad, lo que daría un marco de referencia para juzgar las desviaciones de "normal" u "óptimo" en los procesos de desarrollo. Dado que los pacientes vienen con un cierto tipo de apego, y sus estrategias suelen ser resultado de su propia historia de relaciones interpersonales, se manifestarían diferencias en la evolución a lo largo de la terapia y en el crecimiento del apego con el terapeuta.

Por lo tanto desde distintas miradas se entiende que la relación terapéutica y en especial la alianza terapéutica, y para algunos aún más específicamente el vínculo terapéutico es de relevancia, la diferencia radica en que para algunos el terapeuta es una figura de apego propiamente tal, para otros se acerca a una figura de apego, y para otros rotundamente es imposible que sea una figura de apego, sino que es un terapeuta que sólo puede ser relacionalmente activo o incluso principalmente técnico.

¿Cuál es el rol del terapeuta, en relación al apego, dentro de la psicoterapia constructivista cognitiva?

5.- ROL DEL TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA

5.1 EL TERAPEUTA EN LA PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA

Entre varios autores que plantean el tema, es Patricia Crittenden (2000, 2007, 2008) quien más se acerca a la definición del rol del terapeuta dentro de la psicoterapia constructivista cognitiva, la autora refiere que los psicoterapeutas de esta corriente se dedican al proceso de construcción del sí mismo y que en este trabajo toman como parte fundamental la teoría del apego, poniendo énfasis en los procesos del desarrollo y en la función protectora de figuras clave. Citando a Guidano (1995) Crittenden plantea que la información que hoy manejamos de las neurociencias cognitivas, contribuiría a comprender muchos trastornos psicológicos que se entenderían neurobiológicamente desde la perspectiva del apego. Con esa mirada, el SELF, que acá llamaremos Sí Mismo, se considera un proceso interactivo, entre lo intrapersonal y el emergente interpersonal, generando una forma de organización tal que permite la mejor subsistencia del sujeto, principalmente en relación a la regulación de sus emociones.

Crittenden (2000) trata de definir la psicoterapia como una relación de apego correctiva, de duración limitada, y resalta la importancia de analizar dicha relación terapéutica desde la mirada del apego dinámico madurativo.

La autora explica que en sus descripciones habla de la teoría del apego “dinámico madurativo” aplicado a la relación padre-hijo, pero que se puede, con ciertas limitaciones, comparar y extrapolar a la relación terapeuta-paciente.

Ella propone examinar algunos “componentes” del sí mismo para entender cómo puede la psicoterapia ser una relación de apego, y de qué sirve que lo sea. Menciona los procesos emergentes, la función del sí mismo, la maduración, la reciprocidad, el yo/no-yo, la multiplicidad de identidades posibles y la integración.

Cuando se refiere a los procesos emergentes, afirma que el sí mismo sería visto como un proceso de organización en curso permanente, que continúa toda la

vida. Por lo tanto, nunca existiría un sí mismo completamente terminado, estable, o incluso algún "verdadero" yo. Muy ilustrativamente Crittenden (2000, 2008) dice "el yo es siempre llegar a ser". Además considera la relación entre dos sujetos como un intercambio recíproco que crea nuevas posibilidades para ambos. Los compara con dos piezas de arcilla maleable, cada uno listo para ser trabajado, donde la figura de apego presenta una superficie blanda de sí mismo al niño, superficie que hace la vez de un molde cómodo para el menor, pero, al mismo tiempo la superficie del niño también adapta y moldea la superficie del sí mismo paterno, es decir ambos sí mismos cambian en la relación con el otro. En este proceso de elaboración y remodelación, ambos sí mismos surgen y funcionan en el contexto inmediato del ahora, antes de ser modificado otra vez en el contexto siguiente.

En esta interacción dinámica, cada uno es la creación de un sí mismo nuevo emergente, que se adapta mejor a condiciones inmediatas y para el futuro desarrollo de otro sí mismo. Esto requiere un cierto rango de adaptabilidad de cada uno, que esta no exista podría traer consecuencias psicopatológicas.

Se hace hincapié en la adaptación continua de la auto-organización a los retos y cambios de la vida. Ninguno de los padres, ni el niño, es estático. Los psicoterapeutas, dice Crittenden (2000) deben hacer lo mismo, teniendo una gran autoconciencia y confianza en el proceso de cambio personal. (Guidano, 1994,1999^a; Crittenden 2000, 2002, 2007,2008).

La organización del sí mismo, desde una perspectiva evolutiva, tendría dos funciones principales que serían la protección de uno mismo y la reproducción. Las figuras parentales de apego cumplirían la función de protección y el niño adecuará su forma de mostrar la necesidad de protección o consuelo, según le parezca será la manera en que tendrá opciones de recibirla.

Luego sería el cónyuge quien cumpliría el rol de proteger y de reproducción, los adultos conceptualizarían la protección a partir de diferentes amenazas que las que perciben los niños, y tienen necesidades sexuales que si se logran satisfacer en las relaciones íntimas, resultarían en la reproducción. Crittenden (2008) señala que posiblemente la conexión más importante ocurre tras haber logrado la intimidad

sexual, con el resultado previsible del parto de una cría, pues los esfuerzos de protección de ambos padres son necesarios para maximizar la probabilidad de la supervivencia de su progenie.

Los psicoterapeutas podrían ser una especie de sustitutos de las figuras de apego al intentar calmar a los pacientes, y ayudarles a aprender estrategias más eficaces de auto-protección y autorregulación. La utilización de un sustituto de atención profesional como figura de apego tiene el potencial para un proceso correctivo que podría liberar a los pacientes de percepciones erróneas de amenaza, y también de las distorsiones que podrían exacerbar sus problemas. Por ejemplo, el terapeuta podría proporcionar la base segura desde la que el cliente pueda explorar su experiencia con el peligro y la ansiedad.

El proceso de auto-organización tiene un proceso de maduración y es dinámico según su contexto. Un bebé sólo puede representar la experiencia de la estimulación sensorial de formas básicas, pero a medida que se involucra la cognición y se agregan otros procesos sensoriomotores, las respuestas pueden irse complejizando, entre otros, por medio de los mecanismos de aprendizaje, por ejemplo a través del castigo-recompensa, es decir una primera transformación del sí mismo tendrá relación con la cognición. Crittenden (2000) asegura que la segunda transformación está relacionada con el afecto, pues se basaría en la intensidad relativa de la estimulación y se asociará a los estados de sentimientos afectivos. Aquí será el sistema límbico quien realiza el procesamiento, y de ahí que esos estímulos (ruidos, luces, etc) generarán una respuesta de huida o lucha.

Más adelante en la vida del sujeto, esta forma de reacción llevará a desórdenes ansiosos. Por ejemplo, cuando se aprende a predecir erróneamente peligros al percibir ciertos estímulos específicos, aparecen cuadros como el Trastorno de estrés post traumático complejo, donde suele suceder que mientras en la historia pasada era adaptativo que el sujeto, por ejemplo, huyera al escuchar gritos o algún sonido particular, dicha respuesta vuelve a ocurrir, ésta vez, sin filtro alguno, en situaciones en las que no hay peligro. En esos casos el individuo podría huir despavorido en situaciones de divertimento donde alguien grita casualmente o con fines distintos al daño (HELLER, 2010). Aquella es la memoria perceptual

(incluso corporal), sobre la cual servirá muchísimo actuar durante la psicoterapia, ya sea desde la observación de reacciones del paciente ante nuestros gestos o componentes ambientales, como desde el ayudar al paciente a distinguir qué estímulo es aquel que le genera la respuesta angustiada, aportándole una explicación que él mismo logre hacer y por lo tanto que le permita intentar detener la respuesta cuando sea innecesaria (CRITTENDEN, 2000, 2002, 2008).

Debemos recordar que éstas son formas de representación pre-conscientes y pre-verbales que durante toda la vida funcionarán bajo la consciencia.

Crittenden (2000) plantea que las transformaciones cognitivas y afectivas, crean en cada cual un modelo de representación disposicional, que es lo que se utilizaría para organizar el comportamiento, y explica que pueden existir discrepancias entre ambos modelos, en caso de que no las haya y que ambas representaciones conduzcan al niño a la misma conducta, no daría problemas, pero si las hay, podrían actuar otras áreas cerebrales, es decir, los cortex sensoriales podrían discriminar mejor el estímulo, o la corteza prefrontal podría diferenciar la respuesta y la consecuencia de ésta.

Es interesante que la autora hace referencia a que el procesamiento cortical propiamente tal, demorará más, y por lo tanto, puede llegar a exponer al sujeto al peligro, por lo lento de la respuesta. Esa es la explicación de por qué la amenaza y el peligro son estímulos que maximizan la posibilidad de que siga adelante una información errónea (y su conducta concordante), así como el que las conexiones utilizadas se refuercen, perpetuando esa forma de respuesta en el futuro. La interacción con los cuidadores será lo primero que colabore a transformar reflejos básicos en comportamientos adecuados al contexto, además éstos influenciarán la organización de tres patrones genéricos de implementación de estos modelos representacionales, los estilos: A, B y C (Crittenden, 2000, 2002, 2005 a, 2005 b, 2005c y 2008; GREEN, 2006).

Crittenden plantea que a medida que el niño crece construirá nuevas estrategias, utilizando por ejemplo las representaciones lingüísticas, es decir aumenta la elaboración. Aparecen integraciones construídas verbalmente de una

secuencia de hechos, tanto del contexto externo, como de la respuesta del self en el caso particular, o sea integraciones cognitivo-afectivas específicas de hechos sofisticados (Crittenden, 2000).

En la psicoterapia el terapeuta deberá tener en cuenta éste desarrollo de los modelos, pues así definirá el patrón de apego y la organización del sí mismo del paciente, el niño tendrá una suerte de especificidad de adaptación a aspectos ÚNICOS de sus contextos de desarrollo. La exploración de la biografía del paciente, resultará básica, en especial si se logra llegar a las llamadas “escenas nucleares”, a través del método de exploración experiencial por ejemplo, donde encontraremos episodios que nos darán las claves de cómo y por qué el otro que está frente a nosotros se organizó de tal o cual manera (Zagmutt, 2010).

A medida que el niño se desarrolla, ya en etapa escolar, donde ha adquirido destreza lingüística (representaciones lingüísticas semánticas y episódicas) y capacidades motoras mayores, aparece con mayor facilidad una multiplicidad de relaciones de apego, de allí podrá aprender nuevas y variadas estrategias, no estando determinado a quedarse sólo con el modelo del cuidador. El crecimiento y la maduración seguirán a lo largo de la vida, así es como en la adolescencia, según Crittenden (2008), los jóvenes integrarían estrategias emergentes de reproducción, ellos seleccionarían y regularían sus relaciones de apego. A esa edad los sujetos pasarían desde la protección egocéntrica a un intercambio recíproco de perspectivas, protección y cuidado en las relaciones de pareja.

Lo ideal para cada individuo y según Crittenden, lo que debiera lograrse en psicoterapia, es tener una multiplicidad de estrategias y un proceso accesible conscientemente para seleccionar aquellas que mejor se adapten a la situación.

Resulta interesante el planteamiento entregado desde Bowlby en adelante y reforzado por la autora de la que hablamos anteriormente, sobre cómo el sí mismo no existe por sí solo, sino siempre refleja una conexión con los demás y con el contexto. Las figuras de apego son elementos esenciales de lo que Crittenden (2000) llama el no-yo, y es a través de ellos que el individuo desarrollará su mundo interpersonal de protección.

De ahí la idea de la arcilla, ésta puede moldearse de manera apropiada, sin perder la forma, perder completamente su forma pasando a ser prácticamente parte del otro, o volverse tan rígida que sea incapaz de amoldarse al otro. A la zona que estará expuesta a la interacción con el otro, se le ha llamado Zona de desarrollo proximal (ZDP).

En la psicoterapia puede ocurrir lo mismo, si el terapeuta es demasiado rígido, tratará de amoldar al paciente a su estilo, por ejemplo siguiendo de manera inflexible las reglas de su sistema de terapia o imponiendo conductas que son las “adecuadas” desde su propio mundo. Por otro lado, si el paciente resulta coercitivo, y termina forzando al terapeuta (y el terapeuta dejándose forzar) para obligar al terapeuta a formar una intimidad personal intensa, la terapia fracasará.

En ésta manera de teorizar, aparecen el paciente y el terapeuta como selfs emergentes que se van formando. Es una interacción de ambos a favor de la autoprotección del paciente. Crittenden (2000, 2008) plantea que es una nueva forma de plantear los conceptos de transferencia y contratransferencia, lo que ya habíamos descrito en psicoterapia constructivista al leer a Kühne (2006).

El terapeuta tendría un rol como figura de apego sustituta o temporalmente correctiva, y deberá ser flexible y capaz de controlar el estado de equilibrio de su autoconciencia, así como auto-observarse y conocer con claridad en su conflictiva interna y su estilo propio de apego, existe literatura que apoya la idea de que los terapeutas no tienen historias muy distintas que las de sus pacientes, debe por lo tanto el profesional tener claras sus respuestas pre-concientes, y entender que la interacción con el paciente es recíproca, y que a él también le suceden cosas con cada paciente con el que trabaja (CRITTENDEN 2000, BLACK, 2006).

La multiplicidad de selfs, es otro tema que Crittenden comenta, y en él se refiere a la capacidad de los individuos de ser diferentes con distintas personas y en diversas situaciones, enfatiza que la psicoterapia no se dirige a acabar con esta multiplicidad, ni tampoco a anular formas distorsionadas y/ o estrategias autoprotectoras, porque se deberá entender que aquellas fueron, y tal vez son, adaptativas en ciertos contextos, pero sí se le puede ayudar al paciente a definir las,

a darles su contexto histórico, y a identificar nuevas situaciones y personas que requieren de nuevas estrategias o de enfrentamientos distintos, que en la actualidad le son más adaptativos. Existen instrumentos que ayudarían a identificar con mayor certeza las estrategias tanto del paciente como del terapeuta (Crittenden, 2000, 2002, 2008).

5.2 POSIBLES INTERVENCIONES EN UNA PSICOTERAPIA DE RECONFIGURACIÓN DE ESTILOS DE APEGO

Autores de otras corrientes terapéuticas, tales como la integrativa, interpersonal y relacional (CONNORS, 2006; KOHUT, 1971), plantean diversos estilos que el terapeuta puede adoptar pensando específicamente en el tipo vincular del paciente, desde conseguir a través de la forma de relacionarse con él, que adhiera a la terapia, hasta lograr objetivos de cambios de estrategias y/ o patrones de apego.

Ellos plantean que primero se debe entender la forma de regulación del afecto que utiliza el paciente, en el caso de los individuos seguros, ellos podrían regular el afecto sin necesidad de suprimirlo, lo que sí harían los evitativos, o en el caso de sujetos con patrón ambivalente, éstos tienden a amplificar la intensidad de la emoción, en espera de conseguir respuesta. El terapeuta deberá mostrarse relacionalmente de acuerdo a cuál es el patrón del paciente. Por ejemplo en los pacientes evitativos, algunos autores, plantean la necesidad de volverse una especie de objeto "usable" (CONNORS 2006), entre las propuestas prácticas de ésta forma, se propone el dar instrucciones para el manejo de los síntomas o buscar información que el paciente necesita para resolver problemas cotidianos. En el paciente evitativo, que tuvo una figura cuidadora probablemente incapaz de ponerse a tono con cada afecto del bebé, que malinterpretaba las peticiones de consuelo del niño, y que le acomodaba la separación y autonomía muy temprana del hijo, estimula un sujeto que aprende a vivir "sin ayuda" y en un mundo donde los afectos negativos no son tolerados, ni siquiera por sí mismo.

Cuando describen a éste grupo de pacientes evitante-rechazante, describen una persona que suele buscar tratamiento para el manejo de estrés y/o por síntomas somáticos, difícilmente consultan por algún tema emocional. Suelen estar más organizados que otros subgrupos de evitativos, pero vivirían con mucha ansiedad las amenazas a su organización. Las propuestas de asociar libremente y el realizar preguntas sobre estados emocionales, confundirán y resultarán extrañas a estos pacientes, pues sus cuidadores desanimaron la expresión de los afectos negativos. El trabajo terapéutico sobre técnicas de manejo de los síntomas puede conducirse de una manera estructurada y menos ambigua. Estarán más cómodos si pueden ver al terapeuta como una especie de consultor, cuya experiencia puede utilizarse de una manera impersonal, con el fin de minimizar la vulnerabilidad. Connors (2006) cuenta de una primera entrevista con una paciente que había abandonado una terapia anterior cuando el terapeuta le dijo que “usarían la relación terapéutica para entenderla mejor”. La paciente relataba cómo en aquel momento dejó de sentirse segura con el terapeuta. Cuando Connors (2006) le explica el tratamiento de una manera menos relacional, como que ella debería aprender ciertos patrones y desarrollar nuevas habilidades para cambiar cosas en el presente, se encontró mucho más cómoda y eligió quedarse, lo que no significa que en el transcurso de la terapia no se pueda trabajar lo relacional de manera específica, incluso más allá de sólo establecer una base segura (Connors, 2006).

Connors afirma que trabajar con pacientes con apego preocupado o desorganizado a menudo requiere asegurarse de que las demandas sobre el terapeuta son asumibles. Los pacientes preocupados tienden a concentrarse en la figura de apego y a escalar en sus muestras de malestar para conseguir penetrar en un progenitor demasiado absorbido en sí mismo. El apego preocupado ha sido asociado con el trastorno límite de la personalidad y con comportamiento suicida. Los pacientes desorganizados tuvieron que adaptarse a un cuidador asustado y son los que muestran más daño en la vida adulta. Connors trata a estos dos grupos en conjunto porque este tipo de pacientes puede tener gran dificultad en autorregularse como adultos, así como una tendencia a mostrar excesiva dependencia de los demás. Suelen formar un intenso apego al terapeuta con mucha idealización. Pueden ser difíciles de tratar porque experimentan regularmente estados afectivos que los sobrepasan y necesitan mucho contacto

con el terapeuta, lo que puede incluir frecuentes llamadas telefónicas. Muchas de las técnicas que discute la autora tratan de incrementar la habilidad del paciente para autorregularse.

Como ejemplo, Connors habla de una paciente con una historia de depresión severa, un intento de suicidio, hospitalización y varios años de psicoterapia. La paciente había sufrido una extensiva historia de abusos sexuales y tenía un desorden disociativo. Además de mantener una frecuencia de tres sesiones por semana, durante meses telefoneaba diariamente por sus ataques de pánico o ideas suicidas. Las llamadas se producían por la noche y producían mucha ansiedad en la terapeuta. Connors propuso grabarle una cinta de relajación que pudiera escuchar a esas horas para que lograra concentrarse en algo que la distrajera de su malestar y la relajara. También pensó que tener una cinta con su voz, que podría usar en cualquier momento, la ayudaría a sentirse más segura. La paciente, tras usar la cinta, expresó que la había ayudado a sentir que estaba todavía conectada con su terapeuta aunque no estuviera con ella y que se sintió más calmada y menos sola. Escuchar la cinta le ayudó con su insomnio y manejo de los afectos y su profunda fragmentación gradualmente empezó a mejorar. Por supuesto que esta técnica no pasó por alto la importancia de tratar el hecho de que las necesidades hacia su terapeuta eran mayores de las que ésta podía satisfacer, y la intensa pena, rabia y vergüenza que acompañaba esta dependencia.

En la mirada constructivista cognitiva, tendemos mucho más a potenciar la autonomía del paciente, a veces da la impresión de que el terapeuta es sólo un espejo, sin embargo, siempre manteniendo límites y encuadre profesional, probablemente a pacientes en graves con estas dificultades de apego, damos mayor disponibilidad, y claramente entregamos una mirada donde tratamos primero de entender si el paciente se acerca más al extremo de la cognición o al del afecto verdaderos y/ o falsos, según la figuras de Patricia Crittenden (2002, 2005) del apego dinámico-maduracional, así como también si el paciente es outward o inward, y al mirar la organización de significado personal, estamos sacando conclusiones acerca de sus vínculos tempranos, o sea de su patrón de apego.

Probablemente la visión de Safran (1994) de “enganche” y “desenganche”, aluda de alguna forma a esto, es decir durante la interacción de la psicoterapia, el

terapeuta deberá entrar en esta especie de danza relacional que despliega el paciente, pero sólo luego de haber entrado, podrá verla desde la lejanía emocional necesaria para intervenir. El estilo nos recuerda técnicas usadas por los post racionalistas, quienes utilizan la “bifocalidad” durante la sesión permanentemente.

Connors (2006) cree que su tratamiento en ese momento incluía procesos transferenciales y contratransferenciales extremadamente complejos, pero que también estaba en juego un genuino déficit de habilidades por parte de la paciente, en relación al manejo de los afectos dolorosos. Este déficit pudo ser parcialmente remediado por la asistencia externa de la cinta al ayudar a la relajación. Los intensos y continuos deseos transferenciales de la paciente y la ansiedad y rabia que producía su frustración fueron aminorándose lo suficiente para que ese material pudiera ser procesado de manera más manejable. Nosotros desde nuestra corriente psicoterapéutica pensamos de otra forma la transferencia y contratransferencia, y desde ya bastante tiempo hablamos acerca de lo que “realmente” pasa en la sesión de psicoterapia, donde la relación es con el terapeuta, al modo como lo ha hecho el paciente en su relación con otros significativos, pero en la sesión misma, el terapeuta no es una figura antigua, sino que es una figura presente, emocional y cognitivamente activa. No parece posible ayudar al paciente a reconfigurar su estilo vincular si no se le ayuda con el déficit de habilidades básicas para regular el dolor, y esa habilidad, hasta ahora, no parece posible si no es dentro de una relación de apego.

Apoyándose tanto en la psicología del self como en la teoría del apego, Connors considera que los síntomas son manifestaciones de un self vulnerable en un medio interpersonal que ha fallado en darle la necesaria seguridad.

La relación exacta entre las necesidades de objeto del self y las de apego es probablemente bastante compleja, pero la autora especula que implican dos dimensiones separadas pero superpuestas de la experiencia. Si una persona experimenta un peligro, por ejemplo, cuando la figura de apego no está accesible, las necesidades de varias experiencias de objeto del self y desarrollo del self permanecerán probablemente subordinadas hasta que se restaure un mayor nivel de seguridad. Esta “acomodación patológica” como la llamó Brandschaft en 1994

(VANDERHEIDE, 2009) que prioriza el lazo con el otro y que puede requerir abnegación, es probablemente responsable de mucha patología. Las experiencias de especularización o idealización, aunque sean vitales, pueden ser usables sólo si existe un nivel razonable de seguridad en el apego.

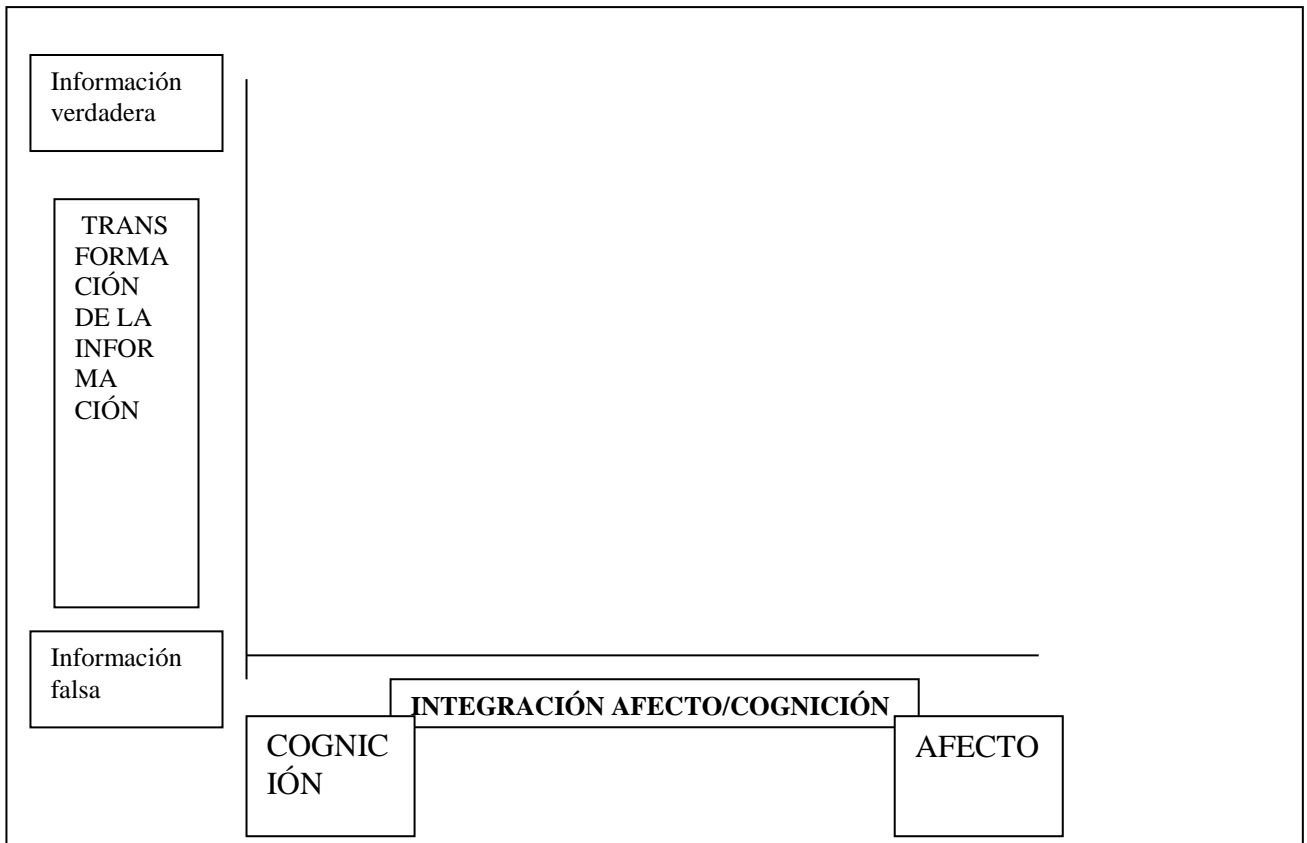
Los constructivistas cognitivos, trabajamos en este mismo nivel de experiencias superpuestas que relata Connors, y utilizamos las experiencias que ocurren en la sesión para volver a otras experiencias más nucleares, tal vez la diferencia fundamental con otras corrientes que enfocan la psicoterapia al apego es que en nuestra práctica se realiza también una interpretación de la transferencia, pero entendida en una relación real y distinta a cualquier otra, que sigue un patrón, pero que es diferente a la que existió con el padre, o la madre o cualquier otro, por otro lado es una enorme diferencia la forma de interpretar dicha transferencia, donde, en vez de realizar una interpretación verbal, que puede ser necesaria en algunos casos, se tiende más bien a usar la metacomunicación, que vendría siendo una forma de intervenir desde un área más primaria del funcionamiento humano que el lenguaje verbal, e intentando entrar en el núcleo del paciente por medio de la emoción, más que como una herramienta cognitiva, que el paciente puede llegar a leer, sin interiorizar. El paciente siempre puede escapar a las palabras, pero no puede escapar de la emoción, y es por ahí por donde el terapeuta debe intervenir. Es cierto que en los casos de sujetos que tengan un estilo de apego en que se reconoce y valora el área de la cognición por sobre la emoción, el terapeuta deberá primero hacer varias otras intervenciones y formas de llevar la relación que le den tiempo al paciente de ser capaz de contactarse, expresar y finalmente regular su emoción, sin embargo el proceso al final es muy parecido.

5.3 GUÍA HEURÍSTICA DE CONSIDERACIONES SOBRE EL MANEJO RELACIONAL Y EL ENCUADRE EN PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA COGNITIVA ENFOCADA EN EL APEGO

Si tratamos de teorizar la técnica relacional que utilizamos en la práctica clínica de la psicoterapia constructivista cognitiva, cuando, como ya hemos dicho previamente, trabajamos directamente en la reconfiguración del patrón de apego con los pacientes con distintos estilos, donde entendemos a cada paciente como un alguien diferente, con múltiples estrategias de aproximación y distanciamiento, lo que nosotros en verdad tratamos de comprender, es cuál es el patrón de apego que prima y, en especial, cuál o qué de aquel es el o lo que resulta desadaptativo para el paciente.

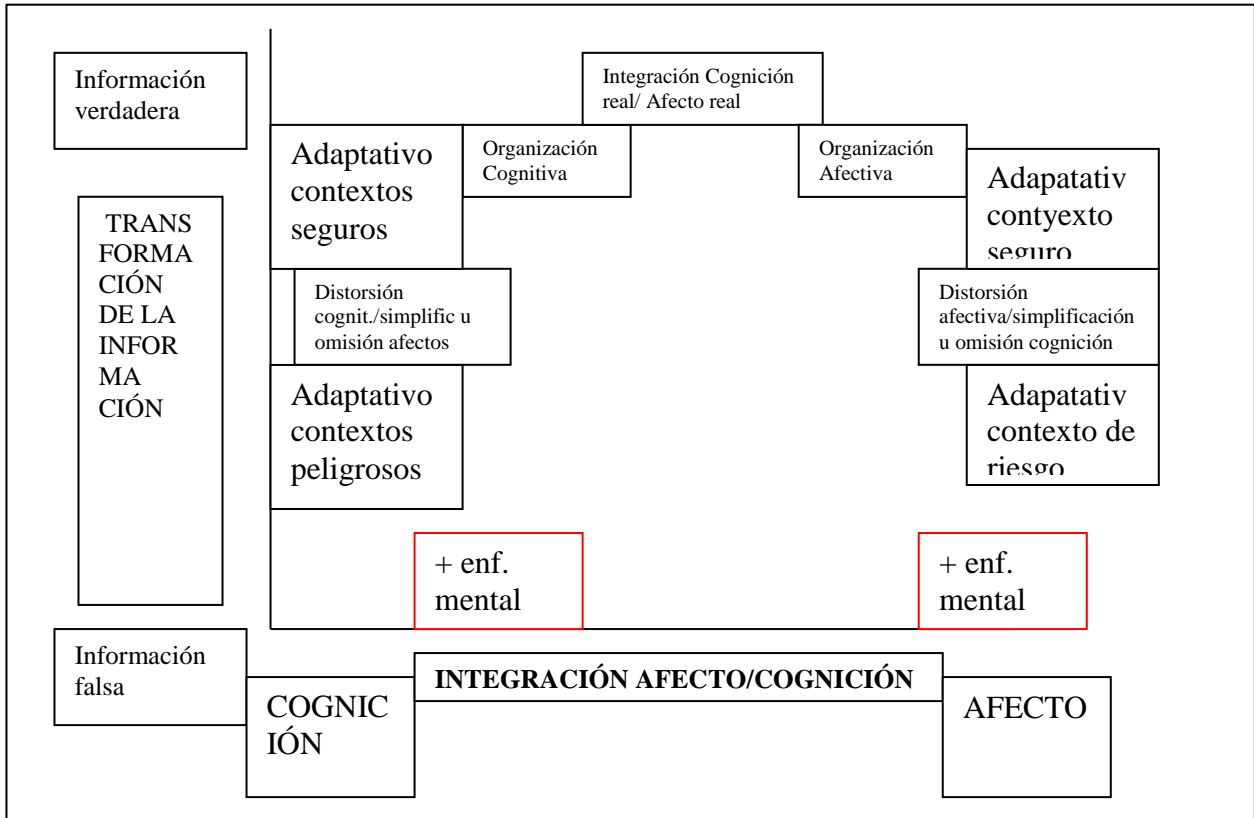
A cada estilo de apego le corresponderán distintos encuadres y distintas formas de mostrarse del terapeuta en términos relacionales, para poder definir el actuar terapéutico habrá que tomar en cuenta cómo se desarrolla en general, y luego en particular, el estilo del paciente, será necesario entender el por qué de sus estrategias y cómo es que éstas regulan sus afectos. Y en el paciente específicamente qué afectos regulan, y con qué situaciones o gatillantes se desregula, dónde falla la homeostasis emoción-cognición y a partir de todo ello, deducir, o más bien, predecir, cómo se podría comportar relacionalmente en las sesiones y de qué forma será mayor la posibilidad de que se abra al terapeuta. Será de mucha ayuda utilizar las figuras de Crittenden (2005 a,b,c) en relación a la calidad del apego. Utilizando las figuras podemos poner a cada paciente en un punto determinado del gráfico, lo separaremos en partes para hacerlo más claro:

FIGURA 2



En esta primera parte del gráfico ubicaremos a nuestro paciente según se acerque a qué tendencia en la variable transformación de la información y en la variable integración afecto/cognición.

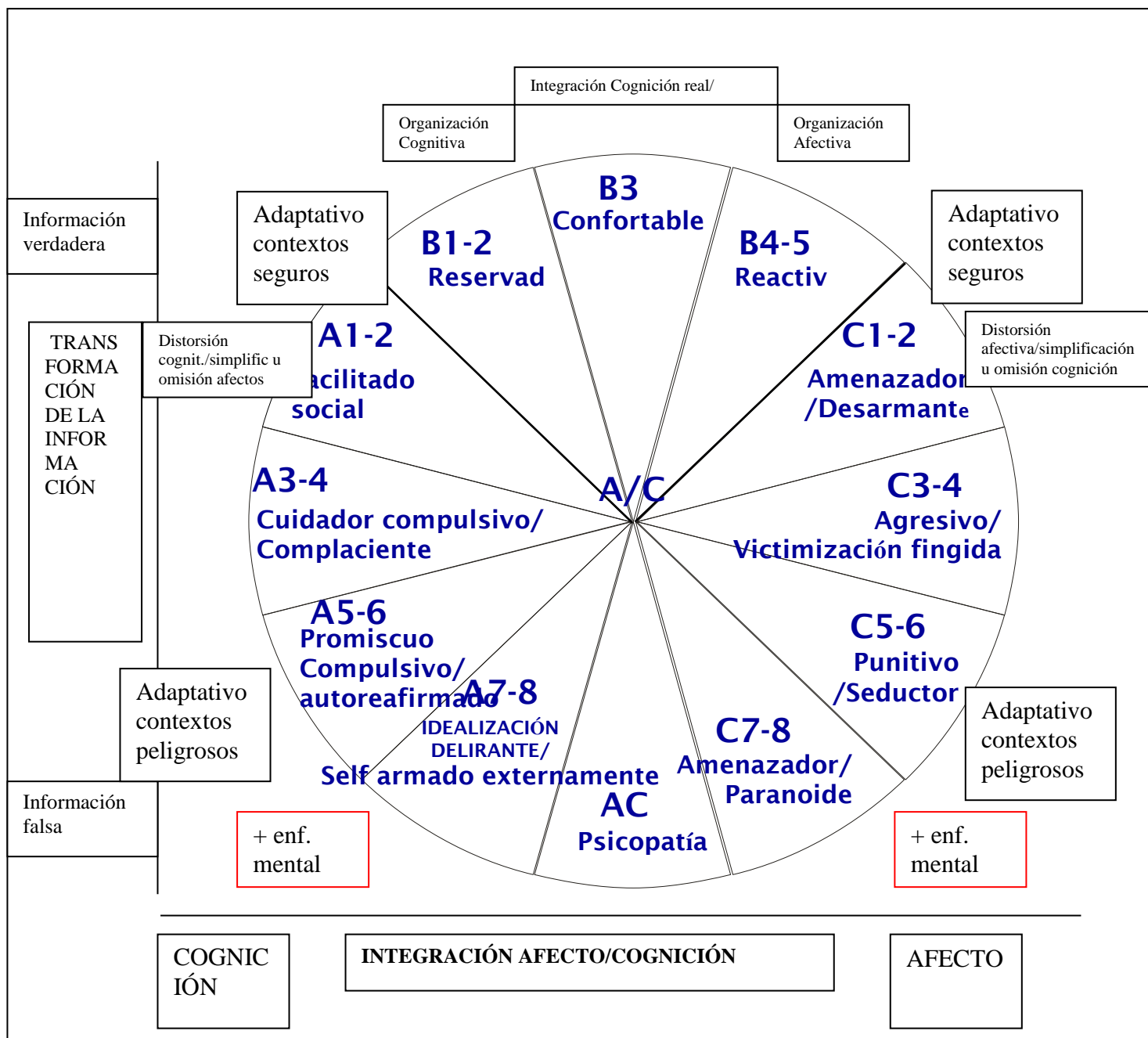
FIGURA N° 3



Como visualizamos al ir completando la figura, nuestro paciente estará en algún punto entre las distintas formas de organizar la información y los afectos. Además si la respuesta está o no en contexto en que es adaptativa y si está más cerca del área de mayor desarrollo de enfermedades psiquiátricas.

Una vez que hayamos ubicado a nuestro paciente en el espectro que más se le acerca en el gráfico, debemos recordar la figura 1 de Crittenden y entenderla dentro del gráfico anterior(Figura 4).

FIGURA 4



En base a esas deducciones, el terapeuta irá un paso adelante del paciente, cuando se trata de asegurar la adherencia, ayudarle a regular emociones y reconfigurar su estilo de apego.

5.3.1 PACIENTES EVITANTES (GRUPO A: EVITANTE/DEFENSIVO/DEVALUADOR)

- **BASES DEL DESARROLLO DEL ESTILO DE APEGO EVITANTE:**

Debemos recordar que los pacientes con este estilo, generalmente provienen de cuidadores insensibles, y por lo mismo, han inhibido los afectos negativos. La descripción de las estrategias defensivas y de conseguir cuidado y protección en los niños evitantes, incluye el llamado “falso afecto positivo”, es decir, como el cuidador responderá peor o no responderá al afecto negativo, el niño simulará una emoción positiva. Crittenden propone tres grupos de estos niños:

- Inhibidos (A1-2), cuyos cuidadores son protectores, pero no toleran los afectos negativos.
- Cuidadores Compulsivos (A3), roles invertidos con los cuidadores.
- Complacientes Compulsivos (A4), cuidadores hostiles y agresivos que exigen obediencia y respeto, ante los cuales el niño inhibe sus deseos y emociones, dedicándose a cumplir las expectativas de los padres.

En general estas familias muestran predominio de la cognición por sobre el afecto en todo su funcionamiento. Suele aparecer una idealización de los cuidadores y una denigración del propio sujeto, es común la autoatribución y la tendencia a la autosuficiencia, a veces, compulsiva. Estos niños al hacerse adultos pueden haber vivido experiencias mejores y más reparadoras, y llegar a la psicoterapia más conscientes de su biografía infantil y de su realidad interna, o, lo que puede ser más frecuente, haber vivido múltiples experiencias similares a las infantiles por las estrategias defensivas que los van llevando, en algunos casos a aislarse y en otros a exponerse por ejemplo al peligro, al confiar en la cognición sin prestar atención al afecto, es decir pueden tratar de relacionarse íntimamente con personas que “dicen” ser amorosas y protectoras, pero que en la conducta afectiva se ven claramente “maltratadoras”, al repetir el círculo de desconfianza en el afecto, se incrementará la misma conducta y correrá aún más riesgo de evitar la intimidad por relacionarla a experiencias negativas (aislamiento). En los adultos evitantes,

encontraremos que la información afectiva puede ser omitida, distorsionada, errónea o simulada. (Crittenden, 2002).

- ENCUADRE Y RELACIÓN CON EL PACIENTE EVITANTE:

En la interacción con el terapeuta, éste tendrá que poner especial cuidado en el encuadre y el setting profesional, el paciente evitante, no estará dispuesto a acercarse a un sujeto que pretende ser cercano rápidamente, no podrá confiar en el terapeuta por “feeling” o sólo por ser terapeuta, sino que requerirá seguridades que se deberán transmitir por la vía cognitiva, idealmente en las primeras instancias acerca de informaciones más técnicas, como diagnósticos, síntomas, explicaciones a éstos. Podemos deducir que a pacientes así, largos periodos de silencio y/o preguntas demasiado abiertas generarán angustia de difícil tolerancia para él por lo que rápidamente abandonará.

Habría que cuidar comenzar con un acercamiento acelerado al afecto, con preguntas como “describame esa emoción”, “¿y ahí le dio rabia o pena?”, o afirmaciones acerca de la relación terapéutica que cognitivamente le hagan pensar que emocionalmente está muy cercano al profesional, o que ha sido develado afectivamente por éste, ejemplo, “vamos a pasar esto juntos”, “yo le voy a ayudar con esto”, “usted necesita que lo apoye”, o intentar metacomunicaciones precozmente como “me parece verlo molesto con lo que estamos hablando”, “yo tendría mucha pena en una situación así”. El terapeuta deberá mostrarse lo suficientemente cercano como para que el paciente sienta que está atento y disponible, pero lo suficientemente lejano como para no asustarlo. Hay que tener en cuenta que son pacientes que no manejan bien la angustia, que la evaden, y que se han estructurado en torno a que “pueden hacerlo solos”, lo que les ha sido altamente adaptativos, no se podrá, posiblemente hasta ya avanzada la terapia, ponerlos en el lugar de víctimas, de sufrientes, de solitarios o necesitados. Con estos pacientes las terapias son lentas, y posiblemente, en más de una ocasión hay que conformarse con realizar una terapia breve que apunte a lo sintomático, y si ésta tuvo buen resultado y el terapeuta se muestra disponible, es muy probable que el paciente acepte incluir otras temáticas. Ya habiéndose generado alguna forma de vinculación con el paciente, mostrándose no riesgoso desde su perspectiva, es

cuando se puede comenzar a reflejar, por ejemplo, la discordancia entre la cognición y el afecto, y las consecuencias que esto ha traído.

La táctica deberá basarse en “volverse” confiable (o creíble) desde el afecto, el terapeuta deberá tener la capacidad de mostrarse y estar tan disponible como pueda, dispuesto a tolerar la devaluación y la agresión que el paciente hará persistentemente a fin de probar su esquema de interrelación, capaz de contenerlo manejando las propias angustias, recordemos que en este grupo de pacientes muchas veces los cuidadores no fueron capaces de tolerar los afectos negativos del bebé, en esta nueva forma de relacionarse, con un terapeuta en el rol de figura de apego sustituta temporal, se debe poder tolerar esos afectos, sin que la relación se dañe. Un ejemplo bastante común es el paciente que “reclama y critica”, desde la decoración de la oficina, hasta el perfume de la terapeuta, allí habrá de ser capaz el profesional de contener la rabia y la angustia del paciente “cuénteme qué le ha parecido mal”, “entiendo que esas situaciones/cosas no le agraden, cómo preferiría que fuera”, “lamento que no se sienta del todo cómodo, cómo podremos remediarlo”. El terapeuta deberá estar lo suficientemente seguro de sí mismo y de su quehacer como para no enganchar con el paciente, no sentirse personalmente atacado, y en especial, no defenderse. Por supuesto, con los límites que le impone el autocuidado.

Parece necesario explicar que específicamente el trabajo con el subgrupo A4 es complejo, pues están persistentemente complaciendo al terapeuta, y a la vez agrediendo pasivamente, mas cuesta saber qué de lo que aparece en sesión como un avance lo es ciertamente y qué no es sino una simulación de afecto positivo, “me he sentido tan bien desde que estoy en terapia”, el profesional tendrá que, con paciencia y maestría, poder en algún momento “situar” al paciente en este tema, por ejemplo “ entiendo que usted sienta que tiene que decirle a X que sí a todo, como hemos visto, por miedo a que X se enoje...aquí en terapia eso no va a pasar, yo no me voy a enojar con usted si está en desacuerdo conmigo”, o por ejemplo “ usted habla dos minutos de lo violenta que es su madre, y luego, habla veinte sobre las cosas buenas que tiene, yo entiendo que como todos ella tiene defectos y virtudes, pero si acá usted me habla de los defectos de su madre no va a pasar nada malo”.

5.3.2.-GRUPO B, SEGURO/EQUILIBRADO:

- BASES DEL DESARROLLO DEL ESTILO DE APEGO SEGURO:

Este grupo de sujetos debiera, según la teoría dinámico madurativa del apego sufrir menos psicopatología. Estos individuos regularían de una forma más equilibrada de estrategias de protección y de modulación de la distancia, por medio de la integración de las informaciones, tanto cognitiva como afectiva, generarían con mayor facilidad la comunicación directa y recíproca de las expectativas y sentimientos, integrando mejor las reflexiones intrapersonales con las interpersonales y negociando más flexiblemente.

- ENCUADRE Y RELACIÓN EN PACIENTES CON APEGO SEGURO:

Resulta esperable que sea más sencillo trabajar con personas de este estilo de apego, a través de un diálogo más claro y con menos distorsiones de la interpretación de las actitudes y dichos del terapeuta, menos expectativas, ya sean negativas o positivas respecto al vínculo con el profesional. En este estilo la adherencia debiera ser lo común (CRITTENDEN, 2005). No obstante, son interesantes algunos tópicos:

Primero, en relación al terapeuta mismo, probablemente para un profesional con un estilo de apego no del tipo B (A / C), manejar la relación terapéutica pudiera ser complejo, por ejemplo, teniendo más aprehensiones que las necesarias con el paciente, y equivocándose en restarle autonomía cuando el individuo no necesita esa clase de acercamiento, en los casos en que el terapeuta no maneja bien su propio estilo, es posible realizar una experiencia terapéutica que en vez de ser una confirmación del estilo del paciente, genere alguna forma de iatrogenia en él.

Segundo, no por ser pacientes seguros, es menos productiva la psicoterapia, sino al contrario, se pueden lograr muchos objetivos, pues la primera parte del

proceso ya está más avanzado, por lo tanto el trabajo podrá ser más específico en ciertos conflictos o estrategias menos adaptativas.

Tercero, será interesante ayudar a este tipo de paciente, quien probablemente podrá comprender con más facilidad las dificultades de los otros que le rodean, entre los que pudieran haber algunos significativos con estilos distintos de apego, por ejemplo, en una terapia de pareja, si el consorte tiene un apego ansioso o evitante, será más sencillo mostrarlo al paciente que tiene el estilo tipo B, quien pudiera llegar a entender con claridad algunas de las reacciones de su contraparte, que sin terapia le pudieran parecer incomprensibles. Cabe ejemplificar con el caso de una pareja que consulta por agresividad de la mujer, a lo largo de las sesiones se observa un vínculo seguro en el cónyuge varón, y en ella un estilo evitante, en el contexto de una biografía plagada de maltrato y abandonos, él no logra entender por qué ella se irrita ante lo que al marido le parecen pequeñas cosas o “comentarios al pasar”, se le muestra a ambos cómo ella reacciona con agresividad al sentirse “abandonada a su suerte”, lo que siente con frecuencia cuando él se desentiende de temas domésticos clásicos. A ella le hará bien una psicoterapia individual, pero tanto a ella como a la relación, el que el marido sea capaz de no enganchar en la discusión, y por el contrario, contenerla emocionalmente “segurizándola” acerca de su afecto y del estar acompañada, detienen los desencuentros con rapidez, y colaboran en la solidificación de la pareja. Al entender esto ambos pueden explicarse más fácilmente sus reacciones y estar atentos a las emociones y situaciones que las provocan, en el ejemplo particular que se menciona, elaborando que el conflicto central es de ella, y que no es él el responsable de su sensación de abandono.

Cuarto, sigue siendo una incógnita, si el estilo de apego seguro es siempre el más adaptativo, en situaciones de estrés severo, posiblemente las mejores respuestas de sobrevivencia sean de sujetos con otros estilos de apego (MEANEY, 2004). ¿Qué se debiera hacer en esos casos?, ¿promover un apego inseguro?, ¿cuándo podrían darse esas situaciones?, posiblemente esto se de en los contextos post catástrofes comunitarias de importancia, o, en el tratamiento de, por ejemplo, jóvenes infractores de ley, en ellos propiciar un estilo de apego seguro puede ser complejo, si no se le va a acompañar terapéuticamente por más que

unos pocos meses, y si se desenvuelven a diario en un ambiente de extremo peligro, donde, a veces , reflexionar antes de defenderse, o pensar primero en el prójimo, por muy antiético que pueda parecer, le quitará opciones de supervivencia, el tema queda abierto al debate.

5.3.3.- GRUPO C COERCITIVO/AMBIVALENTE/PREOCUPADO:

- BASES DEL DESARROLLO DEL GRUPO C:

Este estilo involucra la defensa contra la cognición y la utilización del afecto exagerado, dividido y/o alternado. Crittenden (2000, 2002, 2008) dice que es la estrategia más común en la población, más versátil y compleja, pues implica la exageración como conducta externalizante y la inhibición como conducta de internalización. Existiría un afecto erróneo, con mucha distorsión de la información en esta línea, mucha ansiedad difusa, donde se omite la cognición, y en casos más complicados, aparece la cognición falsa. Esta estrategia, debemos recordar, permitió a lo largo del tiempo de relación con los cuidadores, que el sujeto pudiera tolerar las inconsistencias de aquellos, en crianzas que incluyen doble discurso, de “te quiero y te odio” a la vez, o modelos que insisten en no creer en las explicaciones, un ejemplo clásico que da Arciero (2005) es el niño al que el padre, “para que no llore”, le miente, por ejemplo, acerca de su distanciamiento de él, por ejemplo “ voy a la esquina y vuelvo de inmediato”, cuando el padre sabe que saldrá de la casa durante varios días. Otro ejemplo es la falta de protección del niño a partir de privilegiar la dificultad de la regulación emocional del propio cuidador, en estas situaciones, se le puede dejar de poner límites básicos al menor o al adolescente, por temor a que este “se enoje”, interpretando la madre los enojos como “ser una mala madre” o “dejar de ser amada”.

- ENCUADRE Y RELACIÓN EN PACIENTES CON APEGO COERCITIVO

El terapeuta constructivista cognitivo debería enfrentar al paciente con apego coercitivo desde el encuadre estricto, lo que a diferencia de la estrategia con el

evitante, deberá mantenerse durante toda la terapia, pues el paciente coercitivo estará permanentemente “probando” al terapeuta y tratando de manipular y controlar la situación, intentando la mayor parte de las veces aumentar su posibilidad de cercanía con el terapeuta, e insistiendo en manejar el setting, ya sea desde el desamparo fingido, como es el caso de C4 (indefensos fingidos), por ejemplo planteando las temáticas suicidas al terminar las sesiones o cuando el terapeuta ha planteado la necesidad de suspender o aplazar alguna sesión, con el cuidado por supuesto de tampoco llegar a descuidar la gravedad real del paciente.

Es importante tener en consideración que los pacientes con estilos de apego del tipo C1 a C3 suelen ser amenazantes, subiendo rápidamente a la cólera si se sienten vinculados al terapeuta, irritables, aumentan sus conductas rabiosas a más calmados son por su figura de apego, por lo tanto podrían tener reacciones bastante devaluadoras y agresivas en la terapia (en especial C3), recordemos que esto fluctúa a seducción desarmante en el caso de C2, y que por lo tanto pone en riesgo la posibilidad del terapeuta de poner límites y poder ser así una figura confiable. Si el profesional no está atento a esto, puede terminar confirmando el esquema del paciente, cayendo en la inconsistencia, es decir tratar de cuidarlo, pero actuar la contratransferencia rabiosa que el paciente produce castigándolo, por ejemplo, con la falta de disponibilidad. El terapeuta debe tener un temple firme, sentirse y mostrarse seguro, ser en extremo consistente y coherente, y ser fiel a las explicaciones que da, es decir no dar cabida a la distorsión de la cognición, ni al mantener la falta de credibilidad en lo cognitivo que tiene el paciente, así como no dejarse manipular por el afecto dramático, controlar los aspectos que puedan generar rabia o temor, ser capaz de conservar la autonomía del paciente, aún cuando éste utilice estrategias desarmantes. Hipotetizamos que si el paciente encuentra en cada sesión al terapeuta disponible, pero claro, contenedor, resuelto a desvictimizar al paciente, reforzador de los aspectos positivos del paciente, y tolerante frente a los ataques de cólera que el paciente pueda sufrir al no cumplir sus demandas, sin evitarlo, sino intentando en las ocasiones que parezcan propicias y en donde el paciente se muestre capaz de cuestionar lo sucedido, mostrar lo desadaptativo de la conducta, por ejemplo metacomunicando lo que a él le ha sucedido en ciertas circunstancias con el comportamiento del paciente, ejemplificamos “ cuando usted ha subido el tono de voz, y me ha dicho que se

niega a salir de la oficina, que usted merece una sesión más larga, pese a que llegó atrasado hoy y la vez anterior...he recordado el incidente que usted tuvo con "X"...se acuerda de aquello", el terapeuta intentará ilustrarle descriptivamente al paciente, cómo se siente el otro, cómo pensará el otro frente a reacciones que supuestamente son para mantener la cercanía, pero que aparecen generando más conflictos interpersonales. " Ud. Dice que "X" tenía terror en el rostro...¿podrá ser entonces que "X" se asusta cuando usted se pone así?...", "¿es miedo lo que usted busca generar en "X" o más bien usted quiere que "X" se quede más tiempo con usted?", " ¿podrá reaccionar distinto "X" si usted se conduce de manera distinta?". Por supuesto esto debiera tratar de encuadrarse en que el paciente (idealmente) visualice el patrón de acercamiento-distanciamiento que utiliza, ligándolo a las situaciones vitales donde debe haber sido adaptativo esa forma, y que él mismo pueda entender y sentir la emoción que no logra regular en esos momentos, y que pueda encontrar estrategias nuevas, o incluso patrones diferentes.

6.- CASO ILUSTRATIVO

N. es un paciente de 40 años, trabaja como técnico audiovisual hace 15 años. Ha tenido varios estudios de pre y post grado, principalmente en el área de las comunicaciones, se siente sobrecalificado para su cargo, mas no hace muchos esfuerzos por obtener ascensos o nuevos empleos. Acarrea graves deudas de proyectos independientes que tuvieron malos resultados, además de importantes gastos en salud que debió cubrir debido a un cáncer que presentó en dos oportunidades, ambos de resolución quirúrgica. Quedó con un déficit hormonal, por lo que usa permanentemente parches de testosterona. Dice que su función sexual está conservada, aunque no la reproductiva.

Está separado hace 9 años, luego de 15 años de matrimonio. Tiene un hijo de 13 años.

El trabajo psicoterapéutico se inició en mayo del 2007 y culminó en marzo del 2010, habiendo tenido previamente otra psicoterapia de 2 años de duración con otro terapeuta.

MOTIVO DE CONSULTA:

“Me gustaría que me ayudaran a ordenarme, especialmente en lo laboral, en las finanzas”. Luego de en la tercera sesión lo reformula como " quiero saber quién soy, porque me he dado cuenta que no me conozco... y entender por qué me pasa esto de quedarme estancado, de no avanzar”.

El proceso terapéutico fue difícil, principalmente debido a que en un principio el paciente tendía más a la intelectualización que a la integración de sus experiencias, primero centra su conflictiva en lo laboral, pero se observa que lo que más lo disregula emocionalmente es su relación de pareja con X., la que se inició hacía 4 años al momento de comenzar la terapia. Durante los primeros 4 meses de terapia, N. se plantea como parte de una relación regular de pololeo “con algunos problemas” , según su relato, porque ella estaba en un momento difícil “de introspección”. En Septiembre del 2007 se abre la temática real, donde N. asume

que X terminó la relación con él hace aproximadamente un año, y que si bien han seguido viéndose y mantienen una relación intermitente y tormentosa, sería él quien se niega a disolver el pololeo.

Al asumir N que ya no era pareja con X, hace un cuadro micropsicótico, donde se torna insistente en volver con ella, llamándola todo el día, enviándole hasta 20 mensajes de texto al teléfono móvil a diario, persiguiéndola en la calle, rondando su casa “ por si se la encuentra”. Junto con esto revela que en la historia del pololeo X lo había engañado con un compañero de trabajo, y él al encontrarlos juntos en la casa de ella, reaccionó muy violentamente empujándola, accidentalmente, en un forcejeo, escaleras abajo, resultando ella lesionada.

N. mantenía hasta hace tres meses alguna forma de relación con X, aun cuando ella actualmente tenía otra pareja. Durante el proceso de terapia N. reconoce ejercer “chantaje” emocional a X, incluso con amenazas de suicidio y/o de agresión hacia ella o el actual pololo. Refiere sentir que X. hace muchas cosas por “culpa”, pues él se encarga de mostrarle que está muy deprimido y que es incapaz de “vivir sin ella”.

N. fluctúa entre ser amenazante y agresivo con X. y ser demasiado complaciente “podría incluso aceptarle que tuviera a otro”, planteándose en una postura de extrema victimización.

RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA:

Durante la infancia N. fue relativamente acogido por su madre y abuelas, sin embargo, se sintió persistentemente agredido por el padre, con golpes físicos, castigo verbal y múltiples agresiones psicológicas donde se sentía “exigido en cosas que no podía dar”. Su padre le pedía que mejorara en forma automática sus tareas de caligrafía, donde casi a punto de tortura lo hacía hacer las letras bien moldeadas, lo mismo por ejemplo pasaba con las lecciones de bicicleta, donde el padre siendo prácticamente el primer paseo de N en dicho vehículo lo hace pedalear en una carretera, amenazándolo con castigarlo físicamente si no aprendía rápido “como debe ser”.

Él solía reaccionar con mucho dolor, tristeza e impotencia. Si bien a N. siempre le habría costado reconocer y definir sus emociones, niega la rabia contra el padre y/o la madre hasta las últimas sesiones de terapia “yo nunca he sentido rabia con nadie, la verdad nunca he sentido rabia”.

N dice que la única forma que tenía de safarse de los castigos paternos era que la madre se diera cuenta de que estaba lastimado, que lo consolara y mimara , deteniendo con eso la violencia del padre, o , que la abuela paterna influyera directamente en discutir con el padre defendiéndolo o al menos sacándolo del contexto, y también “regalonéandolo”.

DESARROLLO DEL PATRÓN DE APEGO, ALGUNAS ESTRATEGIAS:

N durante la terapia toma consciencia de que desde niño sintió que “haciéndose el herido” la familia lo rodeaba y le prestaba atención. Recuerda haber “conseguido” incluso que su tío lo defendiera de los castigos paternos.

“Me hacía el enfermo o el que no podía para que estuvieran conmigo”.

Se hacía difícil requerir los cuidados maternos y más aún los paternos de una forma segura, utilizando lenguaje corporal o verbal básico, sino que fingiendo desamparo.

DIAGNÓSTICOS:

Según DSMIV se trata de un paciente con un trastorno depresivo recurrente y un trastorno de personalidad en la línea limítrofe-histriónica con cuadros micropsicóticos.

Desde el modelo cognitivo presentaría una OSP de tipo obsesivo con un patrón vincular coercitivo posiblemente del tipo C3 (agresivo/desamparado fingido).

ASPECTOS PROCESALES Y METODOLOGÍA:

Setting y Encuadre: Se le dio especial atención a mantener un encuadre estricto en horarios y espacio donde se realiza la terapia, en especial a medida que fue quedando claro el estilo vincular del paciente. Frecuentemente se victimizaba tratando de conseguir cambios en los precios, en las horas y el espacio de la psicoterapia, y en otras ocasiones para conseguir el teléfono personal de la terapeuta.

Foco: Mejorar su funcionamiento en las relaciones interpersonales significativas y en general.

Metas propuestas al inicio: Mejorar la autoobservación y análisis autocrítico del paciente, favorecer la expresión de emociones. Colaborar en la adquisición de herramientas de solución de conflictos, en la mejoría de sus esquemas interpersonales y en la construcción de identidad.

Relación Terapéutica: Se intentó entregarle un vínculo terapéutico seguro que le permitiera entrar en un trabajo terapéutico real donde pudo explorar con mayor libertad.

El paciente muestra su esquema interpersonal de coerción activa/pasiva, sin embargo se evita confirmarlo, cuando aparecen estos patrones en la sesión y coinciden con escenas exploradas experiencialmente o escenas nucleares se hace la correlación, permitiéndole al paciente asociar su comportamiento actual y el pasado.

INTERVENCIONES:

- Reflejo ilocutivo
- Confrontación
- Disociaciones
- Adlaterización

- Metacomunicación
- Enganche y desenganche.
- Exploración con conciencia plena y con conciencia dividida.
- EXPLORACIÓN EXPERIENCIAL

EN RELACIÓN AL PATRÓN DE APEGO:

Se mantiene un encuadre claro, se estructura sistemáticamente, y más avanzadas las sesiones, se realizó el reflejo de su forma de funcionar, se realizó metacomunicación respecto a la transferencia y contratransferencia, se mantiene la calma y la abstinencia frente a múltiples provocaciones del paciente, incluyendo amenazas suicidas, se le confronta con su estilo coercitivo y lo paradójico entre la respuesta que espera y la respuesta que produce en su entorno. Manejo conciente de las expresiones del estilo de apego de la terapeuta, en relación al estilo de apego del paciente, se evita la sobreprotección, y el ser demasiado directivo, pese a que el paciente presiona porque sea la terapeuta quien tome las decisiones importantes en su vida, se equilibra entre no ceder a sus demandas constantes, pero apoyarlo, lo suficientemente disponible y contenerlo, así como hacer refuerzos positivos a sus avances.

El paciente es capaz de ver como a lo largo de la infancia pudo serle adaptativo su estilo coercitivo, pero que en sus relaciones actuales de pareja y laborales, era francamente desadaptativo, haciéndolo sufrir a él y a los otros. Se aplicó la técnica de observador participante, por lo que se intentó en primer término un enganche con el paciente que permitiera explorar y analizar su influjo interpersonal, para luego hacer el desenganche que permite interrumpir las respuestas complementarias al esquema del paciente, ayudándolo así a abandonar su estilo característico de suscitar respuestas. Desde este planteamiento, suponiendo que la terapia efectivamente ha sido un factor relevante en el proceso de cambio de N., el enfoque en el patrón de apego, resultó fundamental, lo mismo que la utilización de técnicas pensadas en torno al estilo y estrategias del paciente, así como el auto-conocimiento de la terapeuta de sus propias formas de respuesta, para poder mostrar a la zona de desarrollo proximal del paciente, el self profesional.

RESULTADOS TERAPÉUTICOS:

Actualmente el paciente es capaz de autoobservarse, verbalizar emociones y dejar a un lado las intelectualizaciones de su problema. Es capaz de visualizar y asumir que frente a las experiencias dolorosas suele dejar de “ver la realidad” cayendo en el autoengaño y generando conductas gravemente desadaptativas “me pongo psicótico”. A su vez, se da cuenta de que realiza conductas coercitivas, como la victimización para lograr la atención de otros “yo creo que decirle a X que me voy a matar es una forma de chantajearla”. Consigue él mismo sentir que ya no necesita más psicoterapia, “ahora es rico saber que uno ya no necesita muletas”, los controles se fueron distanciando, el penúltimo fue en enero del 2009, y el último en marzo del 2010, allí se observó una mantención de los logros terapéuticos, el paciente no realizó ninguna clase de conducta coercitiva para mantener el vínculo con la terapeuta, si bien se le dejó abierta la puerta de la institución si lo necesitaba. A esas alturas se encontraba realizando otros empleos part time además de su empleo fijo, saliendo de las deudas, realizando una labor de padre contenedor e independiente de la ex - esposa, y con una relación de pareja nueva, de 6 meses de duración, que parecía bien encaminada, ella parecía una mujer con bastantes dificultades interpersonales por lo que el paciente comentaba, pero al menos, impresionaba con un estilo más seguro que las parejas anteriores.

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

N. se enfrentó a su realidad al explorar aspectos de su vida y experiencias emocionales históricas en las que antes no había indagado, al lograr autoobservarse se ve como un sujeto “despreciado”, “sin control de la situación”, en su intento por retomar el control y volver al funcionamiento previo, que incluía a X como su pareja, hace el episodio micropsicótico, pues pierde su sentido de continuidad. Podemos postular que la reestructuración de N. se debe, al menos en parte, al apoyo psicoterapéutico y farmacológico. En relación al aporte de la terapia,

suponemos que fue de vital importancia la calidad de la relación terapéutica, donde se ha practicado en distintas medidas, según la circunstancia, la neutralidad, la abstención, la empatía, el apoyo y la validación. Permitiendo las dos primeras la no confirmación de su esquema interpersonal, que teorizamos estaría directamente relacionado con su estilo vincular o patrón de apego. Aún cuando el estilo del paciente sigue siendo el mismo, las estrategias han cambiado y se han flexibilizado dependiendo del contexto y la persona con la que se relaciona.

Creemos que este caso es un buen ejemplo de la existencia de un apego adulto, que también es dinámico y que sigue teniendo opciones de cambio y maduración, razón por la que, al menos en casos como éste, donde lo principal son las dificultades para tener relaciones interpersonales sanas, es imprescindible enfocarse en el apego y realizar intervenciones acordes al estilo de apego del paciente y del terapeuta.

7. DISCUSIÓN:

Desde nuestra perspectiva la teoría del apego, tal como se estudia hoy en día, esta parece proporcionar una serie de respuestas que hace mucho queríamos encontrar, entre ellas, ¿por qué los pacientes siguen el tratamiento con uno o con otro terapeuta?, ¿por qué la persona del terapeuta es una parte tan fundamental de éxito en el tratamiento?, ¿por qué la calidad de la relación es tan importante?, ¿cómo enfrentar las dificultades de vinculación en nuestros pacientes?, ¿cómo trabajar la transferencia y la contratransferencia en esta corriente terapéutica? y ¿qué cambia cuando una OSP cambia?.

No obstante entendemos que como toda tesis no está exenta de discusión, y que podemos encontrar una serie de limitaciones en nuestro análisis y en los planteamientos generales y específicos.

Una idea rebatible es la relevancia del enfoque en la reconfiguración del patrón de apego, haciendo referencia a Krause (2006) acerca del cambio terapéutico, ella afirma que la construcción de esquemas conceptuales, o teorías, que denominen y expliquen los síntomas y problemas del paciente, posibilitaría el insight, la expresión de sentimientos y nuevas formas de comportamiento. Krause distingue tres momentos dentro de la construcción de nuevos esquemas cognitivos, que son:

- a) Establecimiento de conexiones entre síntomas, experiencias vitales, (actuales y pasadas) motivaciones, afectos y conductas
- b) La elaboración de constructos subjetivos sobre sí mismo, la propia biografía y la relación con otros
- c) La construcción de “teorías” sobre sí mismo y la relación con el mundo, incluyendo la propia historia de vida.

Según ello uno podría llegar a pensar que la idea de la existencia de un patrón de apego que se ha formado a partir de una cierta biografía y biología individual, y el enfoque en reconfigurarlo no sea sino una teorización que le sirve al paciente para llevar a cabo los pasos que Krause propone, pero que así también

podría usarse otra explicación, basada en cualquier otra teoría, pues lo importante sería darle la resignificación al conflicto y explicarse desde el narrador interno de una manera tal las experiencias, que el sujeto se pueda volver a organizar de manera funcional.

Alegamos que al hablar del enfoque en el apego, vamos más allá del sólo dar explicaciones, pues además habría un actuar relacional al interior de la terapia, entre paciente y terapeuta, que permitiría vivenciar un nuevo modelo de experiencia interpersonal, y que da lugar a un espacio intersubjetivo que moviliza dinámicas desde la emoción y la cognición, no creemos que tan sólo se remita a entregarle una narrativa que calce al paciente, sin embargo, nos parece válida la discusión. Pensamos que en general todo terapeuta ha tenido pacientes quienes parecen hacer una suerte de “clic” ante ciertas intervenciones, “eso que usted me dijo”, la psicología entiende que hay una suerte de encaje que hace sentido, otras terapias basadas en modelos narrativos, pretenden darle una connotación de resignificación, pero cabe la pregunta: ¿cuántas veces ese encaje tiene que ver más bien con el rol del terapeuta que con lo que dijo?. Muchos terapeutas han tenido pacientes que relatan mejoría luego de pocas sesiones, Arciero (2010) relata casos donde en dos o tres sesiones el síntoma desaparece, y, según él comenta, no sólo eso, sino que se produce una reorganización más sana. Con frecuencia, empíricamente, se observa que años después el paciente vuelve a consultar ante otro evento crítico, y lo más común es que busque al mismo terapeuta, allí pareciera jugar un rol básico el estar “abiertamente disponible” en la mente del paciente, más que en una realidad que implique sesiones largas, frecuentes y numerosas, puede tener más que ver con haber acertado en la forma relacional que requiere el paciente para calmar su angustia. Acerca de esto destacamos la referencia que hacen Arciero (2000) y Guidano (1997), quienes plantean que la sintonización psicobiológica de y hacia el cuidador permite al niño ordenar el propio flujo sensorio-motor en vivencias emotivas que llegan a ser reconocibles sólo dentro del mismo continuo que va del acercamiento a la evitación. Ellos dicen que es en esta perspectiva que el apego llega a ejercer un papel dominante:

- a) Diferenciando y organizando un rango de tonalidades emocionales básicas en un dominio unitario.
- b) Modulando la frecuencia, intensidad y duración de los estados emocionales a través de regulación de las oscilaciones rítmicas entre los

patrones psicofisiológicos inductores del arousal (como la exploración y juego) y reductores del arousal (como la seguridad y el aferrarse).

El sentido de permanencia del sí mismo se organizaría alrededor de emociones recurrentes, cuyo ordenamiento y regulación depende de la cualidad específica de los patrones de apego del sujeto, ello proporcionaría la clave de las características perceptuales-afectivas para la asimilación continua de la experiencia.

Entendemos que una limitación es que nosotros estamos trabajando con adultos, para ello estamos afirmando la existencia de un apego Adulto, con el que aún hay autores que no están de acuerdo, en este trabajo nos resulta coherente hacer la comparación entre la relación niño-cuidador y la relación psicoterapéutica. Por supuesto, quedan varias preguntas pendientes, como ¿qué es lo que da la relevancia a la figura elegida para crear una representación mental que aporta o desarrolla un modelo de apego?, ¿cuánto tiempo deberá estar la persona vinculada al otro para generar variaciones en su patrón relacional?, ambas variables son de mucha importancia en nuestro trabajo, partiendo porque no siempre el terapeuta es de libre elección, en el contexto de seguros de salud y otras dificultades del paciente, los terapeutas no están “disponibles” en el “camino” del paciente, a diferencia de cualquier otra figura de apego que él haya podido elegir.

Por otro lado nuestro trabajo es de tiempo limitado, no resultaría sano para un paciente convertir la terapia en el centro de su vida, y hablaría mal de la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente con la autonomía, el mantenerlo en una terapia sin fin, lo que no significa que el terapeuta no quede en la mente del paciente como “alguien a quién acudir”, rol que a veces jugarán las instituciones en las que trabajamos, o incluso el concepto global de “terapeuta”, es decir también ayudaría que el paciente quede con una figura genérica disponible “para siempre”. No nos parece que exista una directa asociación entre el “apegarse” y la frecuencia con que el paciente visita semanalmente al terapeuta, es decir no será mejor el trabajo si asiste a 3 o 4 sesiones semanales; no obstante, no contamos con evidencia científica que nos apoye en decir cuántas veces y por cuánto tiempo tendría que atenderse cada paciente, que es un caso único, en psicoterapia.

Si, pese a lo que ya debatimos, e incluso a muchos otros planteamientos que critican la teoría general del apego y su uso en psicoterapia, entramos en el terreno específico de nuestros postulados, resulta interesante desglosar los elementos necesarios para realizar un cambio terapéutico, que en nuestra visión, corresponde a un cambio en el patrón de apego, que puede ser global o parcial o incluso particular de ciertas estrategias, intentamos considerar variables a discutir, en el contexto de los conceptos que destacamos en nuestro trabajo, de ellas, ahondamos en: **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE APEGO DEL PACIENTE, PSICOTERAPEUTA COMO FIGURA DE APEGO y APEGO SEGURO.**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE APEGO DEL PACIENTE:

Explicamos en el capítulo quinto, cómo realizar la evaluación clínica del patrón de apego del paciente, nos basamos principalmente en los gráficos de Crittenden (2005), que nos ayudan a situar al paciente en un punto en el espectro que existe entre Integración Cognitivo-afectiva de la información y el tipo de transformación de la información, cruzado con la otra variable que le asigna a un polo la distorsión de la cognición con omisión de los afectos y en el otro la distorsión del afecto con omisión de la cognición.

Tal vez la evaluación podría ser más eficaz, y se podría obtener en las primeras sesiones, lo que facilitaría la adherencia, si se pudiera aplicar escalas confiables que midan calidad de apego al entrar a la terapia, y que colaborarían enormemente a la investigación en el tema, si además se pudieran aplicar al finalizar el proceso psicoterapéutico completo. Una de las entrevistas más usada, hoy en día, es la que mide APEGO ADULTO (AAI), la que partió siendo aplicada por Hesse, Fonagy (MARRONE, 2001) y otros para intentar predecir la capacidad de una madre para cuidar a su hijo, también se ha utilizado para estudiar la interacción en pareja y en general su uso en clínica ha sido sólo dentro del ámbito de la investigación, la AAI ofrecería la posibilidad de evaluar modelos operativos y procesos metacognitivos asociados a dichos modelos, sería una guía para ver correspondencia entre memoria semántica y memoria episódica, identificaría el uso

de algunos mecanismos de defensa contra la inseguridad del apego, y además ayudaría a elucidar las estrategias que el sujeto utiliza para mantener su sentido de organización interna y la noción de estar conectado con los otros (MARRONE, 2001). Esta entrevista es esencialmente psicoanalítica, si bien Crittenden (2000,2007) ha perfeccionado el sistema de clasificación generando varias subcategorías en la calidad del apego, y ha propuesto una adaptación de la AAI para su uso clínico, no existe desde la psicoterapia constructivista cognitiva ninguna entrevista, test o escala, estructurada o semiestructurada que permita evaluar patrón de apego del paciente, esperamos que este trabajo motive a la resolución de esta tarea pendiente, que es generar instrumentos que nos puedan ayudar en la medición de la calidad del apego. Es por ello que también puede ser una limitante a nuestro proceso de psicoterapia enfocada en el apego el tener sólo nuestras herramientas clínicas, pues éstas podrían demorar varias entrevistas, y algunos pacientes, más complejos, probablemente requieren un abordaje especial desde la primera entrevista, con el fin de que adhieran a psicoterapia.

PSICOTERAPEUTA COMO FIGURA DE APEGO TRANSITORIA:

El psicoterapeuta, según Lacan (MARRONE, 2001) no puede jamás ocupar la posición de lo que al paciente le falta, aquello es para él un objeto irrepresentable, él postula que la insuficiencia que sufre el paciente ningún objeto la puede llenar y que el analista no puede sino ayudar al paciente a abrirse a un espacio vacío en el sujeto y en el otro, pues Lacan postula que todos, analista incluido, pues la incompletitud es inherente a la condición humana. Por otro lado en la opinión de Melanie Klein (MARRONE, 2001) los modelos internos que el niño desarrolla en su primera infancia no son reales, sino que son sus propias proyecciones, a partir de ello, siempre la percepción de los padres estaría distorsionada, más allá de cómo sean en verdad esos cuidadores, no sería con esa percepción con la que se podría inferir el modelo de crianza, y por lo tanto no cabría intervenir en ello.

El propio Bowlby se oponía a la idea de que el analista reclamara una posición central en la vida del paciente, aún cuando creía que el paciente entra en terapia con el objeto de obtener una mejor calidad de relación de la que tenía con sus cuidadores tempranos (BOWLBY, 1989; MARRONE, 2001).

¿Cómo se puede ser una figura de apego y no ser “central” en la vida del paciente, cómo se equilibra de manera tal el rol del terapeuta para ser una figura importante, pero no tanto como para que el paciente pierda su autonomía? , ¿cómo ayudar al paciente sin invalidarlo en ninguno de sus aspectos vitales?.

Probablemente las respuestas tienen que ver con entender más claramente algunos conceptos, como la Neutralidad, algunos piensan que cuando se habla de un terapeuta neutro se habla de alguien sin vida, inexpresivo, frío y distante en toda circunstancia, un terapeuta al que el paciente incluso puede no verle el rostro, que no demuestra emociones, que no gesticula, desde la mirada constructivista cognitiva, no se entiende la neutralidad de esta manera, el terapeuta será expresivo, mímico, incluso teatral cuando sea necesario para lo que busca generar en el paciente, como también será pasivo y distante si el paciente así lo requiere, la neutralidad tiene más que ver con el no permitir la interferencia y la demostración de emociones y actos que no van en ayuda del paciente, sino que tienen que ver con los conflictos o deseos del propio terapeuta, en eso debe ser neutral, en no imponer su propia ideología y su propia emocionalidad al paciente.

El otro concepto es el de entender que se está haciendo un trabajo conjunto, y que el experto en sí mismo es el paciente, el asumir que no existe una asimetría en términos de “sabiduría”, permite respetar al paciente en su espacio, y potenciar su propia capacidad de decisión, idealmente llegando a ser el propio paciente quien “se dé el alta”, desde el sentirse listo para continuar por sí solo.

Bowlby (1989) dice textualmente “mientras algunos terapeutas tradicionales adoptan la actitud de decir “yo sé, yo le diré”, la postura por la que yo abogo es “ ud sabe, usted dígame”. Esta postura no nos parece incompatible con el ejercer un rol de figura de apego, comprendiendo que estamos siendo figura de apego de un adulto, sin el interés de infantilizar o desvalorizar al paciente, en relación a esto nos

parece interesante la definición de Schore (2000, 2001), que dice: “la teoría del apego es esencialmente una teoría de la regulación emocional, una regulación diádica de los afectos”. Como ya hemos descrito, Schore comenta que a partir de los vínculos de apego existe una regulación de la activación afectiva del niño al actuar recíprocamente con las funciones reguladoras del cuidador. La exposición del niño a las capacidades reguladoras del adulto (es decir, su interacción empática y la respuesta sensible) permiten en un primer momento que se calmen las emociones displacenteras, pero también van “construyendo” en el niño la capacidad de responder más adelante él mismo a los estímulos aversivos y de calmarse emocionalmente. La psicoterapia haría lo mismo, pero en el adulto.

Los post racionalistas (ZAGMUTT, 2010) plantean específicamente que “una organización central de apego consiste en una disposición de la configuración unitaria de experiencias prototípicas cargadas emocionalmente, sedimentada por eventos y situaciones recurrentes en la reciprocidad con la figura de referencia, acompañada por un núcleo articulado de actividades afectivas, autonómicas y conductuales. Esta sería la forma en la que se logra generar un sentido estable de la percepción de sí mismo, modulado a través de la rítmica activación/desactivación de tonalidades emotivas opuestas”.

Cuando se explora con el paciente se le ayuda a reconocer y expresar emociones, se le dan herramientas para la asertividad y la empatía con los otros, y más en profundidad, cuando se realiza una exploración experiencial en que, durante la sesión, se pone al paciente en contacto con sus experiencias nucleares, desde la emoción, la cognición y la significación, allí donde se reorganiza la experiencia, hay un trabajo directo sobre la calidad del apego del paciente. Además se utilizan matices distintos de la técnica según el patrón visualizado, por ejemplo, a veces la bifocalidad tenderá a colocarse mayor tiempo sobre lo cognitivo y descriptivo en los pacientes que toleran mal la emotividad, en quienes también el relato de las experiencias ayudará a poder discriminar las emociones y sus respuestas, mientras en otros el foco será más directo a la emoción, y desde allí se tendrá acceso a la conflictiva mayor (ZAGMUTT, 1999, 2004). Es decir, el rol de figura de apego pasa más bien por colaborar en la capacidad de mentalización, y

de integración afecto/cognición, y no por el paternalismo entendido de manera burda.

EL APEGO SEGURO:

Varias veces nos preguntamos en este trabajo, y en especial, tras la lectura del autor Michel Meaney (2004), si es que siempre se debe trabajar para generar un apego seguro en el paciente, y si es que en toda ocasión la relación terapéutica se dará a modo de estimular la calidad del patrón tipo B. Guidano (1997) duda de la existencia del apego seguro como tal, es decir sujetos con calidad de apego tipo B, pues le parece que más bien existe un espectro que va desde el evitante extremo al coercitivo máximo, y que el terapeuta trabaja en medio de ese espectro colaborando en que el paciente se acerque más a uno u otro lado según le sea más adaptativo.

Desde la DMM Crittenden (2008) plantea que el psicoterapeuta es mucho más que una base segura, pues en la terapia actúan tanto terapeuta como paciente en interacción, por lo tanto lo cierto sería que la base segura podría llegar a ser el objetivo final de la terapia, durante todo el proceso jugarán distintas estrategias y estilos de apego, según una serie de factores, que trae paciente y terapeuta.

Para Crittenden el terapeuta deberá responder de manera sensible a los requerimientos del paciente, con sentir genuino, pero todo el tiempo la terapia es una "transición", la autora comenta la idea que nosotros esbozamos, planteando que el terapeuta no debería actuar de manera espontánea con todos los pacientes, sino como el paciente necesita según su forma de apegarse (CRITTENDEN, 2002, 2005, 2008).

CONCLUSIONES:

La teoría del apego nos permite profundizar en nuestro marco teórico constructivista cognitivo, consiguiendo proponer la necesidad de especificaciones más claras en relación al rol del psicoterapeuta como figura de apego, y acercarnos a las posibles técnicas de intervención en los diversos estilos de apego del paciente.

Los estudios existentes, mencionados a lo largo de nuestro trabajo, han vinculado los patrones de apego de los pacientes y de los terapeutas a diferencias en el manejo, generando esto a su vez, distinciones en la calidad y desarrollo de la alianza, la relación terapéutica y en los resultados propiamente tales.

De nuestra revisión concluimos que el apego existe a lo largo de toda la vida, y no solamente en la infancia, además es dinámico y no se supedita sólo a la genética o a la experiencia vivida en una sola relación con una única figura de apego.

Podemos afirmar que la psicoterapia es una oportunidad para que el paciente experimente una relación interpersonal diferente, donde el terapeuta tiene el rol de figura de apego transitoria. Es en este rol que el profesional trabaja de manera conjunta para ayudar al paciente a que consiga un funcionamiento mejorado, que idealmente lo libre de síntomas, pero que además le permita una mejor calidad de vida, esto está íntimamente ligado con que el terapeuta entienda y conozca en detalle la teoría del apego, y el concepto de dinámico-madurativo, pues sólo así podrá comprender las dificultades que le trae al paciente un patrón de apego que pudo y puede ser adaptativo en algunas circunstancias. El entendimiento y la sintonía con el paciente provendrán posiblemente, entre otros factores, del comprender la lógica histórico-biográfica de dicho patrón. Es importante reconocer la influencia de la biología, sin caer en el determinismo, pues desde la misma neurobiología, se afirma que el patrón de apego puede ser remodelado, más allá de que podamos discutir si cambia todo el patrón de apego o una parte de él, o las estrategias, o la conciencia de las estrategias que usa, lo claro es que se moviliza, y lo hace principalmente gracias a la generación de una relación más sana y más

segura, en este caso la relación terapéutica.

Se abre una nueva línea de investigación en la psicoterapia constructivista cognitiva, pues faltan trabajos clínicos que nos ayuden a cuantificar y cualificar los factores de la relación terapéutica que se correlacionan con conseguir cambios a nivel vincular, otros que ayuden a definir con mayor claridad la relevancia del patrón de apego del propio terapeuta, y qué tanto impacto sufre aquel en psicoterapias enfocadas al apego, recordando que no podría no afectarse en nada, por la reciprocidad natural de lo relacional.

Creemos que esta tesis resulta un aporte a la teorización de la psicoterapia constructivista cognitiva, la comprensión del concepto de apego y el enfoque clínico explícito, además entrega un primer paso a la construcción de una guía sistematizada de intervenciones terapéuticas en el contexto del psicoterapeuta como figura de apego transitoria, planteando algunas consideraciones específicas en el manejo relacional y el encuadre, para los tres tipos principales de patrones de calidad de apego.

BIBLIOGRAFÍA:

1. AINSWORTH, M. AND COLS (1978/2008). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. Clinical Psychology and Psychotherapy Clin. Psychol. Psychother. 15, 276–285 (2008) www.interscience.wiley.com
2. AINSWORTH MARY D.S. 1979. Infant-Mother Attachment. American Psychologist, Vol. 34, No. 10, p: 932-937
3. ARCIERO, G.(2000) "Del Apego a la Psicopatología" Conferencia-Coloquio. Santa Cruz Tenerife-España. Transcripción: Servando David Trujillo Trujillo
4. ARCIERO,G. (2005) "Estudios y diálogos sobre identidad personal". Editores Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
5. ARCIERO, G. (2010) Apuntes de clases, Curso "Más allá de la racionalidad". Universidad Adolfo Ibáñez.
6. BLACK , S, y cols (2006) "Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy".The American Journal of Family Therapy, 34:205–218.
7. BERNIER, A. (2009) "Intergenerational Transmission of attachment in Father-Child Dyads: The Case of Single Parenthood. Montreal, Canadá. The Journal of Genetic Psychology, Vol 170(1), 31–51.
8. BLEICHMAR H (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. Apertura Psicoanalítica Hacia Modelos integradores Revista Internacional de Psicoanálisis (9). En: <http://www.aperturas.org/>
9. BOTELLA,L. Y GARCÍA DEL CID (2008), Resultado y proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora Vol. 26, número 2, págs. 229-241. de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla
10. BRETHERTON,I.(1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. En J. Osofsky (Ed.) Handbook of infant development, 2ª ed., Nueva York: Wiley.
11. BORDIN, E. S. (1994). "Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions". In A. O. Horvath and L. S. Greenberg. " The

- working alliance: Theory, research, and practice". Oxford, England: Wiley, pp13-37.
12. BOWLBY, J. (1969/1998). "El Apego". El apego y la pérdida I .Paidós Ibérica S.A. Barcelona, España.
 13. BOWLBY, J. (1979). El papel de la experiencia de la infancia en el trastorno cognitivo. En Cognición y Psicoterapia. Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). Barcelona, España: Paidós.
 14. BOWLBY, J. (1973/1998). "La Separación". El apego y la pérdida II. Editorial Paidós Ibérica S.A. 1998. Barcelona, España.
 15. BOWLBY, J. (1980/1998) "La Pérdida. Tristeza y depresión". El apego y la pérdida III. Paidós Ibérica S.A. Barcelona, España.
 16. BOWLBY, J. (1989) "Una Base segura, aplicaciones clínicas de una teoría del apego". Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, España.
 17. BUSTOS, M.(2008) "Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo del apego" MREV CHIL NEURO-PSIQUIAT N° 46 (3): 207-215
 18. CICCETTI, D. (1990) "A Historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. Capítulo 1 en Rolf, J and Masten A. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press. New York, USA.
 19. CORBELLA, S Y BOTELLA, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]. En Anales de Psicología. Volumen 19, número 2 (diciembre), 205-221. Universidad de Murcia, España. http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
 20. CORTINA, M. (2003) " Reseña apego e intersubjetividad Diamond y Marrone, New Cork:Wiley. N° 024. www.aperturas.org
 21. CRITTENDEN, P (2000a). "Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia" Revista de Psicoterapia, 41, 67-82, Santiago, Chile.
 22. CRITTENDEN, P.(2000b) "The organization of attachment relationships". Cambridge University Press. New York, USA.
 23. CRITTENDEN, P. (2002a) "Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego". Promolibro Valencia, España.

24. CRITTENDEN. P (2002b) "Attachment, information processing, and psychiatric disorder". World Psychiatry 1:2 – June. Family Relations Institute, Miami, USA: www.patcrittenden.com
25. CRITTENDEN, P.(2005a) Attachment & Cognitive Therapy. Class from www.patcrittenden.com
26. CRITTENDEN, P. (2005b). Attachment Theory, Psychopathology, and Psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach. Psicoterapia, 30, 171-182. Family Relations Institute, Inc. Miami, USA. www.patcrittenden.com
27. CRITTENDEN,P. (2005c) "Cognitive Psychotherapy" Conference in International Congress on Cognitive Psychotherapy Gøteborg, Sweden, June, 2005 www.patcrittenden.com
28. CRITTENDEN P. (2006) "A Dynamic-Maturational Model of Attachment". ANZJFT Volume 27 Number 2 pp. 105-115
29. CRITTENDEN,P. CLAUSSEN, A. AND KOZLOWSKA, K. (2007) "Choosing a Valid Assessment of Attachment for Clinical Use: A Comparative Study". ANZJFT Volume 28 Number pp. 78-87.
30. CRITTENDEN, P . (2008) "Raising Parents". Willan Publishing, Portland, USA.
31. CONNORS, M. (2006) Symptom focused Dynamic psychotherapy Analytic Press in Mahwah, NJ
32. ECO, U (2001). "Cómo se hace una tesis". Versión Castellana de Baranda y Clavería. Editorial Gedisa S.A.
33. EGELAND, B., JACOBVITZ, D. y SROUFE, L.A. (1988). "Breaking the cycle of abuse". Child Development, 59 ,1080-1088.
34. EMDE, R. (1981) Changing models of infancy and the nature of early development: remodeling the foundation. Journal of American Psychoanalytic Association, 29, pp179-219.
35. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H. (2004) "La integración en psicoterapia: Manual práctico". Editorial Paidós Ibérica. S.A. Barcelona, España
36. FEENEY, J.A. y NOLLER, P . (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 281-291.

37. FEENEY, J. NOLLER, P.(2001) "Apego adulto". Editorial Desclée de Brouwer S.A. Bilbao-España.
38. FONAGY, P. AND TARGET, M. (1997) "Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9, pp 679-700.
39. FONAGY, P y cols. (2004) "Afect regulation, mentalization, and the development of the self". Other press LLC. New York, USA.
40. GARRIDO ROJAS, L (2006) Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*.
41. GREEN, V. (2006) Emotional development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience: Creating Connections. Hove and New York. pp. 248-256.
42. GREENBERG, L., RICE, L. ELLIOTT, R. (1993). Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto. Barcelona: Paidós.
43. GUIDANO, V. (1997) " Relación entre vínculo y significado personal una perspectiva narrativa para explicar el proceso de cambio". Curso - Taller organizado por la Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista/ U. Diego Portales. Transcripción: Angélica Carrasco. Corrección: Augusto Zagmutt.
44. GUIDANO, V. (1999/2001). "El modelo cognitivo posracionalista, hacia una reconceptualización teórica y crítica" Compilación y notas Quiñones, A. Editorial Desclée De Brouwer. Bilbao, España.
45. GUIDANO, V. y LIOTTI, G. (1983). "Procesos Cognitivos y Desórdenes Emocionales". Editorial Cuatro Vientos. Santiago, Chile.
46. GUIDANO, V. (1987). La complejidad de sí mismo: Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Saavedra, M. A. (traductora). Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
47. GUIDANO, V. (1994). El sí mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
48. GUIDANO, V. (1997). El estado de la cuestión en la terapia cognitiva posracionalista. En *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Caro, I. (compiladora). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.

49. GUIDANO, V. (1999a). La autoobservación en la psicoterapia constructivista. En *Constructivismo en Psicoterapia*. Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (compiladores). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
50. GUIDANO, V. (1999b). Psicoterapia constructivista: Un marco teórico. En *Revista de Psicoanálisis*. Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (compiladores). Noviembre 2002 - Número12. Extraído de <http://www.aperturas.org>
51. GUIDANO, V. (1999C). El modelo cognitivo postracionalista: Hacia una reconceptualización teórica y crítica. Quiñónes, A. (compilador). Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
52. HAZAN, C AND ZEIFMAN, D (1999). "Pair bonds as attachments". In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336: 354). New York: Guilford Press.
53. HAZAN, C., AND SHAVER, P. (1987). "Romantic love conceptualized as an attachment process". *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
54. HELLER M.B., (2010) "Attachment and its relationship to mind, brain, trauma and the therapeutic endeavour". In R. Woolfe, S.Strawbridge, B. Douglas, & W. Dryden. *Handbook of Counselling Psychology 3rd edition*, pp 653 – 670. London: Sage.
55. HOLMES, J. (1996). *Attachment, intimacy, autonomy: Using Attachment theory in adult psychotherapy*. Lanham, MD: Aronson.
56. HOLMES, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy*. London: Brunner- Routledge.
57. ISABELLA, R.A. (1993). Origins of attachments: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.
58. JANZEN, J, FITZPATRICK, M, AND DRAPEAU, M.(2008) Processes involved in client-nominated relationship building incidents: client attachment, attachment to therapist and session impact. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, training*. Vol 45 N° 3, 377-390. McGill University, Quebec Canadá.
59. JELLEMA, A. (1999). "Cognitive Analytic Therapy: Developing its Theory and Practice Via Attachment Theory" . *Psychology Partnership, Priority*

- Healthcare Clinical Psychology and Psychotherapy. Clin. Psychol. Psychother. 6, 16-28.
60. KRAUSE, M. (2001, Noviembre). ¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo?. Trabajo presentado en Coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
 61. KRAUSE, M. y Cols (2006) Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 38, No 2, pp 299-325.
 62. KOHUT, H. (1971), *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
 63. KÜHNE, W. (1999). ¿De qué hablan los cognitivos cuando hablan de inconsciente? En Memorias de las primeras jornadas clínicas del Caps. Pág. 41-54. Departamento de Psicología. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
 64. KHÜNE, W. (2006) “integración del modelo psicoterapéutico cognitivo”. Apunte disponible en www.khune.cl
 65. LUBORSKY, L. (1976). “Helping alliances in psychotherapy”. In Claghorn, J. Successful psychotherapy New York: American Psychological Association. pp. 368–377.
 66. MAHONEY, M. J. (1997). Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teorías, investigación y práctica. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer.
 67. MAHONEY, M,J. (2003/2006) “Constructive Psychotherapy, Theory and practice. Guilford Publications, INC. New York, USA.
 68. MAIN, M. Y SOLOMON, J., 1986. Discovery of a New, Insecure disorganized/disorientated Attachment Pattern. In T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds), Affective Development in Infancy, Norwood, NJ.
 69. MAIN, M AND SOLOMON,J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M. Cicchetti D y Cummings E. Attachment in the preschool years pp 121-160. Chicago. University Chicago Press.
 70. MAIN, M. y HESSE, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant deorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. En M.T. Greenberg, D.

- Cicchetti y E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press.
71. MAIN M (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment. Flexible and inflexible attachment under attachment related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48, 4 pp 1055-1127.
 72. MARTÍNEZ, C. (2005) EVALUACIÓN DEL APEGO ADULTO, UNA REVISIÓN. *PSYKHE*, Vol. 14, Nº 1, 181 – 191
 73. MALLINCKRODT, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome of brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40,25–32.
 74. MARRONE, M. (2001). "Teoría del apego, un enfoque actual" Editorial Psimática. Madrid-España. Riviere, A. & Núñez, M. (1996). La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales. Buenos Aires: Aique.
 75. MATURANA, H. Y VARELA, F. (1989). El árbol del conocimiento. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
 76. MEANEY, M. (2004) "The nature of nurture: Maternal effects and Chromatin remodeling" Capítulo 1, pp. 1-15. En Cacioppo, J and Berntson, G. "Essays in social neuroscience". A Bradford Book. Massachusetts Institute of Technology.
 77. MIKULINCER, M., and SHAVER, P. R. (2001). Attachment theory and intergroup bias: Evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 97-115.
 78. MIKULINCER, M (2007) Attachment in Adulthood: Structure, dynamics and changes. Guilford publications INC. New York, USA.
 79. MORALES, S. SANTELICES, M. (2007) "Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia". *TERAPIA PSICOLÓGICA*, Vol. 25, Nº 2, 163-172
 80. MULLER, R. AND ROSENKRANZ, S.(2009) "Attachment and treatment response among adults in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder" *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training American Psychological Association*, Vol. 46, No. 1, 82–96

81. OBEGI, J. (2008) "The development of the client–therapist bond through the lens of attachment theory". California, USA. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training by the American Psychological Association*, Vol. 45, N°. 4, pp431–446
82. O'CONNOR, M. J., SIGMAN, M., KASARI, C. (1992). Attachment behavior of infants exposed to alcohol prenatally: Mediating effects of infant affect and mother–infant interaction. *Developmental Psychopathology*, 4, 243–256.
83. OLIVA DELGADO, A.(2005). "Estado actual de la teoría del apego". Apuntes del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla. Sevilla, España.
84. PERRIS, C.(2000) "Personality-related Disorders of Interpersonal Behaviour: A Developmental-constructivist Cognitive Psychotherapy Approach to Treatment Based on Attachment Theory" Umea° University, Department of Psychiatry and WHO Collaborating Centre for Research & Training in Mental Health and The Swedish Institute of Cognitive Psychotherapy, Stockholm, Sweden
85. PINEDO PALACIOS, J. SANTELICES, P. (2006) "Apego adulto: Los modelos Operantes Internos y La Teoría de la Mente". *Terapia Psicológica*, diciembre, Vol 24 N°002. Santiago, Chile. pp.201-209.
86. REDA, M. (1994) "Sistemas cognitivos complejos y psicoterapia". Material de apoyo Biblioteca CAPS.
87. RYUM, T. VOGEL, P., HAGEN, R., STILES, T. (2008) Memories of Early Attachment: The Use of PBI as a Predictor of Outcome in Pessó–Boyden System Psychomotor (PBSP) Group Therapy, Cognitive–Behavioural, Group Therapy (CBGT), Individual Cognitive–Behavioural Therapy (CBT) and Individual Treatment. As Usual (TAU) with Adult Out-Patients. *Clin. Psychol. Psychother.* 15, pp. 276–285. Published on line in Wiley interscience. www.interscience.wiley.com.
88. RUIZ, J. Y CANO, J. (1992/2005). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. Capítulo 8: La relación terapéutica como vía de cambio cognitivo. Publicado online 2005 en <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual8.htm>

89. SAFRAN, J. Y SEAGAL, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Barcelona, España: Editorial Paidós Ibérica.
90. SAFRAN, J. Y MURAN, J. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: Guilford Press.
91. SAFRAN, J. (2002). Tratamiento psicoanalítico relacional breve. Artículo extraído de *Revista de Psicoanálisis*. Noviembre 2002 - Número12. Madrid, España. Extraído de <http://www.aperturas.org>
92. SAFRAN, J. (2005) “La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional”. Editorial Desclèe de Brouwer S.A. Bilbao-España.
93. SCHORE, A.N. (2000). “Early relational trauma and the development of the right brain”. Unpublished invited presentation, Anna Freud Centre. London, England, March, 2000.
94. SCHORE, A. N. (2001) *Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally orientated psychoanalytic psychotherapy*. *British Journal of Psychotherapy* Vol 17, No 3, Spring 2001.
95. SHAVER, P.; BELSKY, J.; BRENNAN, K. (2000) The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
96. SHAVER, PHILLIP & MIKULINCER MARIO (2002). Attachment-Related Psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 2002, 4: 133-161.
97. SCHUENGEL, C. AND STERKENBURG, P. (2009) “Supporting Affect Regulation in Children With Multiple Disabilities During Psychotherapy: A Multiple Case Design Study of Therapeutic Attachment”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. American Psychological Association 2009, Vol. 77, No. 2, 291–301.
98. SIEGEL, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
99. SIEGEL, D. J. AND HARTZELL, M. (2003). *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: Tarcher/Putnam.
100. SIMPSON, J. AND RHOLES, W. (1997). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press.
101. SLADE, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy for adults. In Cassidy, J and

- Shaver, P. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications pp. 575: 594. New York: Guilford Press.
102. SONKIN, D (2000) "Psychotherapy with Attachment and the Brain in Mind". Sausalito, CA. www.danielsonkin.com
 103. SONKIN, D. AND DUTTON, D (2003). "Treatment assaultive men from an attachment perspective". In Dutton, D and Sonkin, D. Intimate Violence: Contemporary Treatment Innovations. New York: Haworth Publishing.
 104. SONKIN, D. (2005) "Attachment Theory and Psychotherapy". Therapist, Vol 17, N°1, pp 68-77.
 105. SROUFE L.A. (1995). "Emotional development: The organization of emotional life in the early years". New York, NY: Cambridge University Press.
 106. SROUFE, L. CARLSON, E. LEVY, A. (1999) Implications of attachment theory for developmental psychopathology Development and Psychopathology, 11 (1999), 1–13. Cambridge University Press Printed in the United States of America.
 107. STERN, D (1985). "The interpersonal world of the infant". N.Y.: Basic Books.
 108. STERN, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. Infant Mental Health Journal, Vol. (19), 300-308.
 109. STERN, D (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: W. W. Norton & Company.
 110. TRACEY, T. J. Y KOKOTOVIC, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. Psychological Assessment, 1, 207-210.
 111. TRYON, G.S. Y KANE, A.S. (1995). Client Involvement, Working Alliance, and Type of Therapy Termination. Psychotherapy Research, 5(3), 189-198
 112. VALDÉS, N. (2003). "Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica". Edición electrónica en disponible en web www.Psicocentro.com. Consultada 10 de septiembre 2008
 113. VANDERHEIDE, N. (2009). A Dynamic Systems View of the Transformational Process... Int. J. Psychoanal. Self Psychol., 4:432-444

114. VARGAS, A. Y CHASKEL, R (2007) "Neurobiología del apego". Avances en psiquiatría biológica vol. 8.
115. WENK, E. (2001). Apuntes Asignatura Metodología de la Investigación Científica en Psicología. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
116. WILEY AND SONS, (2000) "Clinical Psychology and Psychotherapy" Clin. Psychol.Psychother. Vol 7, 97–117.
117. YÁÑEZ, J. (1999). Encuadre psicoterapéutico cognitivo de adultos. Grupo cognitivo adultos en Memorias de las primeras jornadas clínicas del CAPs: La formación del Psicólogo Clínico. CAPs. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago, Chile
118. YÁÑEZ, J. Y COLS. (2001). Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia. En Revista de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Volumen X, Número 1. 97 – 110. Santiago, Chile.
119. YAÑEZ, J. (2005). "Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia". APUNTES MAGÍSTER PSICOLOGÍA CLÍNICA ADULTOS U. DE CHILE.
120. ZAGMUTT, A. Y SILVA, J. (1999). Conciencia y Autoconciencia: Un enfoque constructivista [versión electrónica]. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. Año 53, Volumen 37, número 1. Santiago, Chile.
121. ZAGMUTT, A. (2004) "La Técnica de la Moviola; La Metodología Autoobservacional en el Constructivismo Posracionalista". Publicado en el libro "Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental, Prácticas Clínicas". Capítulo 52. Editores Cristiano Nabuco de Abreu y Hálío José Guilhardi. Roca. Sao Paulo.

122. ZAGMUTT, A. (2008) "PSICOTERAPIA Y PROCESOS EMPATICOS". Conferencia plenaria ofrecida en el VII° Congreso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas y II° Congreso Uruguayo de Psicoterapia Cognitivo Conductual efectuado en Montevideo, Uruguay.

123. ZAGMUTT, A. (2010). "Vínculos Afectivos, Mentes contactadas". Uqbar Editores, Santiago, Chile.