



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**Rol de la Teoría de Apego como Factor de Cambio en la Gestión Terapéutica  
desde el Enfoque Constructivista Cognitivo**

**Tesis para optar al grado de Magíster**

**Claudia Espinosa Núñez**

**Profesor Guía**

**Dr. Juan Yáñez Montecinos**

**Santiago de Chile, año 2015**

## TABLA DE CONTENIDOS

---

<b>TABLA DE CONTENIDOS</b> .....	<b>ii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>iv</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>5</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
<b>CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA</b> .....	<b>7</b>
Supuestos Básicos en la Epistemología Constructivista .....	7
Aplicación a la Psicoterapia.....	9
El Modelo Cognitivo Posracionalista, Vittorio Guidano .....	11
El Modelo Constructivista Cognitivo, Juan Yáñez.....	15
La intervención terapéutica en Guidano y Yáñez.....	22
Síntesis.....	26
<b>TEORÍA DEL APEGO</b> .....	<b>29</b>
Concepto y definición de apego .....	29
Rol de las expectativas en la Teoría del Apego.....	31
Descripción de los Patrones de apego. ....	33
Los Patrones de Apego y su Estabilidad durante el Ciclo Vital .....	42
Apego adulto .....	44
Apego y regulación afectiva.....	46
Apego y psicopatología.....	47
Síntesis .....	53
<b>PSICOTERAPIA Y CAMBIO</b> .....	<b>54</b>
Antecedentes Empíricos.....	54
Psicoterapia y Proceso Terapéutico.....	56
Los Estudios de Efectividad y los Factores de Cambio.....	59
Factores Comunes .....	59
1. <u>Creencias y Expectativas del cliente</u> .....	60
2. <u>Habilidades y Competencia Percibida del Terapeuta</u> .....	61
3. <u>Relación y Alianza Terapéutica</u> .....	62
Factores Específicos .....	64
Cambio terapéutico.....	65
Síntesis .....	67
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>69</b>
Apego como explicación de la psicopatología .....	75
Apego y cambio terapéutico .....	76
Limitaciones de este estudio.....	78

Posibles líneas de investigación .....	79
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>81</b>

## RESUMEN

---

El presente trabajo tiene por objetivo realizar un análisis teórico considerando y exponiendo para ello un marco epistemológico constructivista, del cual se desprenden dos modelos teóricos, a saber, el modelo Constructiva Cognitivo propuesto en su tesis doctoral por Juan Yáñez y el modelo Posracionalista de Vittorio Guidano.

En primer lugar se exponen teóricamente estos modelos, ya que tienen implicancias técnicas en el quehacer terapéutico y por ello se considera su conceptualización con relación al cambio en psicoterapia. Por otro lado, se considera en el análisis la teoría del Apego, la cual se encuentra entrelazada con los modelos teóricos planteados al considerar una mirada evolutiva del ser humano.

Luego se describe los avances teóricos de la teoría del apego y se trata de dilucidar su rol en el disfuncionamiento psíquico, para establecer evidencia teórica respecto al rol del apego en la patología. Además, se revisan las teorías sobre cambio terapéutico y dentro de ellos se revisa la evidencia y estudios que sustentan la alianza terapéutica como factor de cambio común.

Para finalmente discutir teóricamente si la relación terapéutica se puede considerar una relación de apego y si esta podría explicar, o estar involucrada, en el cambio. Se realiza una discusión considerando los elementos expuestos tratando de establecer un puente teórico entre la relación terapéutica y relación de apego, diferenciándola y proponiendo un concepto teórico que explicita y contenga la dinámica propia que se establece en el setting terapéutico, regulado por el encuadre.

## INTRODUCCIÓN

---

Desde el punto de vista de la historia del saber y el conocimiento, el siglo XX puede ser entendido como la época del posicionamiento de las reflexiones del ser humano en torno a los núcleos disciplinares llamados Ciencias Sociales, escenario en que la psicología y la psicopatología devienen en prácticas empírica y socialmente respaldadas para la “curación” de personas. Así, el concepto de “salud mental” ocupa un lugar nuevo en el mapa de saberes de occidente, aparejado a una serie de procesos y tecnologías basadas en la validación y promoción de una forma de interacción social destinada a la regulación del bienestar de los individuos que llamamos psicoterapia.

A lo largo de las décadas, distintos autores proponen consideraciones teóricas diversas, circunscritas a su vez a premisas epistemológicas que suponen una u otra aproximación a la relación que se establece con quienes precisan de ayuda. En tal sentido, el fenómeno de la relación entre el terapeuta y la persona que consulta (que de aquí en más será llamada relación terapeuta-paciente) ha sido de gran interés para las distintas corrientes de psicología clínica, reconociendo su valor en el proceso de curación. Ya en 1994 Safran y Segal hacían notar el aumento en los estudios que apuntaban a que los pacientes perciben la relación terapéutica como esencial, hecho que ocurre de manera independiente a cómo lo perciban los terapeutas.

Tras veinte años de tal afirmación, aún no es posible responder de manera unívoca a la pregunta de cuánto de la centralidad de la relación terapéutica explica el origen, ocurrencia e implicancias del cambio curativo (Bachelor y Horvath, 1999). Dos grandes líneas de investigación y comprensión de este fenómeno pueden ser consideradas como dominantes en el mismo periodo: por un lado, la línea de los factores comunes, que indica que independiente del enfoque teórico empleado, hay características del paciente, terapeuta y la interacción que se produce entre ambos que explican la efectividad del quehacer psicoterapéutico (Fernández-Álvarez, 2003; Krause,

2005; Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Iribarra y Müller, 2008); y por otro, la línea de los factores específicos, que indica la presencia de técnicas específicas y útiles para cada tipo de malestar clínico presentado, desligados por tanto de consideraciones genéricas respecto del hacer terapéutico.

Mientras que esta disparidad aparece en el ámbito de la psicología como ciencia aplicada, hallazgos propios de la ciencia básica vienen a complejizar la búsqueda de respuestas definitivas para explicar el cambio terapéutico. En particular, la teoría del apego, aparecida a mediados del siglo pasado, cobra en las últimas tres décadas un rol protagónico en el contexto de tal búsqueda.

Sea porque se trata de una integración teórica muy propia de la psicología como disciplina, capaz de incorporar distintos aspectos del fenómeno humano (biológica, social), sea porque los planteamientos centrales de Bowlby hacen referencia a aspectos relativamente fáciles de asimilar intuitivamente (la tendencia general de mantener la proximidad física por parte de un mamífero inmaduro a un adulto preferido, generalmente la madre; la existencia de una relación causal entre las experiencias primarias con el cuidador y la futura capacidad para establecer vínculos afectivos; la referencia permanente a las emociones como procesos de conocimientos complejos y constitutivos del ser humano; el énfasis evolutivo de la sobrevivencia como un interés común a todos los sujetos de la especie), resulta esperable y hasta predecible que distintas miradas teóricas, abocadas a explicar y mejorar los procesos de curación en terapia, incorporen el enfoque del apego como un eje relevante en sus planteamientos.

De tal modo, no sólo los modelos derivados del psicoanálisis encuentran en la teoría del apego un respaldo a las ideas e hipótesis de Freud, sino que de modo progresivo distintos modelos que consideran la variable evolutiva como explicación del fenómeno humano se benefician del trabajo de Bowlby y sus continuadores. Sin embargo, el volumen de evidencia acumulado por la teoría del apego es amplio y progresivo, hecho que justifica revisar los alcances que puedan llegar a tener tales descubrimientos, en especial en aquellos modelos constructivistas que han incorporado

de forma activa y sistemática la teoría del apego como parámetro explicativo válido tanto del funcionamiento normal como de la desregulación.

Tanto el constructivismo cognitivo como el posracionalismo de Guidano podrían verse enriquecidos al considerar e integrar los aportes y avances que se han producido en la teoría del apego en los últimos años. No sólo ha aumentado el conocimiento acerca de cómo las personas se vinculan a lo largo del ciclo vital, sino que también ha servido como modelo explicativo de la psicopatología. Es opinión de esta autora que un examen detallado de la teoría del apego en su estado actual podría iluminar aspectos de la relación terapéutica que podrían contribuir a explicar y dilucidar su rol dentro del cambio terapéutico y así complementar y enriquecer los modelos constructivistas mencionados en su quehacer clínico.

La presente tesis, por tanto, sitúa el eje de sus reflexiones en torno a la posibilidad de homologar el fenómeno de la relación terapéutica con la teoría del apego, o en otros términos, hasta qué punto se puede entender la relación terapeuta-paciente como una relación de apego. Si esta correspondencia pudiera llegar a establecerse, también se haría importante pesquisar cuáles podrían ser los alcances teóricos de esta equivalencia, y concordantemente, cuál sería el correlato técnico que implicaría este puente teórico en miras de ser establecido.

También en esta línea se plantea la posibilidad de re-visitar el análisis de los aspectos de la relación terapéutica que contribuyen a generar las condiciones creadoras de cambio, poniendo el foco de atención en el rol que juega el sistema de apego conformado por cliente-terapeuta, que es activado por la dinámica de la relación terapéutica (Sonkin, 2005). Por ejemplo, dado que la base de apego seguro es una de las variables constitutivas de la relación terapéutica ligada al estilo vincular del terapeuta, la psicoterapia podría orientarse, de manera intencionada, como una experiencia vincular que permita crear nuevas formas de relacionarse, es decir, podría ser una experiencia emocional correctiva, donde el terapeuta se convierta en figura de apego significativa y transitoria que genere las condiciones para que se establezca una relación íntima emocionalmente (Crittenden, 2000).

Asimismo, es importante considerar cómo esta integración teórica puede dar cuenta de la técnica, en el sentido de poder intencionar la observación del patrón vincular del cliente con el fin de re-evaluar su funcionalidad y aprender nuevos métodos de regulación emocional que permitan al cliente vivenciar nuevos patrones relacionales que sean más adaptativos y funcionales (Sonkin, 2005).

En síntesis esta investigación bibliográfica pretende, en primer lugar, realizar un análisis teórico que permite vincular los conceptos de apego y relación terapéutica para discutir sus alcances técnicos. En segundo lugar, desarrollar un constructo teórico definido como Relación Técnica de Apego (RTA) que explica la relación de apego que se establece en el contexto psicoterapéutico.

El fin de esta investigación es constituir un aporte teórico que contribuya a la explicación desde el modelo Constructivista Cognitivo respecto de los elementos que se ponen en juego en una vinculación psicoterapéutica.



## METODOLOGÍA

---

### **Objetivo general**

Establecer un puente teórico entre el concepto de relación terapéutica y relación de apego junto con discutir sus alcances técnicos.

### **Objetivos Específicos**

- Establecer las bases conceptuales que permiten relacionar alianza terapéutica y el apego dentro del quehacer clínico de los Modelos Constructivista Cognitivo, Posracionalista.
- Describir la alianza terapéutica desde los referentes teóricos provistos por la teoría del apego, y sus alcances en la gestión terapéutica.
- Desarrollar y exponer herramientas teóricas que permitan comprender la psicopatología y el cambio a partir de las descripciones establecidas.

### **Metodología**

El presente trabajo corresponde a un Estudio Teórico según la clasificación propuesta por Montero y León (2007), el cual se caracteriza porque el autor no aporta datos empíricos originales, ni presenta nuevos análisis de datos recogidos publicados con anterioridad, sino que presenta avances teóricos y actualización de modelos teóricos en relación a un tema determinado.

La investigación Documental se centra en recopilar información escrita, acerca el paradigma Constructivista que sirve de base teórica conceptual que permite entender el desarrollo de los modelos posracionalistas de Vittorio Guidano y Constructivismo Cognitivo propuesto en su tesis doctoral por Juan Yañez. Esta recopilación de información se realiza a través de documentos publicados en forma de libros, artículos, de autores relacionados a los temas abordados (Muñoz, 1998).

Siguiendo con la investigación y considerando que los modelos mencionados consideran el apego dentro de su propuesta teórica como uno de los elementos fundamentales en la configuración de la persona y su subjetividad, se recopila información del concepto para finalmente poder discutir, analizar y teorizar acerca del rol del apego en la gestión terapéutica y su preponderancia en el cambio. Es Exploratoria, ya que su objetivo es indagar acerca del rol del apego y su relación con el cambio en psicoterapia, y Descriptiva en tanto pretende describir el rol del terapeuta en el modelo Cognitivo Constructivista considerando los aspectos antes mencionado.

## MARCO TEÓRICO

---

### CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA

En este primer apartado, se describirá las características de la epistemología constructivista consideradas como fundamentales para enmarcar la concreción de los objetivos de este trabajo, para luego considerar cómo sus supuestos básicos se hacen parte de dos modelos teóricos particulares que considera de manera relevante la teoría del apego en relación con el cambio en psicoterapia.

#### Supuestos Básicos en la Epistemología Constructivista

En una larga tradición de autores y corrientes filosóficas, es posible distinguir al constructivismo como una corriente epistemológica que cuestiona las concepciones “tradicionales” acerca de la realidad, la posibilidad de su conocimiento, y las características del observador y su actividad cognoscente (por tanto, su actividad mental), proponiendo la revisión y reflexión sostenida acerca de estos aspectos (Neimeyer y Mahoney, 1998; Feixas & Villegas, 2000)

En tanto reflexión acerca de la realidad, el constructivismo rechaza el realismo ingenuo positivista, desde el que se asume que el mundo es factible de ser conocido “tal cual”, y propone un amplio abanico de posibilidades epistemológicas, que transitan desde el *constructivismo radical* (no hay una realidad en sí fuera del sujeto que conoce, sino que sólo hay perturbaciones que se convierten en información), hasta un realismo crítico (hay una realidad fuera del sujeto, pero el sujeto cognoscente no puede acceder a ella en su totalidad, sino sólo a aproximaciones). De cualquier modo, y salvando las diferencias entre los distintos teóricos, en el constructivismo se entiende que no existe

una realidad independiente del sujeto cognoscente, a quién de aquí en adelante llamaremos “observador”. En palabras de Maturana, uno de los constructivistas más radicales (1997) el cambio de concepción será desde un *uni-verso* hacia un *multi-verso*, donde cada *verso* es igualmente válido y único.

¿Cómo entender entonces la constitución de la realidad desde el constructivismo? La respuesta general es que la realidad sería una creación del lenguaje, que sólo puede surgir a partir de las interacciones interpersonales, es decir, como consecuencia de una actividad social intrínsecamente intersubjetiva. De esto se sigue, además, que la realidad sólo es posible desde la experiencia (Yañez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva & Vergara, 2001). En esta perspectiva, el lenguaje no es una representación de la realidad, sino una forma activa de creación, de modo que a través de las palabras se crean nuevas realidades sociales (Nardi y Moltedo, 2009; Neimeyer, 2013).

Si la realidad es cuestionada en su naturaleza única, y la posibilidad de su conocimiento es puesta en duda, el constructivismo implica también un quiebre con los modelos de correspondencia, en los que el conocimiento construido acerca de la realidad que se quiere conocer es una suerte de mapa reducido de un territorio al que se puede acceder directamente. Los distintos autores constructivistas proponen versiones que prescinden de la objetividad como propósito y asumen la subjetividad como una característica inherente a los nuevos procesos de conocimiento. De este modo, el conocimiento se transforma en una serie de modelos de construcción, tentativos y superables, que nos aproximan a la realidad del mejor modo posible en un momento dado, y en donde es incluso deseable el cruce de subjetividades para lograr un acercamiento intersubjetivo y de acuerdo, sobre la realidad (Keeney, 1988; Watzlawick, 1994; Feixas y Villegas, 2000).

Finalmente, la mayor parte de las versiones del constructivismo conciben la relación sujeto/realidad en una dinámica que coexiste en un proceso de construcción recíproca e interdependiente, o en otros términos el observador es activo en la producción de modelos de realidad, y la realidad varía al tiempo que aquel la construye.

Más aún, el fenómeno de “conocer” es obra de una mente que no puede seguir siendo entendida como un receptor pasivo de estímulos ambientales, sino más bien como una entidad activa y en evolución a lo largo del tiempo. Gracias a su actividad mental, el observador realiza una construcción de realidad, y es parte integrante de lo que observa, prescindiendo de un papel privilegiado u objetivo sobre tal construcción. Cualquier observación es autorreferencial, y será más o menos válida en la medida en que genera coherencia con el curso de la experiencia del observador que la significa (Camejo, 2006).

### **Aplicación a la Psicoterapia**

El constructivismo aplicado al ámbito de la psicología se caracteriza por constituir un paradigma cuya diversidad de exponentes intencionalmente enuncian la relación entre la base epistémica que consideran como marco de comprensión del mundo, los modelos de realidad circunscritos a tal marco, y las implicaciones para la acción e intervención, logrando de este modo lo que Feixas & Villegas (2000) denominan "una articulación completa entre epistemología, teoría y práctica".

Más específicamente, desde el punto de vista de la psicología clínica, se considera tres características del constructivismo que aparecen interrelacionadas al ser consideradas en este campo concreto de aplicación:

- 1) concibe al sujeto como activo en su experiencia
- 2) la mayoría de los procesos de ordenamiento son tácitos
- 3) se tiende a favorecer los procesos de mantenimiento a través de la autoorganización que refleja la experiencia y los procesos psicológicos (Neimeyer, 2013).

En línea con esto, desde el punto de vista de Mahoney (1988), el constructivismo aplicado a la psicología clínica implica a lo menos tres características relevantes:

- 1) el conocimiento es visto como un proceso proactivo;
- 2) se considera una estructura nuclear morfogenética;
- 3) se entiende un desarrollo auto-organizativo de la vivencia personal.

Dicho en otras palabras: el sujeto es activo en la construcción de su mundo; los procesos humanos se organizan en torno a procesos nucleares o centrales; y los sistemas humanos se organizan a sí mismos, preservando la integridad y coherencia que les hacen viables en su continuidad.

Las implicancias de esta postura epistemológica en el trabajo terapéutico son amplias y verificables, en este sentido la psicoterapia se puede concebir como una negociación contundente de significados cuyo objetivo es entender y re-elaborar aquellas construcciones que realiza el paciente para articular sus vivencias. Aspectos como la manera en que el terapeuta se va a relacionar con el paciente, o la forma en que se considerará el o los objetivos terapéuticos, mantendrán el sello epistémico descrito. Por ejemplo, se puede afirmar que la tarea del terapeuta será la de un investigador que invita al cliente a poner a prueba distintas hipótesis de mundo, que puede ser más o menos falibles dependiendo, entre otros elementos, de la historia de experiencias del paciente. Esta tarea se sustenta en un tipo de interacción particular llamada *relación terapéutica*, que permite la colaboración de ambos en pro de un objetivo en común: reconstruir la realidad que para el paciente resulta perturbadora (Feixas & Villegas, 2000).

Considerando el enfoque colaborativo, reflexivo, el terapeuta adquiere un compromiso empático y respetuoso con el discurso narrativo del paciente basado en su experienciar, el terapeuta no decide los nuevos significados que se crearán, sino colabora en el reconocimiento de aquellos significados que serían incompatibles y participa en la búsqueda de nuevas alternativas, es decir colabora co-construyendo con el paciente

mundos alternativos que amplíen el espectro de perspectivas mediante las cuales pueda visualizar y vivenciar otros escenarios posibles desde donde surjan re-significaciones de la experiencia a través del lenguaje (Neimeyer, 2013; Neimeyer y Mahoney, 1998).

Sin embargo, una característica derivada de las ya descritas es el énfasis puesto en los procesos personales de desarrollo, los que permiten delimitar una noción de historicidad evolutiva en la biografía de los pacientes que consultan. Con el objeto de reseñar este aspecto, se describe a continuación las características más relevantes de dos modelos, así como el énfasis en los procesos evolutivos que especifican, permitiendo una aproximación clínica al tema del apego y su aplicación práctica.

### **El Modelo Cognitivo Posracionalista, Vittorio Guidano**

La propuesta de Vittorio Guidano (1987, 1994, 1997, 2001 y 2006) supone una continuidad lógica con la visión conductual y luego cognitiva de la terapia, pero constituye un giro paradigmático constructivista y realista-crítico, que genera un modelo explicativo del funcionamiento humano y su desregulación, y un modelo de intervención centrado en la auto-observación.

Guidano (1994) propone una perspectiva epistemológica evolutiva del ser humano en la que, al igual que otros primates, la clave de la supervivencia de la especie depende de la coordinación con otros significativos en un mundo intersubjetivo complejo. Para que tal coordinación suceda y se haga viable la supervivencia a nivel individual, cada ser humano construye un sentido interno y personal de su experiencia vivida.

Tres consideraciones permiten entender esta premisa inicial:

1. El proceso de construir este sentido interno es el self (sí mismo). De este modo, para Guidano, el self es el proceso mismo de ordenamiento y de articulación de sentido de la experiencia.

2. La experiencia vivida es multinivelar: “sucede” en todos los dominios de conocimiento al mismo tiempo (sensorial, emocional, cognitivo, etc.).
3. Más allá de este "suceder" en múltiples niveles, en los seres humanos el desarrollo del lenguaje supone un cambio distintivo en el proceso de ordenar la experiencia:
  - a. Un nivel de ordenamiento más bien perceptual, emotivo que surge básicamente de la experiencia concreta de vivir (predominantemente tácito, inconsciente).
  - b. Un nivel de procesamiento secuencial, semántico y analítico (predominantemente consciente)

Para Guidano estos dos grandes niveles de ordenamiento están a la base de la construcción del *self* o *sí mismo*, a saber, experimentar y explicar. Este proceso estaría compuesto por el “yo” que experimenta y el “mí” que observa y evalúa, y en este sentido el “yo” va siempre un paso adelante del “mí”. De este modo, el *self* o *sí mismo* se constituye en una dinámica entre la vivencia de ser uno mismo (inmediata) y el de la explicación, que genera la imagen consciente de sí, en la cual se intenta hacer consistente y coherente la experiencia. Ambos niveles, experiencia inmediata y explicación, tienen la misma importancia para comprender el proceso, y esta sería una característica inherente a la especie humana (Guidano, 1994; Balbi, 1994).

A nivel de la experiencia inmediata operan las tonalidades emocionales como un sistema complejo de sintonización con el presente. Para Guidano (2001), las emociones modulan constantemente, segundo a segundo, la vivencia de estar en el mundo. Pero justo a continuación de esta modulación, gracias al uso del lenguaje, las personas son capaces de distinguir sus propios estados emocionales internos, y progresivamente desde la primera infancia, surge también la capacidad de regular estos propios estados emocionales en consonancia con los cuidadores.



En la historia personal, tales estados emocionales tienden a la repetición, de modo que los eventos importantes en la vida de las personas se articulan en torno a "llaves emocionales" que le permiten dar significado y estabilidad a su sí mismo. La relativamente acotada cantidad de emociones descritas en la literatura hacen sospechar a Guidano que las formas de significación que las personas pueden articular en su vida también debieran ser relativamente pocas.

Además, esta articulación es temática: los seres humanos construyen individualmente su propia historia, en la que cada escena es una experiencia vivida desde una modulación emocional particular, y en ella ordena las secuencias de eventos que la constituyen. De este modo la relación entre experiencia inmediata y explicación consciente resulta en una interpretación narrativa (una historia de eventos con inicio, desarrollo y desenlace) que genera el guión de la vida personal.

En tal punto, el paso lógico en los planteamientos de Guidano es la incorporación de la teoría del apego como un constructo auxiliar que permite entender las formas de ordenación que exhiben las personas desde el inicio de su vida. Basándose en el trabajo de John Bowlby y Patricia Crittenden, Guidano plantea que los estilos de apego descritos en la literatura de su tiempo son coincidentes con las formas de organización del sí mismo presentes en los cuadros clínicos que ofrecían mayor evidencia empírica como cuadros distinguibles en la investigación en el momento que plantea sus ideas (Guidano y Liotti, 2006). Tales formas de organización constituyen modos de funcionamiento característicos, y son denominadas Organizaciones de Significado Personal.

Guidano describe cuatro formas de organización del sí mismo que se desarrollan de una manera específica, con el fin de mantener la coherencia interna, y así mismo indica las situaciones en estas formas de organización se pueden desequilibrar generando trastornos psicopatológicos. Las OSP que describe son:

1. OSP Depresiva, en la cual el sentido personal es de “no ser querible”, en su historia los padres son percibidos como rechazantes o indiferentes. Con respecto al estilo de apego, priman los estilos evitativos-rechazantes (A).
2. Organización de Sigificado Personal Fóbica, el sentido personal es de “fragilidad Física”, se centran en la amenaza de que algo malo pueda suceder, presentan una alta autoestima. El estilo de apego que predomina es el coercitivo (C).
3. Organización de Significado DAP, el sentido personal que predomina es “difuso”, se centran en el rendimiento, buscan constantemente una intimidad sustentadora. El estilo de Apego es (A) pero más tardío ya que es un estilo que se genera en la adolescencia.
4. Organización de Significado Personal Obsesiva, el sentido personal es “ambivalente”, la reflexión realizada se centra en la dualidad justo/injusto, lo bueno/malo. El estilo de apego que predomina en esta organización es Coercitivo (C).

En síntesis, el sí mismo constituye un proceso abierto que asimila e integra la experiencia discrepante que pone en riesgo la estabilidad del sistema, elaborando para ello niveles cada vez más complejos de orden en el que las oscilaciones experienciales que se producen se integran al *sí mismo* y a la imagen consciente de éste. En este proceso cada persona desarrolla una forma de organización viable y funcional, concordante con su historia emocional y vincular, lo que le permite una experiencia de sí mismo continua y coherente en el tiempo. En línea con esto, el sentirse como un ser único e irreductible y deseable para otro (es decir, con un nivel de autoestima necesario para sobrevivir en la intersubjetividad con los cuidadores) se relaciona necesariamente

con *procesos de autoengaño*, que serían el mecanismo regulador para mantener el equilibrio entre los patrones de toma de conciencia y el fluir de la experiencia.

Tal adaptación constituye el mecanismo para integrar las perturbaciones que surgen de la interacción con el medio (Guidano, 1994; Balbi, 1994), de modo tal que el *sí mismo*, cuando es objeto de una vivencia particularmente discrepante con su estabilidad, tiende a integrar la nueva experiencia en una explicación más articulada, lo que resulta en un aumento del grado de complejidad en su estructura y un reordenamiento de su narrativa personal, en tanto reestructura su pasado y su historia (Balbi, 1994).

¿Cómo se explica, entonces, la psicopatología en el modelo de Guidano? La respuesta, en concordancia con lo expuesto, es que el "síntoma" o "malestar" de la persona surge como resultado de la discrepancia entre la experiencia inmediata y la autoimagen. En otras palabras, los síntomas surgen cuando se vivencia algo que no se reconoce como propio. Por ejemplo, puede ocurrir que para un sujeto sea imposible reconocer como propios ciertos sentimientos porque están fuera del rango emocional que es congruente con su autoimagen (Guidano y Liotti, 2006; Guidano, 2001), ocasión en la que aparecerán los síntomas bajo la forma de malestar sensorial, emocional, cognitivo y/o conductual.

### **El Modelo Constructivista Cognitivo, Juan Yáñez**

El enfoque Constructivista Cognitivo tiene a la base tres grandes pilares teóricos, la teoría del apego (Bowlby, 1969, 1973, 1980), la Teoría de las Emociones e Intersubjetividad, basada en los planteamientos de Arnold Lazarus, Leslie Greenberg y Jeremy Safran; y la Teoría de la Asertividad Generativa (Yáñez, 2005). De esta metateoría surge la teoría Clínica Constructivista Cognitiva que permite generar el sustento teórico y técnicas necesarias para un adecuado procedimiento terapéutico.

El modelo propone una explicación acerca de la relación sujeto-experiencia-realidad, en el cual considera que la realidad existe en la experiencia del sujeto y en cómo la significa, siendo un sujeto proactivo en la construcción de su mismidad, es decir que la realidad se encarna en el sujeto pues sólo es accesible desde su experiencia. Este modelo incorpora la noción constructivista en la cual los contenidos mentales no serían innatos ni adquiridos, sino más bien contruidos en una relación permanente y actual con el medio, enfatizando la relación que se establece entre las estructuras cognitivas que se organizan a partir del lenguaje, y que le posibilita la coordinación y encuentro de sus experiencias con su comunidad, entendida como una red de relaciones interpersonales (Yáñez, 2005).

Por ello, para el Constructivismo Cognitivo es relevante considerar el mundo interpersonal y social, ya que en conjunto con el lenguaje permite a los seres humanos sentar las bases de consenso necesarias para compartir un mundo en común, generado por la intersubjetividad. Cabe destacar que cuando considera al ser humano, lo hace como un sujeto activo en la construcción de su realidad lo que informa acerca de los patrones interaccionales contruidos a lo largo de su vida con las figuras significativas que operan de manera inconsciente en las relaciones que establece en el presente alejándose de este modo de una realidad objetiva y externa (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001). Es un sujeto que tiene una condición biológica que posibilita un desarrollo cognitivo que permite crear mundo posibles en relación a vivencias con otros significativos que nos permiten elaborar teorías sobre uno mismo, los otros y el mundo (Vergara, 2011)

En este sentido se postula que el ser humano está en una permanente y dinámica relación entre sus estructuras internas de conocimiento, ambiente social y lenguaje, en su ontogenia y filogenia, no sólo construye una realidad, sino que se constituye a sí mismo, en relación con los otros, relación que le permite diferenciarse y mantener un sentido de coherencia y permanencia que genera continuidad (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001). En este sentido, Guidano plantea que el conocimiento se construye a partir de modelos jerárquicos de la realidad, que pueden aumentar su nivel de inclusión y

por ende modificarse, por lo cual concibe a un ser humano que construye teorías acerca del ambiente y sobre sí mismo (Guidano y Liotti, 2006).

El modelo considera que las estructuras cognitivas se construyen progresivamente en el devenir ontológico del sujeto en una dinámica procesal de permanente cambio y continuidad, las cuales surgen como producto de la interacción entre lo constitutivo genéticamente y la experiencia vital, este proceso permite ampliar las experiencias que configuran la mismidad en la medida que se va actualizando e integrando (Yáñez, 2005).

Por otra parte, se postula que la experiencia en curso se desarrolla en dos niveles distintos, pero de manera simultánea e interactuantes, uno de ellos sería el nivel emocional inmediato y principalmente inconsciente, y otro nivel que sería analítico, semántico, que ordena la experiencia de manera de mantener la coherencia del sí mismo (Yáñez, 2005).

Entonces, para el Constructivismo Cognitivo el *Sí Mismo* es un “sistema de conocimiento personal”, que genera un sentido de identidad estable, coherente y continuo. Donde su función principal se define como la construcción y deconstrucción de la estructura y organización de los sistemas de conocimiento que se desorganizan con la información que provienen del mundo externo o las propias demandas del organismo que podrían ser disfuncionales, en una dinámica permanente de equilibrio-desequilibrio, en la cual es necesario que la persona reconstruya su sentido personal para que logre integrar aquellas experiencias, o información, que son discrepantes al flujo de su historia e identidad. Este proceso es una actividad constante que le permite a la persona ordenar el flujo de experiencia de acuerdo a sus propios patrones de funcionamiento (Yáñez, 2005).

Desde esta conceptualización el sujeto es activo en la producción y construcción de su mundo, que necesariamente es autorreferencial y va constituyendo identidad. Es así como la actitud hacia la realidad está estrechamente relacionada con la imagen y las expectativas de los otros hacia el sujeto. Sin embargo, las experiencias que constituyen principalmente un proceso identitario son aquellas que se relacionan con el nivel de

explicación que corresponde y construyen la estructura profunda de la persona es decir, la estructura del sistema o componentes del sí mismo se relaciona con los procesos de nivel profundo, mientras que la operación o capacidad de responder a las demandas del medio y elaborar estrategias para mantener la coherencia del sistema se asocia al nivel superficial (Yáñez, 2005).

Específicamente, cuando se habla de los componentes de la estructura se hace referencia a tanto los elementos constitutivos como a su disposición espacio-temporal que remiten a una ordenación jerárquica dentro del sistema explicitados en las relaciones de relevancia, pregnancia y disponibilidad de los contenidos que surgen con un potencial semántico-explicativo para poder explicar la experiencia en curso. La función principal entonces, es la incorporación de nueva información relevante por medio de la creación de nuevas categorías de significación sin actuar directamente sobre la dinámica de la operatividad superficial (Yáñez, 2005).

Esta última dice relación con las reacciones, respuestas y comportamientos del ser humano tanto internas como externas frente a todo aquello que le circunda y es factible de causarle algún tipo de perturbación. Un ser humano será consciente de la interacción entre la experiencia en curso y las explicaciones que le otorgan significado a la misma dependiendo de las turbulencias emocionales. Esta conciencia es una de las características asociadas a la subjetividad y a la identidad del individuo y el logro de la misma es factible por medio de la actividad que surge cuando la experiencia se significa en categorías conceptuales llamadas dimensiones operativas (Yáñez, 2005).

Las dimensiones operativas son un reflejo de los sistemas operativos superficiales pero que operan a nivel de la interacción del sujeto con el medio a partir de las discrepancias o consonancias que sea capaz de reconocer la estructura del sí mismo. Las dimensiones polares que constituyen ejes antitéticos descritas son:

- abstracción/concreción
- Flexibilidad/rigidez
- Inclusión/exclusión
- Proactividad/reactividad

- Exposición/evitación

Existen dos cualidades de los sistemas de conocimiento que surgen cuando éstos son puestos en marcha, y lo que hacen es resumir y sellar el dinamismo que les caracteriza. Una de ellas es la generatividad que da cuenta de los resultados de la interacción del sujeto con su medio y la otra cualidad es la complejidad, entendida como el avance progresivo hacia estados superiores dentro de la dimensión operativa. Ambas aumentarán según el individuo se movilece hacia el polo positivo de la dimensión (Yáñez, 2005).

Cuando la estructura del sí mismo de un ser humano carece de categorías de significación que le permitan reconocer contenidos discrepantes del conocimiento que presionan por incorporarse al sistema pero que han de formar parte del desequilibrio necesario para dar pie a los procesos deconstructivos del sistema de conocimiento que al ser incluidos dinamizan a su vez el sistema de reconocimiento mediante el ejercicio de presión para efectuar un cambio, es cuando se pone en acción el segundo componente polar de los sistemas de conocimiento, donde se encuentra la fluctuación constante de los procesos de continuidad asociados al proceso constructivo de estructuras y contenidos del sí mismo y los procesos de cambio (Yáñez, 2005).

Se habla entonces de un fenómeno cambiante y complejo en su ser superficial y profundo donde se construye y deconstruye permanentemente, es en ese sentido, el centro vital del funcionamiento humano, encargado de generar niveles crecientes en complejidad que le permiten al ser humano relacionarse con un medio dinámico y con muchas aristas que lo complejizan. Dicho fenómeno se constituye por tanto en una acción fundamental y permanente donde se pone en juego los procesos de mantenimiento y cambio, en un contexto interpersonal, en el que *los otros* cumplen la función de confirmar la experiencia de *ser como se cree que se es* (Yáñez, 2005).

Así como para Guidano (2001) la función de la identidad se relaciona con discriminar aquellos aspectos de la dinámica de la realidad que le permitan mantener la

continuidad de sí mismo, generando el conocimiento adecuado para ello, en Yáñez esta dinámica constituye el núcleo de la experiencia vital del sujeto constructivo, considerando que la identidad personal es un proceso dialéctico de mantención y reconstrucción; siendo los procesos de mantenimiento los que constituyen la mismidad integrando parte de los componentes conscientes y los conocimientos que tiene el sujeto acerca de sí, conformando parte del discurso con que se presenta ante los otros, y se espera a la vez confirmación por parte de los otros para conformar el sentido de sí mismo (Yáñez, 2005).

Para dar cuenta de la relevancia en la concepción de un ser humano intersubjetivo, es que es altamente necesario considerar el estado de vulnerabilidad que implica su incompletitud. Es decir, cuando el sujeto toma conciencia de este estado es que el otro cobra relevancia, pues esto hace surgir la incertidumbre acerca de su identidad la que sólo puede ser superada en la interacción con otro, puesto que la carencia sufrida le moviliza imperativamente hacia la relación con los demás seres humanos. Desde allí que los planteamientos de Bowlby acerca del vínculo, específicamente al conceptualizar la exploración como el vehículo mediante el que se acerca a los demás cobra mayor importancia en esta conceptualización (Yáñez, 2005)

La trascendencia de lo planteado en el apartado anterior, surge al considerar que el sujeto constructivo es intersubjetivo y se debe tomar en cuenta la trama de narrativas en la cual el sujeto se sustenta y mediante la cual es confirmado. Estos serían los denominados procesos de mantenimiento, los que junto a la mismidad conformarían una base de apego segura, constituyendo una de las primeras situaciones que podrían calmar la angustia existencial que produce la soledad epistémica, y en ese sentido se transforman en elementos esenciales para lograr la identidad del sí mismo (Yáñez, 2005).

Asimismo, en la dinámica descrita, se encuentran involucrados los procesos de desequilibrio o diferenciación denominados *ipseidad*, la que estaría compuesta por contenidos que aun no forman parte de las estructuras del sujeto, los cuales no se pueden



integrar ya que perturban al sistema pudiendo generar síntomas, en la medida que el sujeto no logre integrarlo (Yáñez, 2005).

La manera de acceder a la organización de la *ipseidad* es a través de las constelaciones de síntomas de la persona por las que los individuos consultan en psicoterapia. La *ipseidad* se rige por los mismos estilos de organización de la *mismidad* a la que se accede tanto mediante el discurso como de las acciones que le permiten actuar en el medio circundante (Yáñez, 2005).

Ambas funcionan de la misma manera en relación a las estructuras que generan al sí mismo, esto es, la *mismidad* en términos superficiales tiene que ver con cómo el ser humano opera en el mundo y lo profundo que tiene que ver con estos sistemas de conocimiento que surgen frente a la experiencia elicitados frente a lo nuevo que se reconoce y en tanto reconocido factible de ser integrado a la estructura de conocimiento que conforma el sí mismo. Por su parte en la *ipseidad* también se encuentran aspectos superficiales y profundos pero que frente a nueva información surgida en la dialéctica entre lo interno y la perturbación externa no logra ser integrada quedando en la periferia (Yáñez, 2005).

En este sentido, desde las dimensiones operativas que permiten al ser humano actuar en el mundo a partir de su sistema de conocimiento surge la *ipseidad* donde se encuentra un sujeto rigidizado en uno de los dos polos del eje antitético, es decir, la *ipseidad* estaría constituida por aquella información situada en la periferia del sí mismo que no ha sido susceptible de integrar convirtiéndose de este modo en un síntoma o constelación de síntomas pues imposibilita la movilización de modo flexible a lo largo del eje antitético sino que por el contrario se sitúa de manera rígida en uno de los dos polos (Yáñez, 2005).

Considerando lo anteriormente descrito se puede afirmar que la identidad se genera en un proceso de cambio y continuidad, que permite la evolución del sujeto en la medida que es capaz de mantener la coherencia interna en su devenir ontológico. La identidad se sustenta en estructuras cognitivas y emocionales que se han ido desarrollando durante la vida y que tienen cierta permanencia, tanto para sí mismo como

para los demás (Vergara, 2011). Los procesos de cambio son originados por eventos que sobrepasan o sobresalen de lo cotidiano, perturbando la dinámica de la mismidad. Esto se explica debido a que desbordan el flujo experiencial y en un primer momento no son factibles de ser explicados, y menos integrados.

Finalmente, considerando los aspectos antes mencionados la sintomatología surge cuando el *sí mismo* no puede integrar cierta información, que se transforma en una experiencia discrepante, que no puede organizar, ni simbolizarla, debido a que amenaza la identidad y organización del *self*. Los síntomas son producto del estancamiento en uno de los polos de las dimensiones operativas, con lo cual dejan de ser adaptativas y se rigidizan produciendo malestar y sintomatología (Yáñez, 2005).

### **La intervención terapéutica en Guidano y Yáñez**

Para comprender el proceso de intervención terapéutica es necesario definir el concepto de psicoterapia. Para esto será pertinente utilizar la conceptualización realizada por Yáñez (2005), “La psicoterapia puede ser entendida como aquel proceso interpersonal cuya secreta intención es cuidar o sostener el alma” (p. 74)

En la perspectiva de Guidano se postula que existe una relación entre afecto y cambio terapéutico, el autor plantea dos principios generales, a saber primero, que no es posible el cambio sin que se eliciten emociones, y segundo, la estructura y calidad del cambio depende en su mayoría del grado de autoconciencia que tenga el sujeto en el proceso de reorganización (Guidano, 1994). Considera, además, dos requisitos esenciales para generar un cambio terapéutico:

1. Las discrepancias que se producen entre las explicaciones del terapeuta y el discurso del paciente, de modo de conseguir un cambio considerable en el punto de vista que tiene el paciente sobre si mismo.
2. La relación terapéutica debe sostenerse sobre un compromiso emocional.

Estas dos situaciones deben ocurrir de manera simultánea y están recíprocamente relacionadas, de manera que las discrepancias que se producen entre las explicaciones del terapeuta y el paciente generan cambios en la medida que generen sentimientos perturbadores que a su vez permitan una reapreciación del paciente de la experiencia, es decir, no se produce un cambio a nivel racional entre los discursos, sino que hay emocionalidad involucrada que modifica a su vez el nivel de autoconciencia (Guidano, 1994).

Dado que una parte importante del rol del terapeuta será la generación de información nueva y discrepancias en la relación, es primordial que su actitud general sea no cuestionadora, y la existencia de un compromiso emocional que sostenga la relación, coadyuva a la estabilidad del proceso de intervención, de modo que el paciente pueda reconfigurar, reorganizar su experiencia y generar una modificación autorreferencial global en un espacio intersubjetivo seguro (Guidano, 1994).

Desde esta perspectiva el rol del terapeuta se delimita como el de un perturbador orientado estratégicamente, y su tarea consiste en modificar los patrones de autoconciencia utilizando las oscilaciones emocionales que se elicitán en la relación terapéutica, en un contexto interpersonal y real, facilitando la comprensión del paciente de lo que se está reconstruyendo (Guidano, 1994).

Por otra parte, la teoría clínica Constructivista Cognitiva postula que los sujetos se encuentran en una permanente tensión entre los mecanismos de mantención y cambio, ya que el medio perturba al sujeto y éste debe realizar cambios en su sistema de conocimiento para mantener su identidad personal, en la dinámica Sujeto, Realidad y Conocimiento que considera el modelo, el cambio es una condición permanente para mantener el equilibrio, ya sea mediante un cambio personal o dentro de un proceso terapéutico, el cual presiona para producir un reordenamiento de los sistemas básicos de conocimiento (Yáñez, 2005).

El cambio en psicoterapia puede surgir al crear las condiciones para que el paciente modifique su subjetividad, emoción y cognición, de manera novedosa y adaptativa para facilitar su desenvolvimiento en la vida cotidiana, y pueda resolver adecuadamente las situaciones que se desajustaron de modo tal que le provocan desarrollar síntomas.

De este modo, el objetivo de la intervención terapéutica en el modelo constructivista cognitivo es el logro de cambio a partir del establecimiento de la alianza terapéutica surgida en el proceso interpersonal configurado en la terapia y que constituye la base primordial desde donde es posible que los sistemas de conocimiento se reorganicen. Aquí, se conceptualizará el cambio como una apreciación nueva y original distinta a la que el paciente trae acerca de sí mismo cuando recién se inicia el proceso terapéutico y que en el desarrollo del mismo, va sufriendo cambios elicitados por el uso de las técnicas y procedimientos sustentados por el modelo que eventualmente, conducen hacia un proceso ordenador mas amplio (Yañez, 2005).

En este contexto la meta-teoría constructivista cognitiva otorga un marco conceptual para que el análisis tanto de los contenidos como la experiencia se trabajen dentro de la dinámica de las dimensiones operativas lo que está íntimamente relacionado con poder alcanzar una comprensión empática, o sea, la condición técnica que permitirá una comprensión cabal de la persona consultante y sus circunstancias a partir de actos preferentemente simbólicos lo que le distingue de otros enfoques teóricos (Yañez, 2005), de este modo, se espera que el terapeuta sea estratégico y le permita al paciente integrar y descubrir aquellos estados emocionales que le perturban y están a la base de la sintomatología (Chacón, 2010).

Para el modelo Constructivista Cognitivo, uno de los factores centrales asociados al cambio en psicoterapia es el encuadre, que se establece de manera rigurosa y detallada, convirtiéndose en la característica esencial de este modelo, operacionalizándolo de manera tal que los terapeutas puedan incorporarlo a su quehacer. Su relevancia en el contexto interpersonal terapéutico estaría dada, ya que regula la

relación y provee la base para establecer un contexto interpersonal seguro, estable que permita alcanzar las metas propuestas, representadas en actos simbólicos (Yáñez, 2005).

Este contexto exige el encuadre cognitivo de abstención, entendido como la habilidad del terapeuta para despojarse de sus propios contenidos personales al momento de la intervención y la neutralidad terapéutica entendida como la habilidad del terapeuta para contener sin responder desde su propia subjetividad a la transferencia del paciente. Ambas actitudes tributan al fortalecimiento de la comprensión empática por parte del terapeuta para poder situarse en el marco de referencia del consultante, condición que no siempre resulta fácil de lograr, esto con el fin que todo lo que surja del encuadre se oriente hacia el mundo personal del paciente y no hacia el terapeuta. Además, El encuadre permitiría generar una relación que incorpora elementos técnicos y personales de manera que se pueda generar una alianza terapéutica propia y exclusiva que se adecúe a cada proceso de acuerdo a las particularidades de cada caso (Yáñez, 2005).

Para Guidano (1994) el cambio no será posible sin emociones, refiere que la cognición cambia cognición y la reacción emocional perturbadora no acusa ningún cambio, más allá de modular su intensidad. Por lo cual se sostiene que cambio y afectividad están íntimamente relacionados y ligados, siendo las emociones las que le dan un sentido único y característico a las experiencias vividas, organizando tanto el pensamiento como la acción, y siendo imposible un cambio terapéutico sin que se genere intensidad emocional que lo permita.

Desde esta mirada se propone que el cambio estaría ligado a una nueva narrativa de sí mismo, un nuevo punto de vista novedoso y original, que se gatilla por las intervenciones del terapeuta, quien tiene como objetivo proporcionar herramientas al paciente para que éste flexibilice su nivel de autoconciencia, generándose un reordenamiento progresivo de la experiencia personal (Neimeyer, 2013).

El método esencial es la autoobservación, tanto para la fase de evaluación como de intervención, está basado en la exploración emocional que realiza de manera técnica el terapeuta, que facilita mayor apertura emocional y autorrevelación, permitiendo modificar el sentido de sí mismo. En este proceso el terapeuta debe proporcionar al

paciente una modificación en el punto de vista que tiene sobre sí mismo, en una relación terapéutica en que exista un compromiso emocional sostenido (Guidano, 1994; Zagmut, 2004; Nardi y Moltedo, 2009).

Se propone que el terapeuta debe ser un perturbador estratégicamente orientado, realizando de manera técnica su tarea al modificar los patrones de autoconciencia, para ello debe estar muy atento a las oscilaciones emocionales que surgen en el transcurso de la sesión terapéutica para que el paciente pueda comprender lo que se está reconstruyendo y propone la posibilidad de utilizar la activación emocional del terapeuta, en consonancia con el paciente para profundizar la intervención.

En resumen, las intervenciones deben tener como objetivo otorgar claridad y aumentar la conciencia del paciente, generando la posibilidad de comprometerse en una relación emocionalmente significativa. El terapeuta intenta crear las condiciones generadoras de cambio, sin embargo, no determina, ni controla el momento en que se gatillará y en ningún caso puede controlar el resultado final (Guidano, 1994; Neimeyer, 2013).

## **Síntesis**

Tal como se ha descrito hasta aquí, los modelos constructivistas tienen explicaciones particulares acerca de lo que constituye el funcionamiento “normal” de las personas, así como de la forma en que se produce la desregulación de ese funcionamiento. Se expone a continuación algunos referentes que serán de utilidad para la discusión ulterior:

- Mientras que para Guidano el *self* o *sí mismo* es entendido como un proceso, o dicho en otras palabras, como el operar constante de las regularidades internas en interacción con el mundo, para Yáñez el concepto se amplía para entenderlo como un sistema de conocimiento, que al mismo tiempo opera como una herramienta en la construcción/deconstrucción de experiencias en torno una articulación de continuidad para el individuo. En ambos casos subyace la idea de

progresión de su ocurrir: el self *está siendo*, y está lejos de ser una obra o estructura ya terminada.

- En ambos autores, la desregulación o síntoma se relaciona con una interrupción de la continuidad del sí mismo. Para Guidano, se trata de información discrepante que, al no ser integrada, termina siendo heterorreferida generando el malestar. Para Yáñez, cuando la información nueva no es incorporada, las dimensiones operativas se rigidizan y resultan en la desadaptación del sujeto respecto de su mundo intersubjetivo.
- Para Guidano, el cambio terapéutico se caracteriza por el logro de una mayor articulación y flexibilidad en la integración de nueva información al proceso de sí mismo. Yáñez da un paso más allá y describe que el cambio puede ser descrito en dos niveles: superficialmente como una disminución sintomática, y de manera profunda, como una reestructuración del sistema de conocimiento.
- Respecto de la metodología para el logro de este cambio, Guidano sitúa la auto-observación como estrategia general de cambio, lo que resulta en que todo esfuerzo del terapeuta debe ser orientado a la producción de instancias de auto-observación personal. Yáñez además rescata el valor del encuadre como marco metodológico, dentro del que se sitúa los procesos de deconstrucción y auto-observación guiados por el terapeuta.

Para ambos enfoques, la relación establecida es un contexto sobre el que operan los aspectos técnicos más específicos establecidos, pero no constituye un factor de cambio que, por sí sólo, produzca mejores grados de regulación del sujeto en sus procesos de conocimiento personal individual y/o de interacción con otras figuras significativas. El énfasis que ambos teóricos colocan en incorporar la teoría del apego se

remite en gran medida a una explicación del funcionamiento "normal" del sujeto, y de cómo hacer más aprehensible para el terapeuta las características que aparecen en el dispositivo clínico una vez que se establece, incorporando en el trabajo terapéutico una mirada evolutiva del sujeto.

Pese a lo expuesto anteriormente, en ambos modelos cambia el foco que se le asigna al rol del apego, por ejemplo, para Guidano, los patrones de apego experimentados influyen en el despliegue de determinadas organizaciones de significado personal adulto, y el método de intervención es único para todas ellas: la auto-observación.

En el Modelo Constructivista Cognitivo, la teoría del apego contextualiza la relación terapéutica, reeditando y reorganizando los vínculos primarios, considerando el impacto de ellos en la constitución de la identidad de la persona, constituyendo una base segura de exploración.

Ante esta consideración y para realizar un mayor análisis, cabe un examen más detenido respecto de la teoría del apego en sí misma, considerando que investigaciones más recientes sitúan a esta teoría por sí sola como factor explicativo de la patología y, subsecuentemente, de la intervención.



## TEORÍA DEL APEGO

En el presente apartado se describirá los elementos centrales de la teoría del apego, para luego delinear la posibilidad de correspondencia entre estos procesos y el establecimiento de la relación terapéutica.

### Concepto y definición de apego

El apego ha sido descrito como una estrategia adaptativa que permite sobrevivir, debido a la absoluta incapacidad del infante humano para llegar a hacerlo por sí solo. Visto desde un punto de vista evolutivo y filogenético, para asegurar la protección frente al peligro y así más adelante poder desarrollarse y alcanzar la reproducción, los seres humanos adoptamos esta estrategia para dar continuidad a la especie (Bowlby, 1969; Crittenden, 2002; Lecannelier, 2009).

En tanto estrategia, hay que entender el apego como una conducta que surge y evoluciona en el tiempo, en un contexto donde el mundo intersubjetivo (o en otras palabras, las relaciones interpersonales y los vínculos afectivos que surgen de tales relaciones) cobra mayor relevancia para el infante que el mundo físico, pues es en la presencia de otro y en la *capacidad especular* de ese otro que el individuo se puede reconocer como persona. En este sentido cobra importancia la calidad de esta relación, pues de acuerdo al sustrato que ésta otorgue el niño podrá desarrollar un sí mismo más o menos adaptativo y ajustado (Guidano, 1994; Zagmutt; 2010).

Es importante precisar, para los objetivos que persigue este trabajo, realizar una diferenciación acabada de la terminología relativa al apego, toda vez que las variables de este concepto tienen nombres similares que pueden conducir a confusión. De este modo, distinguiremos entre:

- **Apego:** hace referencia a la estrategia adaptativa general que aumenta las posibilidades de sobrevivencia de la especie.
- **Vínculo de Apego:** el establecimiento de una relación particular con una figura (que constituirá una *figura de apego*, cuya presencia es constante e irremplazable y la seguridad que provee le distingue de otras relaciones afectivas, pues además es utilizada con fines de regulación emocional y conductual) a la que el individuo se acerca en busca de protección frente al peligro. Debe distinguirse del *vínculo afectivo*, nexo que no sindicaliza un único y especial individuo como necesario y suficiente para otorgar seguridad y cuidados.

Formulaciones posteriores del propio Bowlby (1980) apuntan a la posibilidad del establecimiento de relaciones de apego con más de una figura (Ainsworth, 1978). Sin embargo, se mantiene la idea de que el cuidador primario del infante opera como figura de apego principal, mientras que otras figuras operan como figuras secundarias de apego. Esta formulación sugiere la existencia de una jerarquía en lo que se refiere a figuras de apego (Feeney y Noller, 2001).

- **Conducta de apego:** cualquier conducta observable cuyo objetivo es mantener la proximidad con las *figuras de apego*, consideradas como las personas más capacitadas para otorgar seguridad en una situación determinada (Lecannelier, 2009).
- **Sistema Conductual de Apego:** las *conductas de apego* se organizan en el tiempo, y dentro de contextos específicos de aparición, tendiendo a la autorregulación. En tal caso, se habla de un sistema conductual de apego, destinado a lograr *seguridad*. Esta última surge como fuerza motivacional evolutiva y, en ese sentido, organiza la personalidad del sujeto (Bowlby, 1969; Lecannelier, 2009; Galleguillos, 2011).

Cuando el niño siente que tiene una base de apego segura, le es posible alejarse de su figura de apego y explorar el medio circundante disfrutando esta acción. Aparece así la capacidad de desapego, pues el niño, metafóricamente hablando, se encuentra ligado a su figura protectora por un *elástico emocional* que se estira cuando el infante se aleja, pero que a la vez le permite volver cada vez que lo necesite. Si el niño siente algún tipo de amenaza, dicho elástico se acorta, inhibiendo la conducta exploratoria y el disfrute, pero una vez que la amenaza termina, se vuelve a la conducta antes descrita. Cuando la base de apego es insegura, los niños en general tienden a mantener la cercanía física con la figura de apego, mostrándose reticentes a desplegar conductas lúdicas y de curiosidad exploratoria (Holmes, 2011).

- **Patrón o Estilo de Apego:** el sistema conductual de apego toma distintas formas en los sujetos, constituyendo estrategias diferenciadas para la búsqueda de apoyo y seguridad. Tales patrones serán descritos más adelante en este capítulo.

### **Rol de las expectativas en la Teoría del Apego**

El concepto de apego desde sus orígenes a la actualidad ha sufrido un importante cambio en tanto primariamente fue concebido como algo más bien estable, sin embargo hoy en día se le conceptualiza como un proceso madurativo-dinámico que ocurre a lo largo de todo el ciclo de la vida, que se constituye en patrones de procesamiento mental de la información, que varía a medida que se va integrando información surgida tanto de la cognición como del afecto permitiendo de este modo la formación de un modelo de la realidad actualizado constantemente. Son las figuras de apego quienes proporcionan el contexto, a través de la interacción, para que los niños utilicen la función reflexiva y puedan a su vez realizar atribuciones acerca del comportamiento de los adultos cuidadores, luego al confirmar o desconfirmar la atribución realizada, se propicia el

desarrollo del sí mismo del infante (Bowlby, 1969; Crittenden, 1997; Crittenden, 2002; Galleguillos, 2011).

Los infantes tienen un tipo de expectativa respecto a la respuesta que tendrían los padres ante una situación de estrés determinada, pues los niños reaccionan de modo distinto frente a la separación de las figuras de apego, siendo lo diferente la evaluación que cada niño realiza de la disponibilidad del cuidador, tanto desde la accesibilidad como de la efectividad para responder adecuadamente ante el estrés, constituyendo esto último la variable cognitiva del apego (Bowlby, 1973; Ainsworth, 1978)

Las expectativas presuponen modelos de respuesta en el otro pero también de la propia capacidad del individuo para elicitarse la conducta adecuada y necesaria en la figura de apego. Esto a su vez, implica que la persona tenga una consideración de sí como suficientemente valioso para generar en el adulto responsable la respuesta de protección y cuidado. Esta información constituye los *Modelos Internos de Trabajo* (MIT) que van evolucionando de acuerdo a lo que cada etapa madurativa permita y que calce con el propio modelo de trabajo interno de los padres (Lecannelier, 2009).

Los MIT llegan a automatizarse, convirtiéndose en patrones conductuales que oscilan entre continuidad y discontinuidad pues poseen por un lado, resistencia al cambio y por otro flexibilidad y capacidad de reestructuración. Esto permite su actualización constante, con el fin de hacer calzar los aspectos presentes en la realidad y las nuevas experiencias, manteniendo el sentido de coherencia vincular incluso en presencia de eventos críticos, dolorosos e inesperados para lo que puede desplegarse ciertos procesos defensivos los que pueden implicar excluir la información que da cuenta de aspectos dolorosos, con el propósito de protegerse y mantener la coherencia mediante la mantención del vínculo con la figura de apego (Bowlby, 1973; Lecannelier, 2009; Holmes 2011).

## **Descripción de los Patrones de apego.**

Si bien la teoría del apego surge en el contexto del estudio del patrón vincular infantil, los alcances de ésta abarcan todo el ciclo vital (Crittenden, 2002). Se ha observado que el estudio de los patrones de apego presentados en la infancia, no logran dar cuenta de la complejidad de las relaciones interpersonales que se van generando a lo largo de la vida.

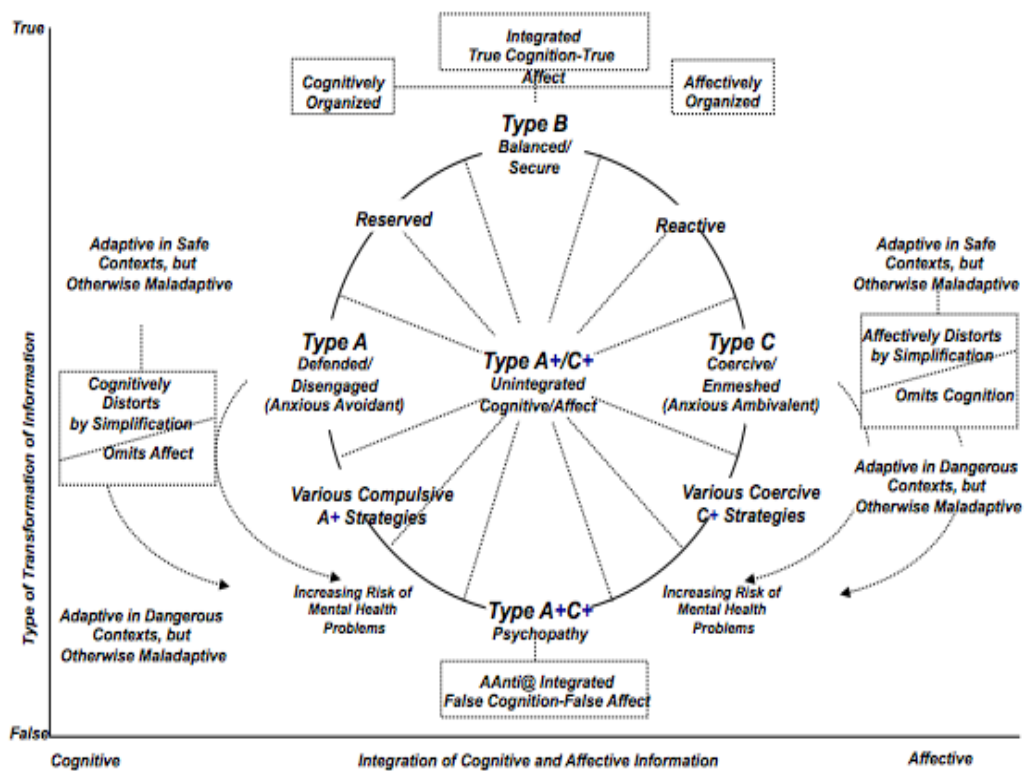
Crittenden propone un modelo madurativo, en el cual los patrones de apego van evolucionando y cambiando con el paso del tiempo y la madurez del sujeto, considerando que las necesidades emocionales de protección y seguridad van cambiando. Los estilos de apego se diferencian esencialmente de acuerdo a la estrategia que cada individuo utilice para buscar apoyo y protección frente al peligro, la que a su vez, es generada mediante una utilización diferencial de la mente basándose primero en la fuente de información, es decir si es de tipo cognitiva o emocional, y luego en el modo en el que dicha información es integrada para adaptarse al medio que le rodea (Crittenden, 2002; Lecannelier, 2009).

Considerando el desarrollo y evolución del concepto, se describen cuatro patrones de apego conceptualizados de acuerdo a lo anteriormente descrito, como estrategias generadas con el fin de defenderse frente al peligro y a su vez lograr protección y confort (Ainsworth 1978; Crittenden, 2000; Lecannelier, 2009). Dentro de ellas se encuentra el patrón seguro (B), el inseguro-evitante (A); el inseguro-coercitivo (C), y finalmente una estrategia que combina ambos patrones manifestado en un continuum (A/C) (Ainsworth 1978; Crittenden, 1997).

De acuerdo al modelo dinámico maduracional, estos patrones de apego, si bien se mantienen a lo largo del ciclo vital -en tanto estrategias para vincularse con otro significativo- experimentan un proceso constante de desarrollo a medida que se van complejizando los sistemas neuro-cognitivo y social, para constituir modelos de procesamiento de la información con el fin de integrar los datos que surgen tanto desde aspectos cognitivos, como afectivos (Crittenden, 1997).

En la figura N° 1 y 2, se explica como se desarrollan en el ciclo vital los distintos tipos de apego, considerando que el apego seguro B podría evolucionar hacia A (evitantes) o C (cohercitivos), dependiendo de la fuente de información que se constituya en su referente principal, ya sea cognición, que evolucionará hacia la evitación o afecto que se dirigirá hacia la coherción. Por último plantea el apego A/C que se homologa al apego desorganizado.

Figura n° 1. Modelo Dinámico Maduracional



© Patricia M. Crittenden, 2005

Figura N° 2. Patrones de Apego



© Patricia M. Crittenden, 2005

A continuación se describirá los patrones de apego presentes en el modelo dinámico maduracional que enriquece la teoría clásica al incorporar variaciones y subtipos en los estilos de apego que van surgiendo durante el ciclo vital. Se comenzará con aquel que da cuenta del mayor grado de integración entre la cognición y el afecto, para luego profundizar en los derivados de éste.

### Patron tipo B

El patrón de apego sano (B) involucra una integración balanceada de cognición, predicción temporal y afecto. Los cuidadores de estos niños, si bien predecibles por su constancia, son capaces de reconocer cambios en la zona de desarrollo próximo del infante y ajustan sus conductas de acuerdo a ello atendiendo a los sentimientos y pensamientos del niño de modo que éste aprende a encontrar la estrategia segura de comunicación abierta y directa, donde existe consenso y colaboración al tomar en cuenta las necesidades y procesos del infante (Crittenden, 1997). Esta categoría corresponde al apego seguro, que es la parte armónica y flexible de un niño evitante y ambivalente (Guidano, 2001). Dentro de este patrón, es posible distinguir los siguientes sub tipos:

- B1, B2: *Seguro reservado*. Éste es en realidad un niño evitante flexible, armónico y abstracto. Nunca busca la iniciativa en el contacto emocional y cuando surge asume un rol de espectador complaciente sin mayor participación.
- B3: *Seguro comfortable*, que es en realidad un coercitivo independiente y armónico. Mantiene el control de la relación al alejarse o acercarse a voluntad, siempre toma la iniciativa en el contacto y éste es típicamente de tipo emocional.



- B4: *Seguro reactivo*, es en realidad un coercitivo que logra la atención de sus padres mediante su capacidad emocional y de comunicación expresiva.

### Patrón Tipo A

El patrón de apego *tipo A* da cuenta de individuos que utilizan estrategias o tienen un patrón *Evitante*. En su infancia se observa figuras parentales que tienden a castigar cualquier expresión de afecto hacia ellos mediante el rechazo, indiferencia castigo y/o maltrato. Debido a esto cuando los infantes expresan algún tipo de efecto, ya sea negativo o positivo, los padres tienden a inhibir la expresión de estos niños. Como resultado de este proceso los sujetos llegan a tener una cognición exacta, pero desarrollan una defensa contra los afectos, experimentando confusión frente a las señales afectivas de las figuras de apego (Crittenden, 1997).

En los subpatrones, el afecto no sólo es negado, sino falsificado de tal modo que utilizan predicciones temporales tanto verdaderas como distorsionadas, y constantemente omiten el afecto negativo del procesamiento mental y del comportamiento. Los sujetos *tipo A* parecen ser emocionalmente inhibidos y predecibles. En general son personas limitadas por las reglas, ya que ven el mundo desde la perspectiva de los cuidadores.

Los niños con estrategia *tipo A* utilizan la evitación para prevenir el rechazo de la madre, y esto puede hacer que los adultos les perciban como mal educados y en consecuencia el niño genere rabia en el cuidador, lo que a su vez perpetua la conducta evitante del niño. Asimismo, pueden reemplazar la evitación conductual por una inhibición psicológica, manteniéndose en el intercambio con sus cuidadores en una actitud fría, correcta y cortés, ya que aprenden a inhibir el despliegue de sus propios sentimientos y sustituirlos por un afecto falsamente positivo y de este modo mantener cerca a los cuidadores, provocando en el niño comportamientos de cuidado hacia el adulto. De este modo, aprenden a hacer lo que se espera de ellos inhibiendo sus propios

deseos, y ya que perciben su ambiente como peligroso los niños complacientes compulsivos mantienen vigilada y monitoreada la conducta de sus padres con el fin de anticipar sus deseos. Todos los sub tipos de la estrategia A tienden a omitir los afectos en el procesamiento y a actuar de acuerdo a consecuencias esperadas (Crittenden, 1997; Guidano, 2001; Lecanelier, 2009).

- A1-A2: *Inhibido*, frío, formal, "tipo hombre de negocios". Surge ante cuidadores intrusivos frente a los que el niño responde inhibiendo los afectos en vez de la conducta, resultando de esto una interacción infante-cuidador formal y cognitiva, que enseña a ordenar el modo de relacionarse, pues de lo contrario, surge el castigo secundario a la expresión de necesidades afectivas.
- A3: *Cuidadores compulsivos* especialmente de aquellos que parecen débiles y necesitados. Debido a la indiferencia parental que vulnera la sensación de seguridad vital, estos niños se ven en la necesidad de desconectar sus afectos verdaderos y falsifican en cambio un afecto positivo. En casos extremos puede incluso llegar a invertirse los roles con el fin de mantener la cercanía emocional, resultando entonces la compulsión a cuidar de los padres.
- A4: *Compulsivo complacientes* u obedientes compulsivos especialmente ante personas irritables o amenazantes. Esta estrategia surge en presencia de padres altamente hostiles, frente a los que el niño inhibe su propia afectividad con el fin de corresponder a la expectativa parental. En general, estos niños suelen ser hiperadaptados y orientados al éxito, sin distinguir qué les motiva a perseguir y concretar metas específicas, pues continuamente buscan satisfacer las necesidades de los cuidadores en desmedro de las propias.

- *A6: Autosuficiente compulsivo.* Generalmente se desarrolla en la adolescencia cuando el individuo aprende que no puede regular el comportamiento de sus cuidadores que si bien son importantes, también pueden ser peligrosos o fallar en protegerles. Por esta razón, tienden a alejarse de relaciones cercanas tan pronto como sean lo suficientemente grandes como para cuidarse, transformándose en personas aisladas y solitarias crónicas pues sienten que sólo pueden confiar en sí mismos.
- *A5: Promiscuo compulsivo.* Derivado del A6, también se desarrolla en la adolescencia cuando las relaciones íntimas han sido desleales y los extraños parecen ofrecer la única esperanza de cercanía y satisfacción sexual. Es decir, logran intimidad física, sin embargo emocionalmente permanecen distantes y desconectados.

Los sub-patrones más distorsionados -desarrollados únicamente en la adultez temprana- son:

- A7: Idealización delirante de figuras protectoras imaginarias.
- A8 : Sí mismo estructurado externamente.

### Patrón tipo C

Los niños que tienen un patrón de apego *tipo C* utilizan el afecto como la fuente principal de información y omiten la cognición porque las respuestas de otros han probado ser impredecibles, por lo que presta poca atención a las consecuencias. Su uso del afecto es coercitivo pues los sentimientos negativos encontrados son divididos, exagerados y alternados con el fin de crear una estrategia potente para atraer la atención y luego manipular los sentimientos y respuestas de otros (Crittenden, 1997).

Los niños coercitivos exageran los afectos y se defienden contra la cognición, tendiendo a desviar la lógica cognitiva hacia una basada en motivos ulteriores, donde los argumentos son utilizados para esconder la verdad y ocultar así los fines que son negativos para otros, logrando de este modo la satisfacción de sus deseos. Muchos niños coercitivos asumen que los demás son igual de engañosos que ellos, involucrándose así en interacciones que podrían caracterizarse como "juegos mentales" (Crittenden, 2003).

Los patrones de conducta de amenaza y desarme son alternados de manera que regulan el despliegue de la rabia basando la regulación en el juicio que el niño realiza acerca del estado afectivo del cuidador, consecuentemente, las figuras de apego aparecen como responsables por los sentimientos de los niños, quienes aprenden a culpar a otros por sus problemas. Estos niños poseen una organización emocional y conductual dicotómica entre los polos rabia y miedo, entonces dependiendo de qué tan preponderante sea la posición en uno u otro polo se generan los sub tipos del patrón, aun cuando todas ellas comparten el rol del afecto como modo coercitivo de regulación de la conducta del cuidador (Guidano, 2001; Lecannelier, 2009).

Los individuos con estrategias C 1,3,5 se sitúan en el polo de la rabia, alternando entre la presentación de un sí mismo fuerte, enojado, invulnerable. Son activos, manipuladores y controlan la relación con el adulto.

En cambio, aquellos con sub tipos C 2,4,6 se encuentran en el polo del miedo, es decir, tienen apariencia de ser miedoso, débil, vulnerable y lo que buscan es mantener la cercanía física, no el control de las figuras parentales (Guidano, 2001; Lecannelier, 2009).

- C1: *Amenazante*: En esta categoría se describe niños hiperactivos y de difícil manejo. No puede ser dejado sin supervisión a riesgo que cause caos en su ambiente, constituyendo esto su estrategia para mantener la atención permanente de sus padres.
- C2: *Desarmante*: Estos son niños especializados en mantener el control de la relación con los adultos cuidadores, por lo cual manipulan incluso con enfermedades físicas con tal de mantener la cercanía del cuidador.
- C3: *Agresivo*: Son niños que utilizan conductas de provocación, extremadamente demandantes, y son capaces hasta de amenazar con el fin de lograr la atención predecible de los cuidadores.
- C4: *Indefenso*: Los padres no le pueden dejar solo pues es ineficaz y vulnerable a la vida, estimulando el ser cuidado y protegido por los otros. Utilizan la manifestación de vulnerabilidad y desamparo aparente.
- C5: *Punitivo*: Puede observarse a partir del período escolar. Son niños punitivamente obsesionados con la venganza. Se presentan más fríos, distantes y autocontrolados.
- C6: *Seductor*: Esta es una categoría intermedia entre los modos pasivo y activo. Quienes se ubican aquí adquieren una conducta seductora complaciente, especialmente observada en niñas desde la infancia temprana. Seductoramente obsesionadas con ser rescatadas.

Los siguientes dos son los más extremos y sólo se desarrollan en la adultez:

C7: Delirio de eterna venganza en contra de enemigos omnipresentes (estrategia amenazante)

C8: Paranoia respecto de los enemigos

### Patron tipo A/C

El modelo dinámico maduracional deja de lado el concepto de apego desorganizado que corresponde a los componentes no armónicos ni flexibles observados en los niños evitantes y ambivalentes, y en cambio desarrolla el planteamiento de un patrón A/C que considera la relación entre la conducta del niño y el contexto provisto por la figura de apego. Los niños que utilizan la estrategia A/C, son aquellos que viven en ambientes muy complejos y variables que combinan estrategias evitantes y coercitivas en un patrón de funcionamiento variable que va desde lo enteramente evitante hasta los enteramente coercitivos pasando por la mezcla de ambos (Crittenden, 1997).

### **Los Patrones de Apego y su Estabilidad durante el Ciclo Vital**

Distintos teóricos del apego han sostenido que los patrones o estilos de apego tienden a mantenerse relativamente estables en la vida del individuo. Bowlby (1980) afirma que tal estabilidad temporal es causada por la persistencia de los modelos mentales acerca de sí mismo y de los demás que tiene el individuo. Más aún: las formas de pensamiento que están asociados a los modelos mentales están altamente automatizados, lo que los hace más resistentes al cambio espontáneo. En una posición más extrema de esta misma idea

De acuerdo al desarrollo evolutivo y contemplando los cambios que se producen en el ciclo vital, podemos entender y considerar que se produzca un cambio dramático en las relaciones de apego durante la adolescencia, momento en el cual cambia el objetivo de búsqueda de la figura de apego, y la dirección del sistema conductual de apego, convirtiendo al niño apegado en una figura de apego para la pareja e hijos. De acuerdo a Crittenden (2002), hasta la adolescencia temprana, los cambios tanto a nivel cerebral como físico afectan los patrones de apego pues en este período se incluyen nuevas competencias que abarcan razonamiento abstracto, excitación sexual y comportamiento reproductivo, es decir, aumenta la maduración neurológica y mental, ofreciendo de este modo nuevas posibilidades de integrar la experiencia.

Desde el punto de vista de la finalidad de la estrategia de apego en general, el apego en la infancia alude a estrategias de protección del *self* (*sí mismo*) cuando se sienten amenazados o incómodos, y buscan protección específicamente en la relación con las figuras parentales, pero en la adolescencia esto se amplía a las relaciones sexuales y a las estrategias en relación a los pares, es decir, las figuras parentales tienden a ser miembros permanentes en la jerarquía de apego, pero eventualmente asumen una posición secundaria en importancia frente al vínculo con un par (Bowlby, 1969).

Por otra parte, desde el punto de vista del estatus y reciprocidad con la figura de apego, en la infancia la relación entre la persona apegada y la figura de apego no es simétrica, ni recíproca. En edad escolar, los niños buscan figuras de apego que sean similares a ellos en status (mejores amigos), estableciendo una relación que es simétrica, pero no recíproca pues los niños buscan protección en el otro, pero no piensan en sí mismos como proveedores de cuidados (Crittenden, 2003).

Durante la adolescencia se reconoce la imperfección de los padres, se descubre su vulnerabilidad y que por tanto no pueden cumplir completamente con su función protectora lo que puede mermar el apego adolescente-padre. Esto a su vez implica que la persona forme nuevos apegos con sus pares y que genere expectativas erróneas respecto a que estas nuevas relaciones tendrán las mismas limitaciones que las primeras. En la adolescencia estas relaciones se transforman desde el mejor amigo hacia el

compañero romántico con quien se experimenta deseo sexual. Las relaciones románticas sirven a las funciones psicológicas, emocionales y sociales además de la sobrevivencia y reproducción (Crittenden, 2003).

Finalmente, estas relaciones adolescentes se vuelven cada vez más recíprocas a medida que cada quien va reconociendo la importancia que tiene para el otro y acepta la responsabilidad de cuidado del otro, de modo tal que en la adultez, se es tanto la figura de apego como la persona apegada en una relación. Aprender a manejar relaciones de apego simétricas y recíprocas en las que cada miembro acepta más la imperfección es una tarea central, tanto a nivel individual como social. Esta transición en la adolescencia tardía genera aumento en la auto estima, en la auto eficacia y en el apoyo social, sin embargo, en otros puede destacar su falta de preparación para enfrentar el cambio (Crittenden, 2003).

Considerando el modelo maduracional, las necesidades del infante van cambiando en la medida que su cerebro también cambia, por lo cual se espera que el rol de las figuras de apego cambie en consonancia, sin embargo, lo que permanece constante es la función de las figuras de apego que debe ofrecer una base segura para que pueda explorar el mundo circundante (Crittenden, 2003).

### **Apego adulto**

Al igual que en los infantes, los patrones de interacción interpersonal de los adultos son traducidos en representaciones mentales llamadas modelos internos de trabajo, tanto de sí mismo como de aquellos con quienes establece relaciones de apego, lo que permite a la díada poder anticipar, interpretar y guiar las interacciones al interior de ella (Bowlby, 1980).



En el adulto, se espera que la pareja romántica asuma el rol predominante en la escala jerárquica de las figuras de apego, en la medida que reemplaza a las figuras parentales como la principal fuente de seguridad emocional (Bowlby, 1969), sin embargo, en aquellos adultos que no han establecido relaciones de pareja estables y permanentes en el tiempo, los padres continúan siendo las figuras de apego principales (Hazan y Zeifman, 1999).

Se ha observado que los adultos claramente se orientan hacia sus pares al desplegar conductas de búsqueda de proximidad y protección, de hecho, manifiestan preferir involucrarse en actividades con sus pares y buscar en ellos soporte emocional antes que dirigirse a las figuras parentales, y si bien los adultos son evidentemente menos dependientes de los vínculos sociales para la sobrevivencia básica, existe evidencia acerca de los beneficios de tener estos vínculos y los perjuicios que provoca su ausencia o pérdida (Hazan y Zeifman, 1999).

En el adulto, la aparición de conductas y establecimiento de vínculos de apego pareciera depender de la duración de la relación de una pareja. La maduración sexual puede ser un catalizador que promueve el traslado de la atención y conductas de la persona hacia el apareamiento (Hazan y Zeifman, 1999).

De este modo, en estadios iniciales de una relación se experimenta un intenso deseo de proximidad física, mientras que en estadios más tardíos cobra mayor importancia la provisión de cuidado y apoyo mutuo. Asimismo, la conducta sexual juega un rol central en el vínculo de apego romántico debido a que las relaciones sexuales crean un contexto social conducente a la formación de vínculos de apego (Hazan y Zeifman, 1999).

Si bien se ha establecido la función defensiva del vínculo de apego, en tanto estrategia para lograr y obtener protección y refugio frente a la amenaza y el peligro, en las relaciones adultas mantener esta concepción pareciera errado, pues se esperaría que la conducta de cualquier miembro de la pareja frente a un daño inminente fuese la de lucha conjunta y no una actitud pasiva, receptora de cuidados. Lo que sucede en cambio, es que cada miembro de la pareja cumple un propósito dual, es decir, es tanto proveedor

como receptor de seguridad y apego. De este modo se observa que el apego adulto difiere del infantil al incorporar en la relación aspectos de reciprocidad y presencia de elementos sexuales en la búsqueda de contacto (Hazan y Zeifman, 1999).

### **Apego y regulación afectiva**

Las emociones y su expresión, surgen tempranamente como una preocupación central en el desarrollo de la teoría del apego, tanto en las causas como en las consecuencias de los afectos surgidos hacia las figuras de apego y derivadas de la interacción con ellas (Mikulincer y Shaver, 2008).

Un adulto con apego seguro es capaz de otorgar recursos personales al proceso de generación de afectos, ya sea mediante el cambio del evento que genera la emoción o re-evaluándolo constructivamente. De este modo, es probable que haya desarrollado mecanismos para calmarse o calmar a otros, lo que posiblemente aprendió de figuras de apego que le proveyeron seguridad mediante una interacción constante sensible y responsiva frente a las demandas de protección y apoyo( Mikulincer y Shaver, 2007).

Estas interacciones, otorgan confianza y generan expectativas positivas respecto de la ayuda que pueden recibir de otros para enfrentar problemas, propiciando así una apertura frente a las experiencias emocionales pues llegan a ser capaces de entender y articular dichas experiencias para luego integrarlas a su auto-concepto (Mikulincer y Shaver, 2007).

Por su parte, los adultos con un estilo o patrón de apego evitante no pueden permitirse expresar sus emociones libremente, pues las defensas evitativas surgen precisamente para inhibir estados emocionales que puedan entorpecer la mantención del sistema de apego desactivado. La inhibición defensiva es dirigida principalmente hacia el miedo, ansiedad, rabia, tristeza, vergüenza, culpa y estrés, ya que éstas emociones son provocadas por ciertas amenazas que pueden causar la activación del sistema de apego,

y todas ellas además vulneran la confianza en sí mismo y su sentido de independencia (Mikulincer y Shaver, 2007).

Las personas evitantes pueden incluso sentirse incómodos expresando emociones positivas dado que promueven cercanía interpersonal y pueden interpretarse como señales de mayor involucramiento afectivo, lo que a su vez podría implicar necesidad y dependencia emocional (Mikulincer y Shaver, 2007).

Al contrario de lo descrito en adultos seguros y evitantes, quienes tramitan o inhiben las emociones negativas respectivamente, para las personas con un estilo de apego coercitivo los afectos pueden ser congruentes con las metas del apego, es decir, les parece valioso mantenerlos o incluso exagerarlos, debido a que les mueve un deseo insatisfecho de ser vistos y tomados en cuenta por las figuras de apego, de quienes esperan atención y cuidados efectivos. Para asegurar que esto suceda, recurren a la intensificación de la expresión emocional esperando mediante ello activar el sistema de apego, es decir, para los adultos con apego coercitivo la regulación afectiva puede implicar intensificación de los estados emocionales (Mikulincer y Shaver, 2007).

### **Apego y psicopatología**

La teoría del apego fue desde el principio una teoría de la psicopatología, pues en sus orígenes se asumía que la explicación a los trastornos comportamentales provenía de la infancia, específicamente de las relaciones más tempranas con los cuidadores primarios y de cómo afecta tanto en el funcionamiento mental como comportamental del niño la exposición al peligro, y al adulto el fracaso en encontrar un compañero reproductivo satisfactorio con quien establecer una relación de pareja (Crittenden, 2002).

Lo que distinguía a la teoría del apego de otros planteamientos que buscaban la explicación a los comportamientos psicopatológicos, era el sustento en evidencia empírica (Mikulincer y Shaver, 2007).

La calidad del apego en un niño hacia su cuidador se relaciona con las interacciones que se realicen, y las expectativas que se generen en el niño se basa en la idea que tenga sobre si mismo y los demás, esta relación puede relacionarse con la resiliencia psicológica o con el riesgo de presentar psicopatología en la adultez (Garrido, 2006).

A continuación se realizará una breve revisión de distintos trastornos en salud mental y cómo éstos pueden ser comprendidos desde la teoría del apego.

### Trastornos del ánimo

Los patrones inseguros de apego (*evitante y coercitivo*) pueden predecir la aparición de trastorno depresivo en la adolescencia, sin embargo aún falta evidencia empírica para afirmar lo mismo en la adultez. Respecto a las experiencias tempranas, la pérdida de uno de los dos padres en la niñez, aumenta el riesgo de padecer una depresión en algún momento de la vida. Las pérdidas por separación de los padres, han sido asociadas a formas de depresión menos severas pero más rabiosas. La explicación de esta diferencia podría encontrarse en la significación otorgada a la pérdida, es decir, cuando ésta es por fallecimiento, la persona experimenta una sensación de total desesperación mientras que cuando es por separación la creencia que surge es que los eventos pueden ser reversibles (Bowlby, 1980).

Tan importante como las pérdidas son las experiencias posteriores con las figuras parentales, de modo tal, que se ha observado cómo el cuidado inadecuado o negligente del niño posterior a un duelo duplica el riesgo de desarrollar depresión en la edad adulta, particularmente en casos de separación de los padres, por el contrario, cuando la pérdida es por muerte, el nivel de riesgo se reduce más rápidamente, lo que puede ser atribuido a que los problemas familiares en caso de fallecimiento hayan sido menos severos que en los casos de separación conyugal. (Bowlby, 1980).

Se ha observado que pacientes diagnosticados con depresión describen padres rechazantes y poco apoyadores durante la época de infancia. Del mismo modo, se ha establecido que estos padres pueden ser categorizados como poco amorosos y moderadamente rechazantes (Kendler, Sheth, Gardner y Prescott, 2002).

### Trastornos de ansiedad

Al igual que los trastornos del ánimo, en los cuadros ansiosos se observa una amplia heterogeneidad donde se combina el miedo y la evitación con diferencias en el énfasis aplicado a uno u otro. Cuando predomina el miedo, el trastorno involucra primero la internalización de los síntomas, mientras que cuando lo hace la evitación el trastorno involucra primero la externalización de los síntomas. Se espera que las estrategias que maximizan la expresión de necesidades de apego se asocien con trastornos que internalicen síntomas y que las estrategias que minimicen la expresión de dichas necesidades se asocien con trastornos que externalizan los síntomas (Bowlby, 1973).

Se ha propuesto que todas las formas de trastornos ansiosos son explicados con mayor precisión al considerar la ansiedad derivada de la disponibilidad (o falta de ella) de la figura de apego. Los niños con apegos coercitivos tienen más probabilidades de ser diagnosticados con algún trastorno ansioso durante la adolescencia que aquellos con apego seguro o evitante (Bowlby, 1973).

### Trastornos disociativos

Se ha observado una relación entre un patrón de apego desorganizado en la infancia y la presencia de fenómenos disociativos en la niñez, adolescencia y adultez. Asimismo, aquellos niños que han desarrollado un apego desorganizado con sus figuras

significativas durante la infancia y que luego son víctimas de abuso sistemáticamente, pueden ser altamente susceptibles a generar síntomas disociativos (Carlson, 1998).

### Trastornos alimentarios

Un niño se sentirá inadecuado y fuera de control si recibe el mensaje que tendrá dificultades para funcionar adecuadamente lejos de la figura de apego o que no es digno de ser amado y eventualmente podrían llegar a desarrollar un trastorno ansioso y aunque estos niños utilicen una estrategia evitante para desviar la atención de su propio estrés pueden tener mayor riesgo de externalizar sus síntomas, es decir, mediante la manifestación de un trastorno alimentario, mantienen la atención alejada de sus propios sentimientos o de su malestar (Bowlby, 1973).

De acuerdo a la evidencia empírica, las figuras parentales de pacientes con trastornos alimentarios son descritas negativamente de modo tal que el padre surge como una persona emocionalmente poco disponible y rechazante y la madre es caracterizada como dominante, sobreprotectora y perfeccionista. Ambos parecieran coartar los intentos de sus hijas por independizarse y tener una conducta doble vinculante, donde por un lado apoyan a sus hijas mientras que simultáneamente sabotean la confianza en sí mismas, el resultado es que estas mujeres se sienten rechazadas, controladas e inadecuadas (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

### Trastornos Psicóticos

El comportamiento psicótico puede ser visto como una serie de pequeñas distorsiones que derivan en un sistema delirante inescrutable. Inicialmente, un cúmulo intenso de estimulación sensorial da paso a una activación fisiológica que aumenta progresivamente en la medida que es repetido sistemáticamente y provoca focalizar la

atención hacia estímulos sutiles, incluyendo sensaciones somáticas, de tal modo que al recordar la experiencia se puede recrear la respuesta en ausencia del factor externo que provocó dicha reacción en primera instancia. Finalmente, imaginar eventos imposibles puede derivar en la creación de una realidad delirante que es experimentada somáticamente del mismo modo que lo real (Crittenden, 2005)

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia provenientes de familias altamente expresivas de sus emociones tienen una tasa de descompensación del cuadro cuatro veces mayor que aquellos con familias menos expresivas emocionalmente (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

### Trastornos de personalidad

Desde la perspectiva de la teoría del apego, los trastornos relativos a las relaciones interpersonales pueden ser construidos a partir de constelaciones de estrategias de apego inseguras, las que provocan dificultades en la regulación del afecto, interfieren en la construcción de un sentido de sí mismo estable y positivo, dificultan el logro de tareas del desarrollo, y pueden entorpecer la mantención de relaciones interpersonales íntimas, estables y satisfactorias. Todo lo anterior aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad, pero no implica que cierta inseguridad en el patrón o estrategia de apego pueda ser equiparado a un trastorno de la personalidad. La teoría del apego como tal puede explicar las dificultades en la regulación emocional y el funcionamiento interpersonal entre individuos con y sin manifestaciones de trastornos de personalidad (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

La inestabilidad de las representaciones internas de los otros devenida por el temor al abandono por parte de figuras idealizadas es un tema central en las interacciones vinculares de las personas con trastorno de personalidad límite. Dicha inestabilidad ha sido asociada a reactividad emocional, es decir, fuertes sentimientos de rabia y disforia pueden ser rápidamente precipitados frente a señales sutiles de rechazo,

de este modo, ciertos factores contribuyen a que las relaciones interpersonales sean intensas y tumultuosas (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

La psicopatología característica en la personalidad límite, se ha asociado a la exageración de síntomas y afectos negativos al igual que a una alta preocupación por las dificultades vividas en sus relaciones interpersonales actuales y pasadas. La disposición que manifiestan para expresar estrés es consistente con la exageración de las necesidades de apego vista en infantes con apego coercitivo y en adultos preocupados acerca del apego (Mikulincer y Shaver, 2007; Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

Los modelos internos de cuidadores caracterizados como incompetentes o inconsistentes en su disponibilidad, y de sí mismos como valorizados de modo inconsistente también, parece central para diagnosticar personalidad límite al igual que para clasificar apego coercitivo. La labilidad afectiva, inestabilidad emocional, falta de empatía, difusión de identidad y tendencia al pensamiento concreto caracterizan la personalidad límite y puede ser comprendida como resultado de una limitación en la capacidad de mentalizar (Mikulincer y Shaver, 2007; Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

Respecto a la personalidad antisocial, diversos estudios señalan que la separación producto de divorcio o separación de hecho de los cuidadores primarios, comportamiento antisocial o desviado del padre, madres poco afectivas y negligencia en el cuidado pueden ser asociadas con el trastorno de personalidad antisocial (Dozier, Stovall-McClough y Albus, 1999).

Los niños pueden sentir rabia intensa cuando experimentan separación de las figuras parentales o bien éstos amenazan con abandonarles. Asimismo, separaciones típicas pero estresantes usualmente provocan rabia en el infante, lo que actúa como medio de comunicación hacia los padres de los sentimientos que le provoca dicha distancia. Si la separación es prolongada y además se acompaña de amenazas que asustan al niño, éste puede sentir una rabia disfuncional hacia las figuras parentales que a menudo implican odio intenso. Inicialmente estos sentimientos pueden dirigirse hacia



los progenitores, pero como esto puede amenazar la mantención del vínculo con ellos, se reprimen y re-dirigen hacia otras personas (Bowlby, 1973).

### **Síntesis**

Como se ha expuesto la teoría del apego ha logrado un gran desarrollo de modo que se ha conformado de manera importante en los últimos años como una hipótesis explicativa relevante del funcionamiento psicológico y de su desregulación. Si bien la Teoría del Apego ha logrado fortalecer su modelo teórico, evolucionando y considerando evidencia empírica en sus planteamientos, cabe preguntarse y reflexionar si los aspectos referidos al establecimiento de relaciones tempranas bastan para explicar toda psicopatología. Si tal es el caso, cabría también considerar cuáles serían las implicaciones de tal importancia para la técnica, en el contexto terapéutico.

## **PSICOTERAPIA Y CAMBIO**

En el presente apartado, en primer lugar se presentaran algunos antecedentes empíricas realizadas sobre alianza terapéutica, considerando algunos factores relevantes que se presentan a través de instrumentos de observación; luego se realiza una aproximación general al tema del cambio terapéutico y, dentro de ello, el rol que ocupan diversos factores en la ocurrencia del cambio.

### **Antecedentes Empíricos**

Dentro de los estudios empíricos, se considera que el aporte realizado por Bordin (1979) con la conceptualización de Alianza Terapéutica, como “encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta” (Lossa, Corbella y Botella, 2012, p. 91) Facilita la identidad del concepto.

En la evaluación de esta particular relación algunos estudios encuentran que la alianza terapéutica explica entre un 36 y 57% de la variancia del resultado al final de la terapia (Gastón, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Barber, Crits-Cristoph y Luborsky, 1996).

Por otra parte, se ha encontrado que la alianza terapéutica es un buen predictor del resultado terapéutico (Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symonds, 1991; Corbella y Botella, 2004a).

En esta misma línea, se ha observado que el estilo de apego del paciente influye en los resultados y en el proceso terapéutico. En la revisión hecha por Castonguay y Beutler (2006), dan cuenta de que los resultados convergen en tres aspectos relevante:

1. los pacientes con apego seguro tienden a tener mejores resultados.
2. los pacientes con apego inseguro tiende a responder pobremente.

3. los pacientes con estilo de apego seguro obtienen mayores beneficios con tratamientos breves.

Otro estudio realizado por Eames y Roth (2000) muestra que el estilo de apego inseguro presenta puntuaciones más bajas de la alianza, cosa contraria que ocurre con personas que presentan un estilo de apego seguro.

Por otra parte, también evaluaron la frecuencia de ruptura con el estilo de apego, encontrando mayor frecuencia de ruptura en estilo de apego ansioso. Una menor frecuencia se presentó en las personas que presentan estilo de apego evitativo.

### Instrumentos de Evaluación

Dentro de los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio de la relación terapéutica, se pueden mencionar:

- Cuestionario de Relaciones Interpersonales (ECR-S) de Alonso-Arbiol, Balluerka, Shaver (2007). Este instrumento es una adaptación española del cuestionario Experiences in Close Relationship, de Brennan, Clark y Shaver (1998).
- En Chile, existe actualmente una versión breve de este instrumento (ECR-S) en vías de ser publicado (Spencer, Arbiol y Fresno, en prensa, citado en Garrido et al, 2013).
- WAI (Working Alliance Inventory) de Horvath y Greenberg (1989) que surge a partir de la conceptualización de Bordin de alianza terapéutica. Este instrumento consta de 3 subescalas que evalúan los componentes de la alianza terapéutica: vínculos objetivos y tareas.
- Posteriormente Duncan y Miller (1999) agregaron 5 ítems sobre la teoría del cambio, creando así el Working Alliance Theory Of Change Inventory (WATOCI) este instrumento en la versión española presenta características

psicométricas satisfactorias, según indican Corbella y Botella (2004b, citado en Lossa et al, 2012).

Con respecto al Apego los instrumentos de evaluación que se utilizan, se pueden mencionar los siguientes:

- Entrevista de Apego Adulto (Adult Attachment Interview), creada por Mary Main (Main, Kaplan y Cassidi, 1985, citado en Garrido, Santelices, Pierrehumbert, Armijo, Guzmán, Fuentes y Lizano, 2013) basada en narrativas de los participantes de sus propias historias de apego.

En Chile, si bien no existe una tradición de evaluación de apego en adulto, situación que se sustenta por la escases de instrumentos validados, se puede observar en el ultimo tiempo un aumento de investigaciones empíricas, instrumentos y publicaciones (Garrido, et al, 2013):

- Parental Bordin Instrument, validado en Chile el año 2001
- Entrevista de Prototipos de Apego Adulto, adaptada para Chile por Martínez y Núñez, 2007.
- Cuestionario de Evaluación de Apego en el Adulto (CaMIR) validado en 2009 por Garrido, Pierrehumbert y Armijo, instrumento de autoinforme destinado a evaluar apego en el adulto.

## **Psicoterapia y Proceso Terapéutico**

Muchas y diversas definiciones se han esbozado sobre lo que constituye el hacer psicoterapéutico. Cada una de ellas varía en actores, metas, énfasis, elementos incorporados, etc., dependiendo de la línea teórica y de las concepciones globales que

enmarcan esta actividad. Con el fin de acotar y generar una definición útil a los fines de este trabajo, se considera pertinente la revisión de algunas definiciones relacionadas a la epistemología constructivista tal como ha sido descrita hasta acá.

Una primera definición que es importante considerar es la de Safran y Segal (1994), quienes establecen que “la psicoterapia se desarrolla en el encuentro de al menos dos personas que se vinculan en un contexto y una relación con ciertas características particulares, regulada técnicamente por el encuadre”. Esta definición es una de las primeras en la literatura que considera tanto al terapeuta como al paciente como seres activos en la construcción de su realidad, siendo la terapia un proceso dialéctico, bidireccional, donde la influencia es tanto para el paciente como para el terapeuta, y al finalizar un proceso terapéutico a menudo los cambios son tanto para uno como para el otro.

En un contexto tal como el definido más arriba es posible entender la consideración del proceso terapéutico como un intercambio y negociación de significados, donde se busca revisar, elaborar y significar las construcciones que el paciente utiliza para experimentar su vida (Neimeyer y Mahoney, 1998). Más aún, la concepción constructivista del proceso terapéutico implica concebirlo como un proceso intrínsecamente complejo y pluridimensional, que se despliega simultáneamente en varios niveles (Guidano, 2001).

Hacer terapia es, en esta mirada epistémica, llevar a cabo un “procedimiento estratégico cuyo objetivo final es una modificación de las reglas profundas del paciente, reguladas paso a paso, por los cambios cognitivos resultantes de las técnicas terapéuticas aplicadas” (pp, 178, Guidano y Liotti, 2006). La estrategia de modificación que se utiliza se funda en una metodología evolutiva, orientada hacia los procesos, que conceptualiza la psicopatología como una ciencia del significado personal (Guidano, 1994).

Tomando en consideración lo dicho, es posible entender la definición de Yáñez (2005) como una síntesis constructivista de los elementos expuestos. El autor entiende la psicoterapia como “una relación interpersonal de prestación de servicios, basada en un encuadre técnico que concurre entre un terapeuta, experto profesional en teorías del

funcionamiento humano normal y anormal, y en la aplicación de procedimientos para el cambio humano, y una persona que padece dificultades que atañen a su funcionamiento psíquico; y que aspira al alivio de su sintomatología y/o al reordenamiento de sí mismo”. En esta definición, el hacer terapéutico en tanto técnica consiste en un procedimiento o una metodología “especializados en crear condiciones para la revisión y el cambio personal durante un proceso de tiempo estimado”.

Las definiciones aquí reseñadas son coincidentes con lo planteado por Fernández-Álvarez (2003) respecto a que todo modelo psicoterapéutico parte de la proposición de al menos tres elementos:

- a) una concepción del funcionamiento humano “sano”
- b) una hipótesis de su desregulación
- c) una proposición de procedimientos para generar el cambio

Sin embargo, no se puede eludir que en el contexto de la psicoterapia, sea esta constructivista o de otros modelos epistémicos, aparece un tipo de relación determinada que se viene en llamar relación terapéutica, y que ha sido señalada permanente en la literatura como el “núcleo” de todos los tratamientos (Pattakou-Parassiri y Nestorus, 2007). Para autores como O’Brien y Houston (2007), se cumple la aseveración que “la relación es la terapia”, en tanto todo el trabajo llevado a cabo por el terapeuta descansa sobre el establecimiento de la relación terapeuta-paciente. Más aún: todo lo que ocurra en la relación influirá ineludiblemente sobre el paciente, en términos positivos o negativos.

Si esta relación es sólo el marco requerido para la generación de cambios o es en realidad un vehículo para los cambios, o es una herramienta en sí misma que genera modificaciones es uno de los cuestionamientos centrales de este trabajo.

## **Los Estudios de Efectividad y los Factores de Cambio**

La investigación acerca de cambio terapéutico surge a raíz del estudio de Eysenk (1952, citado en Bachelor y Horvath, 1999), donde se cuestiona de manera importante la efectividad del rol de la psicoterapia en el cambio que producía en los pacientes. Desde entonces surge una serie de investigaciones que buscan determinar la participación efectiva de la psicoterapia en el proceso de cambio, pudiendo reivindicar la psicoterapia y refutar las conclusiones de Eysenk. El curso de estas indagaciones y la profundización respectiva ha venido en dar cuenta de dos grandes líneas de investigación, cada una de las cuales ha acumulado un volumen importante de apoyo empírico y partidarios, así como críticas y sus respectivos detractores.

En los apartados siguientes se expone en primer lugar la conceptualización y los aspectos que dan cuenta de investigaciones que ha desarrollado la línea de los factores comunes en psicoterapia, debido a que el paradigma constructivista se relaciona de manera íntima en su concepción de cambio, luego se menciona de manera sucinta la concepción de cambio en relación a los factores específicos, ya que ellos se relacionan con técnicas y enfoques terapéuticos específicos y no se relacionan con el objetivo de esta investigación.

### **Factores Comunes**

Una primera gran línea de investigación es llamada de *factores comunes*, que serían aquellos elementos de la terapia que, independientes de la orientación teórica del terapeuta, operan como principios generales más que generadores de resultado, y explican porcentajes importantes de varianza de cambio desde un punto de vista cuantitativo (Wampold, 2001, 2007).

Uno de los aspectos de mayor relevancia al estudiar los factores comunes sería su transversalidad, una línea base sobre la que se desarrollan los factores técnicos que operan en el proceso independiente del fundamento teórico sobre el que se sustenten las

intervenciones y se desarrolle el proceso terapéutico mismo (Frank, 1971, citado en Krause, 2005).

Puede ser que debido al vasto número de investigación generada a partir de los factores comunes en psicoterapia no exista consenso respecto al número o cantidad de los mismos, que vienen a explicar el cambio terapéutico. No obstante, se puede sintetizar que los factores descritos comúnmente en la literatura hacen referencia a tres grandes aspectos (Santibáñez, Román, Lucero, Espinoza, Irribarra y Müller, 2008):

- a) factores propios del cliente
- b) factores propios del terapeuta
- c) factores propios de la relación terapeuta-cliente

Para efectos del presente trabajo, se detallará un factor de cada aspecto, escogidos porque son los que cuentan con mayor apoyo empírico en la investigación de factores comunes, y porque se considera que trata de aquellos elementos más relevantes para el establecimiento de un puente teórico con la investigación en apego.

#### 1. Creencias y Expectativas del cliente.

Respecto de las creencias y expectativas del cliente también hay un cuerpo de evidencia que apoya su incidencia en los resultados de la terapia. Las expectativas de los pacientes, con independencia de su clase social (Lorion, 1974), afectan a una serie de aspectos del proceso terapéutico, entre los cuales se incluyen duración del tratamiento, deserción del consultante y resultados del tratamiento. Un aspecto a destacar es que las creencias y expectativas que posee el consultante al inicio de la psicoterapia no sólo se refieren al tratamiento propiamente tal (técnicas, duración, etc.), sino que también involucran expectativas acerca del terapeuta y creencias en relación a los logros o beneficios que éste pueda obtener de la atención (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986; Zalaquett, Manzi, Duque, Krebs y Aninat, 1982).



## 2. Habilidades y Competencia Percibida del Terapeuta

Otro de los factores que sistemáticamente aparece asociado al cambio y su efectividad en psicoterapia son las habilidades del terapeuta. Para O'Brien y Houston (2007), tales habilidades pueden ser resumidas en dos grandes áreas. Por un lado, la habilidad de *hacer algo con el paciente*, mientras que por otro, se habla de la habilidad de *estar con el paciente*. Ambas áreas de habilidad y competencia han demostrado independencia de la postura teórica a la que adscribe el profesional. Respecto de las habilidades *para estar con el paciente*.

Ackerman y Hilsenroth (2003) señalan la relevancia de la percepción que reportan los pacientes acerca del terapeuta como una persona empática, cálida y amistosa en el trato. Además, se ha señalado que la percepción de un terapeuta despreocupado de sus pacientes (calificado como rígido, autocentrado, crítico), poco hábil en sus intervenciones (con fallas técnicas, como culpar al paciente, o transformar la relación en una lucha de poder del tipo “quién tiene la razón”), o con conductas que producen rupturas en el curso de la alianza (terapeuta falto de “responsividad”) está negativamente relacionado con la consecución y mantención de una apropiada alianza de trabajo (Ackerman y Hilsenroth, 2001).

De manera más reciente, aspectos de la competencia del terapeuta como la “responsividad” (esto es, su capacidad para responder de manera atenta a los requerimientos del paciente) establecida desde las primeras sesiones, correlaciona con una mayor permanencia en la terapia, y por tanto, con menores probabilidades de deserción (Elkin, Falconnier, Smith, Canada, Henderson, Brown y McKay, 2014)

### 3. Relación y Alianza Terapéutica

Si bien en términos históricos la alianza terapéutica como concepto surge en la teoría psicodinámica, hoy se considera transversal a todas las corrientes reconociendo su valor en el proceso. Se trata de un aspecto fluctuante y dinámico de la relación terapéutica, en el que incide continuamente la percepción por parte del paciente del significado de los actos del terapeuta, de tal modo que toda intervención técnica que realice el terapeuta repercutirá en la alianza (Safran y Segal, 1994).

En conceptualizaciones más recientes, se habla de la alianza de trabajo como un elemento “pan-teórico”, omnipresente en toda comprensión actual acerca de la efectividad del trabajo terapéutico (Horvath, 2005; Doran, 2014).

La alianza terapéutica es una relación técnica regulada por el encuadre que permite al paciente explorar y reordenar sus experiencias, darle coherencia. Este tipo de relación no se desarrolla en ninguna interacción cotidiana, sólo se puede dar en el espacio terapéutico que se encuentra protegido y regulado por las reglas del encuadre. Este encuentro se encuentra mediado por el deseo de cambio del paciente y por la disposición de ayuda del terapeuta, que se encuentra disponible para ayudar al paciente, intercambiando los contenidos más íntimos del paciente, en una situación de aceptación y entendimiento en el cual se pretende ayudar a que este reorganice su experiencia. (Yáñez, 2005).

Inicialmente Zetzel (1956, citado Corbella y Botella, 2003) introdujo el término concibiéndolo como un *attachment* e identificación con el terapeuta, derivados de los aspectos positivos de la relación madre-hijo. Posteriormente Bordin (1979, citado Bachelor y Horvath, 1999) propuso una definición general que agrupa tres componentes centrales:

- 1) la unión entre paciente y terapeuta,
- 2) el acuerdo entre paciente y terapeuta acerca de los objetivos, y
- 3) el acuerdo entre paciente y terapeuta acerca de las metas.

La fuerza de la alianza terapéutica depende del grado de acuerdo entre terapeuta y paciente de estos componentes (Safran y Segal, 1994).

Desde el punto de vista constructivista, la alianza permite desplegar la técnica e incluso predecir el éxito de la terapia. Por tanto, será esta relación de trabajo la que permitirá explorar el universo del paciente y generar nuevos significados, siendo el terapeuta un investigador que no cuestiona ni desaprueba la cosmovisión del paciente, que tiene una actitud más permisiva, curiosa, aprobadora y que acompaña al paciente en este nuevo camino.

De acuerdo a lo anterior, si bien la relación terapéutica es relevante en tanto constituye una base segura inicial, un enlace emocional a partir del cual el paciente pueda realizar una exploración personal, es una relación transitoria no permanente, y se espera que sea segura, permisiva, flexible y que se transforme de acuerdo a las necesidades del paciente y de lo que ambos co-construyen (Neimeyer y Mahoney, 1998; Botella, 2008) por lo que diversos autores sugieren que no puede ser un factor medido en una sola ocasión en el curso de la relación terapéutica, y proponen estudiarlo como “evolución de la alianza terapéutica”.

Este constructo se ha representado en la literatura de dos modos (Michel, Kramer y de Roten, 2011):

- 1) seguimiento de tendencias en el curso de un proceso psicoterapéutico
- 2) patrones de alianza terapéutica agrupadas según el tipo de cliente en terapia.

Un elemento que aparece relacionado a la evolución de la alianza es el concepto de rupturas y resoluciones terapéuticas, entendiendo las rupturas como “ventanas” entre temas nucleares del cliente (Safran y Muran, 2005). En esta línea, se ha postulado que en el momento en que se produce una ruptura el cliente y el terapeuta recrean/actualizan el círculo vicioso correspondiente con el tema relacional nuclear conflictivo del cliente.

La resolución de estas rupturas se traduce en procesos terapéuticos positivos (de Roten, Michel y Peter, 2007). Es decir, equivalen al concepto de Alexander y French (1946) relativo a la experiencia emocional correctiva en psicoterapia.

Se observa entonces que diversas investigaciones demuestran el valor predictivo de la alianza terapéutica, mostrando sistemáticamente ser un factor que explica resultados en la psicoterapia.

### **Factores Específicos**

Debido a que el modelo constructivista enfatiza los factores comunes en psicoterapia para conceptualizar el desarrollo del cambio terapéutico es que no se abordará profundamente en esta revisión teórica los factores específicos, excepto para mencionar que en oposición a los factores comunes, en una segunda línea de investigación en psicoterapia se encuentran los estudios que han identificado las técnicas particulares y específicas de los modelos terapéuticos que muestran resultados empíricamente comprobables que dan cuenta de las variaciones sufridas en los cuadros psicopatológicos desplegados en los pacientes consultantes.

De manera consecuente, este movimiento ha generado evidencia para manualizar los tratamientos basados en la efectividad, determinando las intervenciones que presentan mejor resultado para patologías específicas sin hacer referencia a modelos teóricos particulares, de este modo se ha elaborado listas de tratamiento con apoyo empírico para temas específicos utilizando esta información para generar políticas de salud pública al financiar cierto tipo de tratamiento en trastornos específicos basados en la efectividad y evidencia demostrada empíricamente con el fin de optimizar los recursos existentes (Krause, De la Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altamir y Ramírez, 2006).

Pese a los beneficios de esta mirada investigativa existen detractores que llevan la atención hacia el reduccionismo inherente a este planteamiento, es decir, critican que lo relevante en este enfoque es la reducción y eliminación sintomática, sin considerar los procesos subyacentes a toda condición psicopatológica y cómo estos se movilizan en una psicoterapia (Krause y cols, 2006).

Finalmente, ha surgido un equilibrio que armoniza las posturas de tipo “una terapia para cada síntoma v/s el sustento teórico de la psicoterapia es indiferente”, encontrándose en la actualidad la concepción que ciertos grupos de pacientes pudiesen beneficiarse más de ciertos tipos de terapia (Krause y cols, 2006).

### **Cambio terapéutico**

En primera instancia, desde la teoría subjetiva del cambio, basado en investigaciones empíricas se conceptualiza el cambio como una variación en el significado que le otorga el paciente a su narrativa interna, que se construye dinámicamente en el transcurso de la terapia en la medida que va transformando su significado y se configura una nueva comprensión del sí mismo. Esta nueva senda se construye en conjunto con el terapeuta con quien se acuerdan objetivos y tareas en común que dan cuenta del trabajo que se realiza (Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches & Tomicic, 2012).

Siguiendo esta línea, el cambio en psicoterapia es evolución de la subjetividad, conducta, emoción y cognición del paciente. Previo al encuentro de ambas partes involucradas en el proceso terapéutico, se observa que el paciente ha realizado esfuerzos previos que han resultado infructuosos para soslayar o superar la conflictiva que motiva la consulta en la actualidad (Neimeyer y Mahoney, 1998).

En este contexto el hacer terapéutico se orienta a que el paciente pueda afrontar aquellas situaciones cotidianas que le impiden resolver la vida de manera adecuada para sí mismo, pues éste ha experimentado una desorganización amenazante para su

integridad y la coherencia en la percepción de su mundo como le conoce hasta entonces llevándole a desarrollar síntomas como expresión de este desajuste (Yáñez, 2005).

El espacio terapéutico surge entonces como una instancia para estimular la exploración personal con el fin de lograr comprender su experiencia de modo tal que pueda reorganizar su sí mismo en un modo coherente y en tanto tal, integrado (Yáñez, 2005; Neimeyer y Mahoney, 1998).

En términos clínicos se considera que existen dos niveles de cambio: los cambios superficiales y los cambios profundos. El primer nivel, se refiere a la disminución sintomática, que se produce en la fase inicial del proceso terapéutico y que ayuda a forjar la alianza terapéutica de modo de contribuir a generar cambios más profundos. Este cambio se produce en la esfera vivencial del paciente y se refiere a cambios en la polaridad de las dimensiones operativas (Yáñez, 2005).

El cambio profundo, segundo nivel, se refiere a la modificación de los sistemas de conocimiento idiosincráticos del paciente, es decir, se refiere al aumento de la autoconciencia que propone Guidano a partir de experiencias que permiten incorporar y resignificar aquellas vivencias que cuestionan la coherencia del sí mismo, de manera de poder construir un significado de la experiencia en curso (Yáñez, 2005; Chacón, 2010; Osorio, 2012).

Se puede considerar que los cambios que se producen en la situación de la sesión y psicoterapia, se expresan en cuestiones técnicas, esto es crear un contexto adecuado que impulse al paciente en la movilización de la subjetividad, conducta, emoción y cognición; esto deberá permitir que el paciente enfrente aquellas dificultades que le afectan en la resolución de su vida en forma apropiada. Esto a la larga se convierte en síntoma.

Según Yáñez (2005) la selección del objetivo relacionado con la motivación por el cambio implican que el terapeuta debe considerar los siguientes aspectos:

- a) los antecedentes y hechos significativos que puedan estar a la base del síntoma.

- b) los aspectos cognitivos que pueden asociarse a estos hechos.
- c) Las conductas observables en cuestión.
- d) Consecuencias que estas generan en el ambiente y en los otros.

Cabe mencionar que el cambio concebido en su conceptualización más amplia, no está exento de sufrir resistencia por parte del paciente, esto es, despojarse de antiguas formas de funcionamiento que, aunque disfuncionales resultaban familiares o conocidas y por tanto su modificación puede ser amenazante.

Es decir que especialmente el cambio significativo amenaza la mantención de la integridad del mundo tal como se le conoce lo que resulta intimidante, en tanto el paciente debe aprender mediante la auto-organización a conformar nuevos significados que conlleva establecer nuevos límites y afrontar riesgos desconocidos pero también ventajas y posibilidades hasta ahora no consideradas (Neimeyer y Mahoney, 1998) .

Sin duda alguna, todo cambio profundo implica tiempo y la superación de dificultades, por ello la psicoterapia constructivista reconoce y valida el sufrimiento asociado al cambio junto con el ritmo personal que cada quien tenga para vivir dicho proceso de elaboración propia y subjetiva, propiciando una relación no amenazante y segura mediante la que pueda surgir nuevas formas de experimentar activamente junto a otro significativo (Neimeyer y Mahoney, 1998).

## **Síntesis**

Considerando los fines del presente trabajo, se considera que la visión de los factores comunes se ha constituido en un aporte importante en la comprensión de los procesos de cambio en la relación terapéutica. Sin embargo, las discrepancias que el estudio de las variables arroja en cuanto al peso específico que tienen en las varianzas de cambio apuntan a su revaloración de desde una línea más cualitativa de estudios.

Tomando como marco la relación terapéutica, muchos clínicos consideran que las variables del terapeuta y las variables de la relación, tienen como sentido final el lograr activar las fuerzas de cambio del propio paciente. en este sentido podríamos preguntarnos acerca de la relación que existe entre Apego y Relación Terapéutica, es suficiente para producir cambio?, podría la relación terapéutica convertirse en una relación de apego capaz de provocar cambios en el paciente?.

En virtud de lo anteriormente expuesto, si bien la relación terapéutica constituye uno de los factores que se encuentra involucrado en el cambio pareciera que no es suficiente por si misma para provocar cambios profundos en el paciente y si bien se constituye en una relación de apego, no basta con considerar los tópicos del apego para generar las condiciones que producen cambios y ser un perturbador estratégicamente orientado. Las implicaciones de esto serán discutidas en la conclusión de la presente tesis.

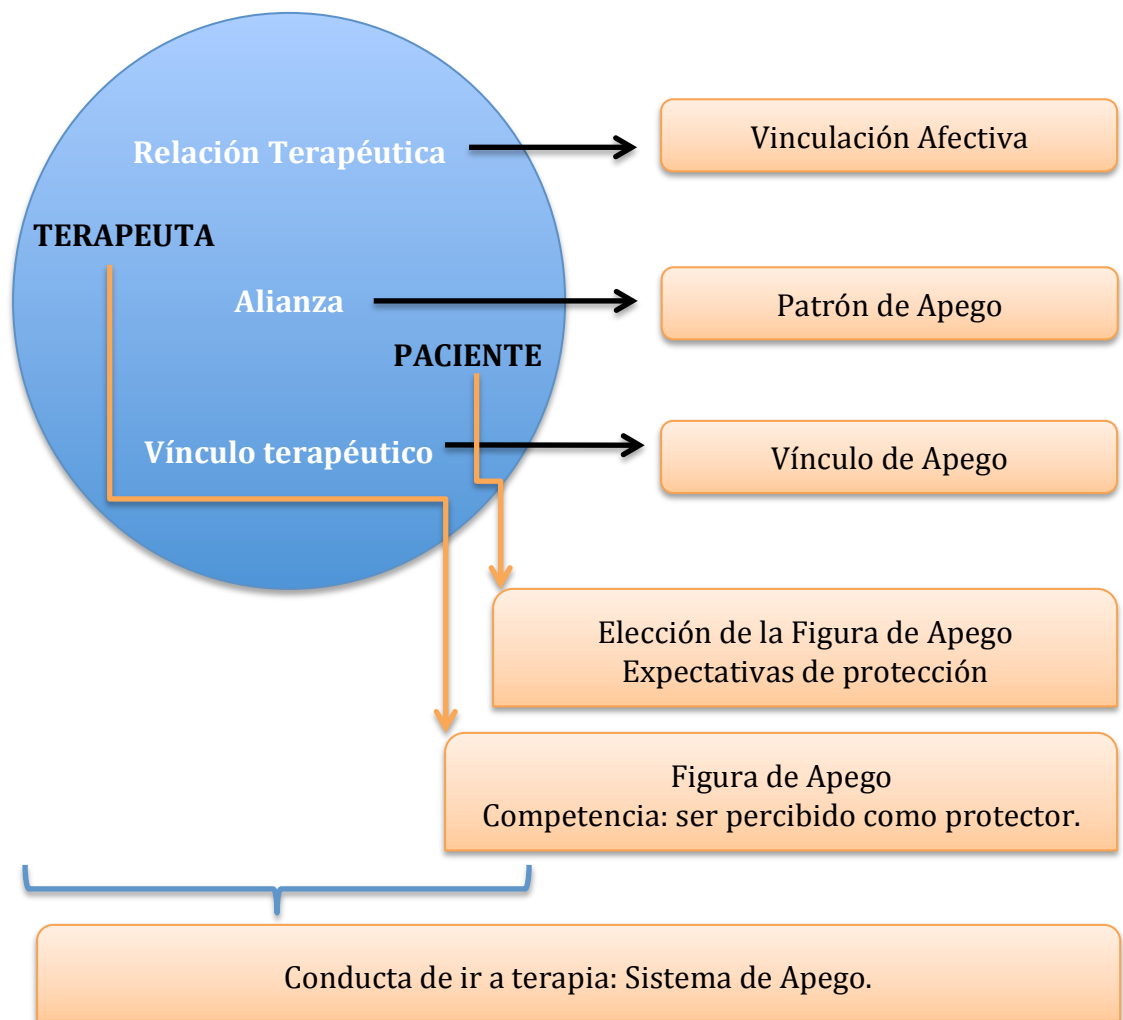


## CONCLUSIONES

---

### Apego y Relación Terapéutica

La tesis central de este trabajo consiste en el establecimiento de un puente teórico entre la teoría del apego y las características de la relación terapéutica establecida en la atención desarrollada entre un terapeuta y un paciente. El siguiente esquema ilustra los distintos aspectos factibles de ser relacionados:



En este ejercicio de correspondencia se establece que:

- El terapeuta y el paciente se involucran en una pauta conductual socialmente consensuada, que responde a un guión predecible de acción. Tal patrón puede ser descrito como un sistema de apego, en tanto tal concepto hace referencia a la sola descripción de la conducta de cercanía y lejanía entre un individuo y una figura que funciona como referente.
- El patrón conductual establecido se constituye en una relación terapéutica, la que puede ser entendida en su totalidad como un espacio de vinculación afectiva, toda vez que inicialmente en la terapia sólo se puede advertir desde un punto de vista externo la búsqueda de contacto con la figura del terapeuta.
- A medida que el patrón conductual se repite en el tiempo, y a la vez se despliega de manera concreta las condiciones para la misma explicitadas en el encuadre inicial, la vinculación afectiva toma la forma de un patrón de interacción determinada entre terapeuta y paciente, que podría ser descrita como un patrón de apego, dando cuenta de todas las interacciones desarrolladas (las efectivamente sucedidas y los aspectos implícitos de la misma). Tal aspecto constituye desde la clínica la alianza terapéutica, la que también implica compromiso y acuerdo en torno a las acciones que se desarrollarán dentro de la terapia, y que está regulado desde el encuadre.
- Al aumentar el grado de compromiso emocional y la calidad de la relación el vínculo terapéutico puede entenderse como un vínculo de apego, que se caracteriza por una búsqueda recurrente del terapeuta como una figura que otorga

protección frente al peligro. En este contexto, el terapeuta cumple la función de ser un regulador emocional y conductual para el paciente.

- Respecto de los aspectos que cada participante de la relación aporta dentro del sistema conductual, las expectativas del paciente juegan un rol anticipatorio respecto de las conductas y actitudes esperadas del terapeuta, mientras que por otra parte el terapeuta opera el cumplimiento de la validación de su rol protector desde la mantención de una imagen de competencia profesional ante el paciente

A pesar de que este paralelo es posible, y permite un entendimiento de muchos de los procesos de la relación llevados a cabo en terapia, existe una serie de limitaciones para que el establecimiento de esta correspondencia sea “uno a uno” entre ambos elementos teóricos, que se detallan a continuación:

- La relación terapéutica no cumple a cabalidad con las características de un apego temprano. Si bien ambas relaciones son unidireccionales, y el paciente busca apoyo y cuidado, el terapeuta no se expone, ni se muestra en la relación de manera directa, sino a través del encuadre y desde los resguardos técnicos que esto implica. En última instancia, está especificado desde el inicio que el sujeto agente en la relación sea el paciente, y él es autor de sus propios cambios, mientras que el rol del terapeuta es el de un perturbador que propicia instancias de auto-observación.
- Tampoco la relación terapéutica se corresponde con las características de un apego adulto, ya que si bien se trata de la relación entre dos adultos, no se trata, como ya se mencionó, de una relación bidireccional. Además, no se trata de una relación que persigue fines reproductivos, sino más bien reconstructivos, y apunta a salvaguardar la integridad psíquica del paciente y no necesariamente protege de amenazas a la integridad física. Un último punto de contraste es que la

relación terapéutica, a diferencia de la relación de apego adulto, tiene un límite temporal acordado por ambas partes.

Estas diferenciaciones nos permiten concluir que la relación terapéutica consistiría en un tipo particular de apego, que llamaremos *Relación Técnica de Apego* (RTA). Desde un punto de vista externo, la RTA está definida culturalmente, y tiene un guión social conocido por los actores que la componen. Vista internamente, se construye entre el encaje entre el padecimiento/sufrimiento psicológico del paciente y el encuadre ofrecido por el terapeuta, que no es otra cosa que la forma concreta del conocimiento técnico de este último. A partir de este punto de encaje se construye la relación en su totalidad, en aras de la producción de condiciones de cambio.

En el intento de una caracterización de la RTA, se puede decir que es una relación *genuinamente, interesada, autentica*, en este sentido el paciente sería capaz de percatarse de todos aquellos aspectos relacionales implícitos que se expresan en lenguaje no verbal, por ello es relevante que el terapeuta se interese realmente en ayudar al paciente y escuche de manera activa su relato, para realizar en conjunto las tareas propuestas. Por lo tanto, si bien en su inicio es una relación que se genera de manera “artificial”, “pactada”, una vez que se desarrolla y se fortalece, se convierte en una relación significativa y genuina.

Otra característica de la RTA, es que es una relación *unidireccional*, es decir, no es recíproca, ya que se trata de hablar del paciente de su mundo y sus dolencias, el terapeuta escucha y trata de entender a través del lenguaje la subjetividad del paciente para intervenir en él. En esta relación, el terapeuta no se muestra, no habla de sí, y establece un setting neutro en el cual el foco es el paciente y su mundo, el terapeuta se pone a disposición del paciente para ayudarlo de manera técnica. En este sentido el

encuadre toma un rol principal ya que provee al terapeuta de un resguardo técnico que le permite realizar su trabajo de manera técnica, utilizando la neutralidad y abstención.

Por otra parte, una de las diferencias con respecto a una relación de apego, es que la RTA protege al paciente de un *peligro interno*, en este sentido, el paciente acude en busca de esta relación cuando le aqueja un síntoma que es interno y que provoca sufrimiento psíquico, no es una situación de peligro externo, como se espera en la relación de apego.

Siguiendo esta línea de análisis, además, podemos decir que también influye el grado de *compensación* que tiene el paciente, lo cual incide en la valoración del peligro, así, en un paciente con menos estructura psíquica el peligro sería más concreto, y viceversa, en un paciente con mayor estructura el peligro sería más simbólico. Y la RTA considera este elemento en su accionar de manera técnica y en cómo protege y acompaña al paciente, por ejemplo siendo más directivo en su actuar o más interpretativo.

La *temporalidad* es otro elemento que diferencia la RTA, ya que se espera y trabaja para que sea una relación acotada en el tiempo, *transitoria*, en la cual el terapeuta le entrega las herramientas al paciente y espera que sea autor de su propio cambio, con lo cual no se genera una relación de dependencia, sino que asume el cambio como algo propio y que le proporciona crecimiento personal que puede utilizar en su vida frente a otras dificultades.

Se esperaría que RTA, sea acotada y quizás *intermitente*, siendo que el paciente vuelva a consultar cuando se encuentre nuevamente abrumado y necesite de apoyo para resolver alguna situación, en la medida que el terapeuta se convierta en una figura que brinda protección y seguridad psíquica.

Por último, al considerar la RTA y su relación con el cambio terapéutico, se postula que esta se diferencia en la medida que permite al paciente la *auto-observación*, el cual es un proceso esencial para generar las condiciones necesarias para generar cambio y que se consideran en los modelos constructivistas propuestos para el análisis. Al involucrar la relación de apego como elemento técnico, permite generar el autoconocimiento, en la medida que el otro tiene una función especular y confirma la identidad, en un contexto intersubjetivo.

Por lo anteriormente expuesto, se puede concluir que si bien la relación terapéutica se orienta a desarrollar una RTA, es necesario considerar las razones por las cuales se fundamenta dicha conclusión :

- Es uno de los elementos que permite generar alianza terapéutica.
- En la medida que se genere alianza, permite producir acuerdos y fijar objetivos de trabajo.
- Es un predictor de rupturas, cuando no se genera alianza y acuerdo de trabajo es más probable que la relación se acabe de manera abrupta.
- Es el medio a través del cual el terapeuta despliega su técnica, utilizando el encuadre para generar este tipo de relación técnica, utilizando la neutralidad y la abstención.

Considerando la importancia de este tipo particular de relación, es necesario que el terapeuta observe su particularidad y su relación con las intervenciones técnicas para que en el momento en que se desarrolle el proceso terapéutico pueda ser un elemento más que el terapeuta pueda utilizar para realizar el análisis propio de la terapia. El terapeuta debe tener en cuenta esta relación (presente) y sus particularidades (acuerdos y conflictos), así como la historia vincular (apego y desapego) del paciente.

En este cruce entre el pasado y el presente es donde surge la posibilidad de generar un cambio en los patrones disfuncionales del paciente, en la medida que el espacio terapéutico se convierte en un lugar seguro que permite y propicia la auto-observación, así como el ensayo nuevas estrategias conductuales.

Por lo tanto y tratando de responder a la pregunta que inspiró esta investigación, si bien la RTA es necesaria para ser un factor de cambio, no es suficiente por sí sola. Es necesario que se despliegue el conocimiento técnico que proveen las teorías clínicas que se presentan en esta investigación. Entonces, considerando lo anteriormente expuesto es que se puede decir que la RTA es el “telón de fondo” sobre el que se despliega la técnica, que permite que el “análisis de los contenidos cognitivos y de la experiencia en el acto terapéutico se maneje dentro de la dinámica de las Dimensiones Operativas”...”El conjunto de todas estas consideraciones facilitará el hecho de que el terapeuta este a disposición del otro como sujeto total para un acto comprensivo complejo, de alta demanda empática, que implica atender al paciente, facilitando su propio aparato psíquico, como elemento de referencia alternativo ante la perplejidad y discrepancia con que éste enfrenta su sintomatología” (Yáñez, 2005, p. 64)

### **Apego como explicación de la psicopatología**

Existe un gran cuerpo de evidencia que relaciona el apego con la psicopatología. Sin embargo, no es posible afirmar que toda “alteración” de las relaciones de apego deriva finalmente en cuadros psicopatológicos, y falta evidencia empírica para establecer dicho tipo de afirmación.

Sin embargo, es relevante tener presente esta mirada evolutiva en los cuadros clínicos que presentan los pacientes, ya que esta forma “evolutiva de mirar” la historia del paciente y su sintomatología o cuadro clínico amplía la comprensión de éste y permite mayores posibilidades de ayuda.

La historia vincular del paciente se constituye en un elemento clave para entender o visualizar aspectos relacionales de él, tanto en sus relaciones interpersonales como en el propio espacio terapéutico. Además, nos entrega valiosa información acerca de su sí mismo y la valía personal que se configuró con sus figuras de apego y su evolución, para llegar a entender cómo se valora hoy a sí mismo.

Además, los conflictos que se generaron, el tono emocional y la forma de resolverlos, es un aporte de información esencial en la medida que dichas dinámicas se repiten en terapia y se abre la posibilidad de generar un nuevo patrón de resolución. Por ejemplo, si el paciente en su historia tiene un estilo evitante (A) presentará resistencia para ser ayudado lo que se traduce en una baja adhesión al tratamiento, por ello será tarea del terapeuta tener en consideración esto para abordarlo y encontrar la forma en el paciente pueda mirar esta forma de reaccionar, y exista la posibilidad de cambio.

Por otra parte, se considera el modelo multicausal, siendo imposible determinar una única causa para algún cuadro o trastorno, por lo cual no se podría establecer una relación causa efecto entre un determinado cuadro y tipo de apego en particular.

### **Apego y cambio terapéutico**

Además del trabajo del terapeuta en la metodología de deconstrucción y auto-observación, el terapeuta trabaja, desde el punto de vista del apego, sobre el patrón de apego de la propia relación establecida con su paciente. De este modo, cabe la posibilidad de intencionar la forma que toma la interacción conductual, y dirigir el proceso observacional sobre las diferencias que suscita en la vivencia del paciente “vivir” el mundo interpersonal desde estrategias nuevas, distintas de su estrategia habitual.

En este espacio relacional el paciente puede observar sus propios modelos internos de trabajo, y hacer consciente las expectativas de respuesta en el otro y de este modo visualizar la apreciación que se tiene de sí mismo. Este proceso de auto-



observación permite que el paciente mire desde su perspectiva adulta, y pueda reflexionar acerca de los eventos que ocurrieron en su infancia, en relación con sus figuras de apego.

El vivir esta experiencia en un espacio protegido y con una figura de apego estable, le permite al paciente tener una experiencia de apego, quizás única en su vida, o nunca antes experimentada y de este modo puede constituir en una oportunidad de cambio.

Por otro lado, y respecto de las expectativas de protección que trae el paciente, se puede establecer que éstas se constituirán desde su propia historia vincular. La RTA de la terapia abre la posibilidad de re-editar las formas de vínculo, permitiendo explorar y ensayar estas alternativas en los vínculos actuales.

La generación de una RTA es un elemento necesario para el cambio en psicoterapia. Sin embargo, desde los planteamientos de Guidano y Yáñez, intervenir en los procesos de apego es condición *necesaria pero no suficiente* para la generación de cambios en psicoterapia, en este sentido, la RTA tributa a fortalecer la alianza terapéutica en su calidad de factor común de cambio en psicoterapia, pero por sí sola no logra dar cuenta de la riqueza y complejidad de lo que sucede en un proceso psicoterapéutico exitoso.

En este sentido es necesario que la figura del terapeuta sea capaz de reconocer e identificar sus propias limitaciones y su propia historia vital, dado que “si el terapeuta tiene un conocimiento limitado de si mismo”...”y si no se a comprometido completamente y frecuentemente en el proceso de integración, puede que se distorsione el poder del si mismo, incluso que sea destructivo” (Crittenden, 2000, p. 80)

Por lo tanto, y en base a este autoconocimiento, es que se puede sustentar la base del RTA, lo que permitirá que el terapeuta despliegue la técnica que le provee la teoría, de manera de tener un marco referencial que le permita entender la dinámica y

sintomatología del paciente, para intervenir de manera intencionada con objetivos claros y precisos que se dirigen a generar bienestar subjetivo del paciente.

### **Limitaciones de este estudio**

Una limitación a considerar dentro del análisis teórico realizado es la necesidad de incluir en la discusión la teoría del cambio, en cuanto al rol que cumple en función del apego y la relación terapéutica. Ya que si bien se puede establecer un puente teórico y discutir su relación, el fenómeno de cambio se podría generar en la medida que el terapeuta utilice de manera técnica la relación que se establece, sin embargo, si bien la literatura da cuenta de que la relación por si sola no es suficiente para generar cambios en el paciente, es necesario incorporar los elementos técnicos específicos de las perspectivas terapéuticas, aún permanece la interrogante de cuanto es el peso que se puede asignar a la RTA como factor de cambio.

Por lo anteriormente descrito, otra limitación del estudio es carecer en la actualidad de evidencia empírica que valide este constructo (RTA), por este motivo se espera que a futuro se puedan realizar investigaciones cualitativas para observar en la relación terapéutica el comportamiento de las variables consideradas en esta construcción teórica. Posteriormente es esperable construir instrumentos que permitan medir dichas variables a nivel cuantitativo.

Se considera además necesario, según la línea de este estudio, enriquecer el análisis considerando los estilos de apego del terapeuta. De este modo, se podría dar cuenta de los posibles conflictos o puntos relevantes que el terapeuta debe considerar en su actuar profesional. Un desconocimiento sobre sus propias competencias podrían afectar el difícil proceso de autorrevelación y cambio que requieren los pacientes, lo cual como indica Crittenden (2000) se arriesgan recreando el miedo y aumentando la distorsión.

En esta investigación no se consideraron estudios empíricos en torno al concepto de Apego, dichos estudios podrían fundamentar aspectos que no fueron considerados en el análisis realizado y generar elementos que enriquezcan el análisis.

### **Posibles líneas de investigación**

Finalmente, considerando el análisis teórico expuesto en este documento, se vislumbra la importancia de profundizar en el rol del estilo vincular del terapeuta en la formación de la alianza como elemento involucrado en el cambio que pueda producirse en el paciente.

Otra línea de investigación surge al realizar un análisis o estudio empírico donde se considere el estilo de apego del paciente, en relación a su historial de relaciones afectivas cercanas y la forma en que se vincula en el proceso terapéutico, esta concepción dinámica del apego permitiría, por un lado comprender las relaciones cercanas que estableció el paciente en su historia y el considerar el vínculo actual con el terapeuta es una “puesta al día” de la situación actual de apego del paciente. Este forma de comprender las relaciones permitiría comprender esta compleja dinámica entre su historia y las necesidades actuales que presenta el paciente, el cómo evoluciona y desarrolla su historia vincular es un punto importante que queda pendiente de abordar y estudiar, como una fuente importante de información que entrega herramientas para generar cambio.

El constructo teórico propuesto, considera de manera implícita un guion culturalmente establecido que indica los patrones conductuales considerados en la psicoterapia, y define tanto el lugar y guion del paciente como el de terapeuta. En este sentido sería relevante estudiar como esta Relación Técnica de Apego surge en distintos escenarios culturales, considerando la influencia de los factores inespecíficos que puedan surgir en la relación terapéutica. Se propone evaluar si existen diferencias en los patrones conductuales basados en aspectos culturales .

Desde este punto de vista, los esfuerzos de investigación deberían conducirse a la pesquisa de fuerzas de cambio específicas y potentes, teóricamente bien enmarcadas y cuya administración clínica fortalezca nuestro rol de especialistas. Por ejemplo, variables del paciente tan relevantes como sus expectativas de cambio o de su motivación al cambio, se verán fortalecidas o debilitadas en función de los significados construidos por su sistema sí mismo. Por otra parte, se hace muy relevante saber qué variables del terapeuta son las más relevantes en relación con el cambio, y junto con ello descubrir cómo utilizarlas clínicamente de modo de potenciar su aporte al cambio terapéutico.

Las cualidades de la terapia y del terapeuta adquieren valor y fuerza de cambio en la medida que el paciente las percibe y las valora (Wendu y Klein, 1981 citado en Opazo, 2001).

Como sea que todos los elementos aquí descritos hacen referencia a elementos propios de la relación terapéutica, es posible afirmar que se puede analizar cómo los distintos factores aludidos son factibles de ser descritos desde los lineamientos centrales de la teoría del apego. En este sentido, una descripción y categorización que busque establecer cuáles son los rasgos coincidentes entre ambos constructos lograría apuntar a la consecución de pautas de acción concretas para el clínico, así como la observación de variables cualitativas propias del paciente que resultarían reveladoras sobre sus procesos de cambio.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 38(2)*, 171-185. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J., y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23(1)*, 1-33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. New York: Psychology Press.
- Alexander, F., y French, T. (1946). *Psychoanalytic Therapy*. New York: Ronald Press.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Shaver, P. R. (2007). A spanish version of the experience in close relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14*, 45-63
- Bachelor, A., y Horvath, A. (1999). *The therapeutic relationship*. En Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC, US: American Psychological Association, xxiv, 462 pp. <http://dx.doi.org/10.1037/11132-004>
- Balbi, J. (1994). *Terapia cognitiva posracionalista. Conversaciones con Vittorio Guidano*. Argentina: Biblos.
- Barber, J. P., Crits-Cristoph, P. y Luborsky, L., (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64 (3)*, 619-622.
- Botella, L. (2008) Resultado y proceso en Psicoterapia cognitivo-constructivista integradora. *Apuntes de Psicología, 26 (2)*, 229-241.

- Bowlby, J. (1969/1998). *El apego. El apego y la pérdida I*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1973/1998). *La separación. El apego y la pérdida II*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1980/1998). *La pérdida. El apego y la pérdida III*. Barcelona: Paidós.
- Camejo, A. (2006). *La Epistemología Constructivista en el contexto de la post - modernidad*. Recuperado el 05 de 2014, de [www.ucm.es/info/nomadas/14/ajcamejo.pdf](http://www.ucm.es/info/nomadas/14/ajcamejo.pdf)
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69 (4), 1107-1128.
- Castonguay, L. G., Beutler, L. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford University Press: New York.
- Chacón, H. (2010). *Estudio el terapeuta como perturbador estratégicamente orientado. desde el enfoque constructivista cognitivo*. Tesis para optar al grado de Magíster. Universidad de Chile.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2). 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004a). Investigación en Psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes. España: Visión Net
- Crittenden, P. M. (1997). *Vínculo y psicopatología*. Miami: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 41, 67-82.
- Crittenden, P. M. (2002). *Attachment, information processing and psychiatric disorder*. Miami: Family Relations Institute.
- Crittenden, P. M. (2003). Transformation in attachment relationships in adolescence: Adaptation versus need for psychotherapy. *Revista de Psicoterapia*, 12, 33-62.
- Crittenden, P. M. (2005). *Attachment and cognitive psychotherapy*. International congress on cognitive psychotherapy.

- de Roten, Y., Michel, L., y Peter, D. (2007). Pour un dialogue entre recherche et clinique: un étude de cas autour de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies*, 27(1), 37-45. doi: 10.3917/psys.071.0037
- Doran, J. (2014). The working alliance: where have we been, where are we going? *Psychotherapy research*, doi: 10.1080/10503307.2014.954153
- Dozier, M., Stovall, K. C., y Albus, K. (1999). *Attachment and Psychopathology in Adulthood*. En Cassidy, J., y Shaver, P. (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, (pp. 497-519). New York, London: The Guilford Press.
- Duncan, B., Miller, S. (1999). Working Alliance Theory Of Change Inventory (WATOCI). En the institute for the study of therapeutic changes (ISTC) and partners of changes (en línea) <http://www.talikecure.com>
- Eames, V., Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brown, E. R., y McKay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24(1), 52-66.
- Feeney, J., y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Fernández-Álvarez, H. (2003). Claves para la unificación de la psicoterapia (más allá de la integración). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(3), 229-246.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O., y Tomicic, A. (2012). Episodios de cambio y estancamiento en psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 5-22.

- Galleguillos, T. (2011). El Concepto de Apego en la Psicoterapia Constructivista Cognitiva, Enfoque y Rol del Terapeuta. Tesis para optar al grado de Magíster. Universidad de Chile.
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507
- Garrido, L., Santelices, M. P., Pierrehumbert, B., Armijo, I., Guzmán, M., Fuentes, M. y Lizano, M. (2013) Cuestionario de evaluación de apego en el adulto, CaMir. Talca: Ediciones Universidad Católica del Maule.
- Gastón, L., Marmar, C.R., Thompson, L.W. y Gallager, D. (1991) Alliance prediction of outcome beyon intreatment symptomatic change as psychotherapy progreses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of self*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (1997). *Relaciones entre vínculo y significado personal*. Roma: Centro de terapia cognitiva, Conferencia.
- Guidano, V. (2001). *El modelo cognitivo post racionalista. Hacia una reconceptualización teórica y crítica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V., y Liotti, G. (2006). *Procesos Cognitivos y Desordenes Emocionales*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Hazan, C., y Zeiffman, D. (1999). *Pair bonds as attachments: evaluating the evidence*. En Cassidy, J. & Shaver, P. (Eds.). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Henry, W. y Strupp, H. (1994). The therapeutic Alliance as interpersonal process, Horvath, Adam O. (Ed); Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The Working Alliance: Theory, Research and practice*. Wiley series on personality processes. (51-84), New York: Jhon Wiley and Sons.



- Holmes, J. (2011). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 3-7. doi: 10.1080/10503300512331339143
- Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between Alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149
- Keeney, B. (1988). *La estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Kendler, K. S., Sheth, K., Gardner, C. O., y Prescott, C. A. (2002). Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: The time-decay of risk and sex differences. *Psychological Medicine, 32*(3), 1187–1194.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., de la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echábarri, O., Ben Dove, P., Reyes, L., Altamir, C., Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de Psicología, 38* (2), 299-325.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda parte: la teoría del apego*. Santiago: LOM.
- Lossa, L., Corbella, S. y Botella, L., (2012) Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología, 105* 91-103
- Lorion, R. (1974). Social class, treatment, attitudes, and expectations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 920.

- Mahoney, M. (1988). Constructive Metatheory: 1. Basic Features and Historical Foundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1(1), 1-35.
- Maturana, H. (1997). *La objetividad: un argumento para obligar*. Santiago: Dolmen Ediciones.
- Michel, L., Kramer, U., y de Roten, Y. (2011). Alliance evolutions over the course of short-term dynamic psychotherapy: A case study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 43-54. doi: 10.1080/14733145.2011.546160
- Mikulincer, M., y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., y Shaver, P. (2008). *Adult attachment and affect regulation*. En Cassidy, J. & Shaver, P. (Eds.). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Montero, I., y León, O. (2007). A Guide for naming research studies in psychology. *International Journal of clinical and health psychology*, 7(3), 847-862.
- Muñoz, C. (1998). *Como elaborar e investigar una investigación de tesis*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Nardi, B., y Moltedo, A. (2009). Desarrollo del modelo de las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano: Los procesos de construcción del sí en el modelo cognitivo posracionalista evolutivo. *Psicoperspectivas*, 8 (1), 93-111.
- Neimeyer, R. (2013). *Psicoterapia Constructivista, rasgos distintivos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Neimeyer, R., y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. España: Paidós.
- O'Brien, M., y Houston, G. (2007). *Integrative therapy: a practitioner's guide*. London: SAGE Publications Ltd.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa. Delimitación Clínica*. Ediciones ICPSI, Santiago.

- Osorio, F. (2012). *Análisis cualitativo del cambio terapéutico en psicoterapia constructivista cognitiva. Una mirada desde la experiencia subjetiva de los pacientes*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Universidad de Chile.
- Pattakou-Parassiri, V., y Nestorus, J. N. (2007). La alianza terapéutica y el compromiso en la terapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 151-157.
- Safran, J., y Muran, J. C. (2005) *La Relación Terapéutica. Una Guía para el Tratamiento Relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Safran, J., y Segal, Z. (1994) *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D., y Müller, P. (2008) Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26(1), 89-98.
- Sonkin, D. (2005). Attachment Theory and Psychotherapy. *The California Therapist*, 17(1), 68-77.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., y Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
- Vergara, P. (2011). *El Sentido y Significado Personal en la Construcción del Identidad Personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, Universidad de Chile.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum & Associates.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. doi:10.1037/0003-066X.62.8.857
- Watzlawick, P., y Krieg, P. (comp.) (1994). *El ojo del observador: Contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Gedisa.

- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de doctor en Psicología. Universidad de Chile.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V., y Vergara, P. (2001) Hacia una meta teoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología*, 1(10), 97-110.
- Zagmutt, A. (2004). *La Técnica de la Moviola*. Sao Paulo: Ed. Abreu y Guilhardi Roca.
- Zagmutt, A. (2010). *Vínculos afectivos, mentes conectadas*. Santiago: Uqbar Editores.
- Zalaquett, C., Manzi, J., Duque, M., Krebs, M., y Aninat, M. (1982). El proceso Psicoterapéutico con pacientes pobres. *Revista Chilena de Psicología*, 5, 1-2.