

Avances clínicos de teoría del vínculo de apego en los últimos 25 años

Clinical advances of attachment theory in the last 25 years

Mauricio Cortina

Profesor, Institute of Contemporary Psychotherapy and Psychoanalysis
y Washington School of Psychiatry (Estados Unidos)

Resumen

En los últimos 25 años ha habido un crecimiento impresionante de las aplicaciones clínicas de la teoría del vínculo de apego a la clínica. El artículo resume tres áreas donde este crecimiento ha sido más notable: en intervenciones tempranas, en terapias con parejas y en terapias individuales con adultos. Las intervenciones tempranas son una aplicación directa de la teoría del vínculo de apego. Esta aplicación está fundamentada en una base científica sólida de observaciones minuciosas y sistemáticas hechas sobre el vínculo de apego durante la infancia en los últimos 60 años. Su enfoque principal es en ayudar a las figuras de apego a tener respuestas sensibles con sus infantes que respondan a su necesidad de sentirse protegidos y cuidados. Secundariamente estas intervenciones pueden cambiar los modelos representacionales de las figuras de apego, pero no son su enfoque primario. El trabajo con parejas y con adultos en terapias individuales requiere un enfoque más amplio que responde a la multitud de variantes que entran en juego en la clínica. La teoría de apego es muy específica y no pretende ser una teoría general de los vínculos humanos. Pero esta especificidad es su fuerza. Basada en una literatura muy amplia sobre la regulación emocional del vínculo de apego en adultos, propongo una manera de usar este entendimiento de regulación emocional en la clínica. A saber: regulaciones emocionales seguras o autónomas, descartantes (que minimizan necesidades de apego), preocupantes (que amplifican las necesidades de apego) y controlantes. Exploro cómo cada una de estas estrategias de regulación emocional se manifiestan en la clínica en expresiones transferenciales y contratransferenciales.

Palabras clave: Aplicaciones clínicas, Estrategias de regulación emocional, Teoría del vínculo de apego, Transferencia/contratransferencia

Abstract

The last 25 years have seen an impressive growth of clinical applications of attachment theory. This article summarizes three areas where the growth has been most notable: early interventions, couples' therapy and individual therapy with adults. Early intervention is supported by 60 years of extensive and systematic observation of attachment bonds during infancy. Couples work and individual therapy with adults require a larger lens to capture the complexities of issues that bring people to treatment. Attachment theory is very specific about its focus on attachment relations through the life span. It is not a general theory of human relations. This is not a limitation but a strength. It builds on a growing literature of the emotional regulation of attachment relations in adults. I use this knowledge to identify four emotional regulation strategies: Secure-autonomous, dismissive (that minimize expressions of attachment needs), preoccupied-enmeshed (that amplify the expression of attachment needs) and controlling strategies. These strategies can be used as important entry points into therapy. I show how each one of these strategies can be expressed as transference and countertransference reaction in treatment.

Keywords: Attachment theory, Clinical applications, Emotional regulating strategies, Transference/ countertransference

Bowlby nunca se imaginó que la teoría de apego se convertiría en una de las más importantes sobre el desarrollo socioemocional en el mundo. Al final de su vida tuvo la gran satisfacción de haber visto la investigación sobre apego tomar vuelo, pero lamentó que sus colegas no hubiesen explorado el uso de la teoría en la clínica. Esto ha cambiado drásticamente en estos últimos 25 años. En este artículo examino la aplicación clínica de la teoría de apego en tres áreas: en intervenciones tempranas, en terapias con parejas, y en terapias individuales con adultos.

Las intervenciones tempranas están basadas en observaciones y sistemáticas minuciosas hechas en los últimos 50 años por investigadores de apego sobre conductas sensibles, cooperativas y no intrusivas de las mamás con sus infantes, así como de conductas poco sensibles, intrusivas y atemorizantes (Ainsworth, 1967; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick y Atwood, 2003; Main, 1995; Main y Solomon, 1986; Main y Weston, 1981). Estudios metaanalíticos que agrupan investigaciones seleccionadas en base a criterios estrictos han establecido conexiones estadísticamente significativas entre los modelos representacionales de las figuras de apego y las respuestas sensitivas que muestran hacia sus infantes y entre las respuestas sensitivas de las figuras de apego y el tipo de apego que desarrollan sus infantes con ellas (de Wolff y Van IJendoorn, 1997; Van IJendoorn, 1995). Investigaciones hechas con diseños longitudinales han confirmado estas asociaciones agregando un punto importante. Las relaciones de apego tempranas por sí solas no determinan el desarrollo posterior. Es la combinación de la historia de las relaciones de apego, el efecto acumulativo de las múltiples vicisitudes del desarrollo *más las adaptaciones actuales* lo que determina el desarrollo de relaciones de apego en adultos (Sroufe, Egeland, Carlson y Collins, 2005). Esto nos hace recordar la frase famosa de Ortega y Gasset "Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo".

Esta base científica apunta claramente hacia la efectividad de terapias tempranas enfocadas específicamente en mejorar la sensibilidad de las figuras de apego. En cambio intervenciones en adolescentes y adultos informadas por la teoría del vínculo de apego requieren una integración con otras teorías relacionales-vinculares que toman en cuenta la multitud de factores que entran en juego en estas terapias. Dada esta multitud de factores, la virtud más importante de la teoría de apego es su especificidad y no tratar de abarcar todas las complejidades que se dan en las relaciones humanas.

La función adaptativa principal de los vínculos de apego es el poder sentirnos seguros en relaciones de apego íntimas. Esta seguridad nos permite confiar en las figuras de apego y exponer vulnerabilidades. En niños o niñas la seguridad debe ser unidireccional y va del infante al adulto. En relaciones de apego adultas saludables la seguridad es bidireccional y el apoyo es mutuo cuando se necesita. Cuando esta seguridad no existe o está sujeta a operaciones defensivas (o como las llamó Harry Stack Sullivan “operaciones de seguridad” (Sullivan, 1953) las relaciones íntimas de apego se evitan o se vuelven complicadas y conflictivas. Una de las aportaciones más importantes que hace la teoría del vínculo de apego a la clínica es proporcionar una manera de entender y conceptualizar cómo es regulada la seguridad mediante estrategias emocionales inconscientes. Expondré después cómo estas estrategias de regulación emocional se manifiestan en nuestras interacciones con pacientes y en el diálogo clínico.

Intervenciones tempranas

La mayoría de las intervenciones que voy a describir están encaminadas a modificar la sensibilidad de las figuras de apego hacia sus infantes y no tanto sus modelos representacionales, lo que Bowlby llamo *modelos operativos internos* [internal working models] (Bowlby, 1960). Estos modelos pueden cambiar como resultado de estas intervenciones, pero no son su foco primario. Las intervenciones tempranas son de varios tipos, pero todas tienen en común ser muy específicas y focalizadas, apoyando interacciones más sensibles y menos intrusivas de las figuras de apego, e interviniendo en interacciones problemáticas.

En general estas intervenciones son de poca duración, entre 6 y 40 sesiones, y han demostrado ser efectivas, aun con casos difíciles donde hay una historia de apego desorganizado y trauma. Algunas de estas intervenciones usan videograbaciones de interacciones entre figuras de apego y sus infantes para ayudarlos a reconocer sus respuestas sensibles e insensibles con sus infantes. Las intervenciones pueden tener lugar en un consultorio, en una clínica, o en el hogar. Es los últimos 15 años estas intervenciones han tomado un *giro comunitario*, enfocándose en poblaciones de alto riesgo en varios lugares del mundo (ver el excelente resumen de Berlin, Zeanah y Liberman, 2016).

A continuación voy a describir cuatro intervenciones tempranas en donde existe mayor evidencia de su efectividad:

- Psicoterapia de padres-niñas [child-parent-psychotherapy o CPP] ¹
- Programa de Recuperación del apego y de índices bio-conductuales [attachment and biobehavioral catch-up program o ABC]

- Programa de intervención usando grabaciones como retroalimentaciones para promover una parentalidad positiva [video-feedback intervention to promote positive parenting program o VIPP]
- El círculo de seguridad [circle of security o COS]

Psicoterapia de padres-niños [parent-child psychotherapy o CCP]

La Psicoterapia Padres-Niñas/Niños es una intervención diádica diseñada por Alicia Lieberman y sus colegas en San Francisco para tratar familias de alto riesgo. El CCP tiene como objetivo ayudar a las madres o padres a empatizar con la aflicción, miedo y desamparo de sus infantes y explorar los sentimientos negativos de los padres y las madres hacia ellos. Estos sentimientos generalmente son una repetición de conflictos que tuvieron con sus figuras de apego en su niñez. La terapeuta funciona como una figura de confianza y base segura para ayudar a los padres a observar sus conductas con sus infantes, explorando maneras más afectivas de interactuar con ellos, y poniendo atención a sus comunicaciones verbales y no verbales. La intervención dura aproximadamente 12 meses y empieza con una evaluación detallada sobre eventos traumáticos que han tenido los padres durante su vida, e interacciones violentas que han observado los infantes. El terapeuta usa el juego e interacciones no estructuradas para ayudar a los padres a construir una relación positiva con sus infantes. Los terapeutas trabajan con un equipo de trabajadoras sociales para ayudar a las familias a obtener servicios y recursos básicos. El CCP ha sido manualizado para facilitar su aprendizaje (Lieberman y Van Horn, 2005). Es una intervención informada por la teoría del apego pero no limitada a temas de apego. Estudios con controles aleatorios han demostrado efectos sostenidos en la seguridad de apego, las figuras de apego, y las conductas de los niños (Lieberman, Ghosh Ippen y Van Horn, 2006). El CCP también ha demostrado ser eficaz con niños maltratados, normalizando sus niveles de cortisol matutinos que son una medida fisiológica del estrés de estos infantes maltratados (Cicchetti, Rogosch y Toth, 2011).

Programa de recuperación del apego y de índices bioconductuales [attachment and biobehavioral catch-up program o ABC]

El ABC es una intervención diseñada por Mary Dozier y sus colegas en la Universidad de Delaware. Consiste en 10 sesiones que tienen lugar en el hogar de las familias. El ABC es una intervención en la que la terapeuta funciona como guía-mentora para las madres, focalizando su atención en sus conductas maternas y en las comunicaciones de sus infantes con ellas, específicamente: conductas de apoyo de las madres con sus infantes y conductas atemorizantes de las madres hacia sus infantes. Los terapeutas también se centran en las comunicaciones verbales y no verbales con sus infantes, siguiéndolas de cerca. Las conductas atemorizantes de las madres son un área de enfoque muy importante en esta intervención que tiene su base en el descubrimiento de que los infantes clasificados como desorganizados en la Situación Extraña de Mary Ainsworth tienen figuras de apego que asustan a sus infantes con conductas agresivas o con expresiones inconscientes de temor. Una serie de investigaciones han demostrado que el apego desorganizado es un factor de alto riesgo para el desarrollo socioemocional de los infantes (Solomon y George, 2011; Solomon y George, 1999).

Los terapeutas entrenados en esta intervención activa y focalizada hacen observaciones sobre la conducta materna en el momento en que se observan. La efectividad de esta intervención depende de la habilidad de los terapeutas de notar de inmediato las conductas

de las madres (cuando menos un comentario cada minuto) y las respuestas de sus infantes, así como de hacer sus observaciones en forma repetida. Por ejemplo, diciendo “Hiciste muy bien en abrazar a tu hija cuando se notaba alterada” o “Fíjate cómo se calmó de inmediato cuando la abrazaste”. Las primeras sesiones están dedicadas a ayudar y reforzar las conductas de apoyo sensitivas de las madres hacia sus infantes, y su capacidad de observar de cerca las comunicaciones de sus infantes para poder colaborar y no intervenir con sus iniciativas. En las últimas sesiones la terapeuta enfoca las conductas o expresiones atemorizantes de las madres hacia sus infantes.

Dada su brevedad, es sorprendente su eficacia. Usando muestras grandes con controles aleatorios, los investigadores han demostrado la efectividad de la intervención con madres en hogares de acogida (Bick y Dozier, 2013; Dozier, Lewis, Bick, Bernard y Peloso, 2009). En cuanto a sus efectos sobre el apego desorganizado, los investigadores hicieron un estudio con 212 infantes menores de dos años de edad que habían sido referidos a servicios de protección infantil por maltrato. Es muy probable que muchos de estos niños tengan un apego desorganizado. El estudio encontró que unos meses después de la intervención, y en comparación con los casos controles que no recibieron la intervención, las díadas que recibieron la intervención tenían una mayor probabilidad de haber desarrollado un apego seguro y menor posibilidad de tener un apego desorganizado (Bernard et al., 2012). Estas intervenciones logran que los niveles de cortisol matutino altos y su regulación diurna en los infantes regresen a niveles normales (Dozier, Peloso, Laurenceau y Levine, 2008). Los niveles altos de cortisol matutino y su desregulación diurna son una medida fisiológica precisa del estrés de estos infantes con apego inseguro o desorganizado.

Programa de intervención usando grabaciones como retroalimentaciones para promover una parentalidad positiva [video-feedback intervention to promote positive parenting o VIPP]

El VIPP es un programa de intervención temprana diseñado por Marinus Van IJendoorn con sus colegas en Holanda. La intervención tiene lugar en el hogar y consiste en 6 sesiones de aproximadamente 90 minutos de duración. Los terapeutas usan videograbaciones hechas en casa y materiales didácticos proporcionados por el equipo de intervención. Usando una técnica que denominan *Hablando por los infantes*, los terapeutas intentan sensibilizar a los padres. Específicamente los terapeutas ayudan a los padres a notar las señales y comunicaciones de sus infantes, a interpretar estas comunicaciones correctamente, y responder a ellas a tiempo y en forma apropiada. En las sesiones se usan las grabaciones hechas en casa para identificar lo que llaman *Eslabones de sensibilidad* en los que las respuestas sensibles de las figuras de apego son recibidas por los infantes en forma positiva, creando una continuidad armónica en sus interacciones. Usando como control sesiones telefónicas semanales con las madres, varias investigaciones han encontrado que el VIPP es efectivo. Por ejemplo, un estudio con una muestra de 82 mamás primerizas identificadas como teniendo *Estados de mente inseguros*, usó el VIPP cuando sus infantes tenían entre 7 y 10 meses de edad. La investigación encontró respuestas más sensibles de las madres unos meses después de la intervención, pero no se notó ningún cambio en las intervenciones telefónicas semanales (Klein Velderman, Bakerman-Kranenburg, Juffer y Van IJendoorn, 2006). Un resultado muy interesante de esta investigación es que la respuesta al VIPP fue más fuerte en aquellos infantes que fueron identificados por los investigadores como *altamente reactivos*. Es decir, en las intervenciones con infantes *reactivos* o irritables, con los cuales las madres primerizas tienen más dificultades en poder tener respuestas sensibles, son las

madres que más se beneficiaron por la intervención. El VIPP ha sido modificado para tener sesiones de hasta tres horas de duración para explorar las experiencias de apego de los padres (VIPP-R). Otra modificación fue hecha para inculcar métodos de *Disciplina sensible* (VIPP-SD). El VIPP también se ha usado con algunas modificaciones para intervenir en poblaciones especiales, como en madres con desórdenes de la alimentación y en niños autistas. Para ver los resultados de estas modificaciones y su efectividad revierte al lector al capítulo de Berlin, Zeanah y Lieberman (2016).

El círculo de seguridad (circle of security o COS)

El COS es producto de tres terapeutas, Glen Cooper, Kent Hoffman and Bert Powell, que residen cerca de Seattle, Washington. Decidieron tomar un curso intensivo sobre apego con la investigadora de apego Jude Cassidy de la Universidad de Maryland en sesiones telefónicas semanales durante dos años. Basados en esta introducción exhaustiva a la teoría del vínculo de apego diseñaron los instrumentos para evaluar a las familias y plantear la intervención. Se unieron después con otro investigador de apego, Robert Marvin, para demostrar su eficacia.

En su versión original la intervención consiste en 20 sesiones grupales en las que el entrenador/terapeuta enseña a las madres y los padres de familia las bases fundamentales de la teoría de apego y su evidencia científica. Las gráficas diseñadas para esta intervención, llamadas el *Círculo de Seguridad* son esenciales e ilustran en forma clara y precisa cómo los infantes usan a las figuras de apego como un refugio emocional cuando las necesitan y como una base para la exploración. Previa a la intervención cada día se filmaba con el procedimiento de la Situación Extraña. El equipo selecciona clips de este procedimiento para cada día que se usarán con el grupo de madres y padres durante las primeras sesiones. Estos clips demuestran algunas dificultades sobresalientes que tienen las figuras de apego en relación con sus infantes así como sus conductas cooperativas y sensibles. También se aplica una entrevista (el COSI) a los padres o madres antes de la intervención. En el COSI se hacen evidentes sus vulnerabilidades en cuanto a separaciones y abandonos, su autoestima y sentido de seguridad, y los procesos defensivos que usan las madres o padres para protegerse de estas vulnerabilidades. Con este material rico los terapeutas gradualmente van educando a los miembros del grupo sobre cómo operan sus conductas y actitudes defensivas en relación con sus infantes, y cómo pueden ir cambiando sus interacciones con sus infantes para hacerlas menos defensivas. Los resultados de esta primera intervención con 65 días demostraron una reducción muy significativa pre y post intervención de apegos desorganizados y apegos inseguros (Hoffman, Marvin, Cooper y Powell, 2006). Estos resultados favorables han sido replicados en otras dos investigaciones.

El COS en su versión original es muy laborioso, y a través de los años se ha ido modificando para hacerlo más sencillo y accesible a los terapeutas y a las poblaciones en que se aplica. Una versión, el COS-HV4 consiste en cuatro sesiones en el hogar de 90 minutos de duración, con un seguimiento breve unos meses después. La intervención fue diseñada para intervenir con madres que tienen bebés irritables y que tienen condiciones socioeconómicas desfavorables (Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica y Lejuez, 2011). La intervención redujo en forma sustancial el riesgo de desarrollar apegos inseguros evitativos (asociada a madres que tienen infantes con un temperamento irritable) y apegos desorganizados. Basados en estos resultados favorables Cooper, Hoffman y Powell desarrollaron un protocolo de ocho sesiones con el objetivo de estimular la capacidad reflexiva de las figuras de apego, el *Círculo de Seguridad* para los padres

(COSPTM). La idea del COSPTM es de usar la misma idea del COS original, pero en vez de usar videograbaciones para cada día, se usan ejemplos en un disco que se ofrece a los padres para su estudio. Los video clips en este disco son utilizados para facilitar un diálogo entre los padres para lograr una parentalidad efectiva que responda a las necesidades de sus infantes. Durante las primeras sesiones el enfoque es sensibilizar a las madres y padres de familia a las comunicaciones y las necesidades de sus infantes con el objetivo de desarrollar apegos seguros. En sesiones posteriores el enfoque cambia a examinar las vulnerabilidades de los madres y padres en cuanto a las relaciones de apego que tuvieron en el pasado con el objetivo de poder reflexionar sobre ellas y en los procesos defensivos que mantienen tipos de apego inseguros o desorganizados en su lugar.

El COSPTM ha sido piloteado en seis países, incorporando sugerencias de esta primera fase en una versión final fue lanzado con gran éxito. Más de 15000 personas han sido entrenados con el DVD y ha sido traducido en muchos idiomas. Investigaciones preliminares de su efectividad se están llevando en tres países²

Terapias con parejas

Aun cuando han aparecido intervenciones familiares informadas en la teoría del vínculo de apego enfocadas en el tratamiento de adolescentes con cuadros de depresión y peligro de suicidio (Diamond, Diamond y Levy), voy a centrarme en las terapias de parejas informadas por la teoría del apego que tienen una trayectoria más larga y en las cuales hay mayor evidencia de su efectividad. En particular en la *terapia enfocada en las emociones* de la pareja –[emotionally focused therapy o EFT] (Johnson, 2008; Johnson, 2014).

La EFT tiene varios ejes de atención e intervención:

- La validación de las necesidades de apego. Esto implica privilegiar emociones y sentimientos que expresan vulnerabilidades, angustias y miedos en cuanto al vínculo de apego con el fin de desarrollar una conexión emocional más profunda. Para ello es importante primero estabilizar la pareja cuando sea necesario para poder explorar estas emociones
- El establecimiento de una alianza terapéutica colaborativa funciona como un elemento estabilizador fundamental. El terapeuta va creando un ambiente de seguridad en las sesiones que permitan la expresión de vulnerabilidades en cada miembro de la pareja. El objetivo es articular estas vulnerabilidades y emociones que no han sido reconocidas o han sido soslayadas o ignoradas. Con ello se puede pasar a las siguientes dos metas.
- Identificar ciclos de inseguridad, desasosiego emocional y conflicto de la pareja. Un ejemplo común es que un miembro de la pareja recurre a acusaciones o enjuiciamientos, mientras el otro se retrae y retira emocionalmente.
- Reparar estos ciclos de desasosiego emocional y conflicto. Para ello el terapeuta ayuda a cada miembro de la pareja a hacer explícitas sus necesidades de cercanía y seguridad emocional, ayudándoles a escuchar y responder a esos deseos y necesidades sin juzgarlos y con una escucha empática. A medida que se van dando

respuestas empáticas y sensitivas, se van creando ciclos de reparación y acercamiento emocional.

- Poder hablar abierta y honestamente de infidelidades y sentimientos de abandono emocional. Por ejemplo sentirse solo durante una pérdida importante que afecta a uno o a ambos miembros de la pareja. En caso de infidelidades, el rol del terapeuta es ayudar a la pareja a poder expresar los sentimientos de enojo, humillación, angustia, vergüenza y tristeza que han causado estas infidelidades y sentimientos de abandono. El terapeuta ayuda al otro miembro de la pareja a no responder en forma defensiva (por ejemplo, justificándose) para poder escuchar y empatizar con esos sentimientos. Con ello se va recobrando la confianza perdida y se van reparando estas heridas. Muchas veces las infidelidades son el resultado de un alejamiento emocional que se ha ido gestando durante mucho tiempo.

Las primeras fases de la terapia están dedicadas a disminuir los conflictos de pareja y las heridas emocionales, y las siguientes sesiones son de reparación. Hay evidencia substancial de la eficacia de esta aproximación a la terapia de pareja en cuanto a resultados y procesos de cambio. Un meta-análisis encontró que del 70 al 73% de las parejas se recobraron del estrés y conflictos relacionales después de 10 a 12 sesiones con terapeutas que estaban recibiendo supervisión en este tipo de terapia (Johnson, Hunsley, Greenberg y Schlindler, 1999). Es más, el efecto de tamaño medio [mean size effect] a través de todos los estudios fue de 1.3, un efecto considerable en estudios sobre la efectividad de psicoterapias. EFT ha sido efectivo, en conjunción con medicamentos antidepresivos, en disminuir nivel de depresión en mujeres (Denton, Wittenborn y Golden, 2012). La eficacia del EFT también ha sido demostrada en casos en que un miembro de la pareja fue abusado sexualmente de niño o niña (Dalton, Greenman, Classen y Johnson, 2013). Este estudio consistió en una muestra aleatoria con un grupo control. Para parejas con historia de trauma, la EFT requiere terapias más prolongadas con un promedio de 30 sesiones. Para una revisión más completa de la efectividad de la EFT y su aplicación a casos especiales ver el capítulo de Brassard y Johnson en la tercera edición del *Handbook of Attachment* (Brassard y Johnson, 2016).

Terapias individuales con adultos

La teoría del vínculo de apego no cubre la gama enorme de problemas que se presentan en la clínica con adultos y requiere una integración con otras teorías relacionales. Pero esta integración requiere que estas teorías sean compatibles con el enfoque de relaciones de apego que es parte medular de la teoría de apego.

En los últimos cincuenta años el giro relacional del psicoanálisis ha transformando radicalmente la forma en que pensamos, concebimos y practicamos el psicoanálisis y las psicoterapias psicodinámicas que se llevan a cabo cara a cara. Este cambio del giro relacional consiste en varios temas centrales:

- De una teoría dominada por una psicología de impulsos cuyos objetivos son sus descarga o control, a una teoría en que la necesidad de vincularse emocionalmente juega un papel fundamental.

- De una teoría de estructuras mentales (el ello, el ego, y súper ego) a una teoría en la que la internalización de experiencias vinculares y su regulación emocional ocupan un lugar central.
- De una teoría que concibe el desarrollo como una progresión de estados pre-edípicos que culmina en la resolución de conflictos edípicos, a teorías de desarrollo concebidas como una organización mental de experiencias con el mundo interpersonal y cultural (Bucci, 2005; Cortina, 2001; Cortina y Liotti, 2007; Fosshage, 2005; Fosshage, 1994, 2007; Lyons-Ruth, 1999; Stolorow y Atwood, 1992). Esta organización mental ocurre a niveles implícitos, procedurales y sub-simbólicos y a niveles explícitos y simbólicos. Estos dos niveles no consisten en fases de desarrollo fijas en que la organización de la experiencia subsimbólica es substituida por la simbólica. Aun cuando durante los primeros 18 meses de edad impera la organización mental implícita y subsimbólica, la fase explícita y simbólica que sigue no sustituye la fase anterior, sino que las dos formas de organización mental de la experiencia se nutren mutuamente durante todo el transcurso de la vida (Cortina y Liotti, 2007).
- De una teoría en que la técnica psicoanalítica es concebida bajo el ideal de una neutralidad analítica, en la cual la analista mantiene una postura distante para observar objetivamente las resistencias y las manifestaciones transferenciales del paciente, a un reconocimiento de que tanto analista como paciente están involucrados en un diálogo intersubjetivo en que se influyen mutuamente. Desde la perspectiva clásica, la labor del analista consiste en ir sistemáticamente interpretando estas resistencias para hacerlas conscientes. Desde una perspectiva relacional contemporánea, las diferentes perspectivas de analista y paciente forman parte del diálogo clínico, y la reflexión de estas diferencias se exploran teniendo siempre en cuenta el respeto y autonomía del paciente como valor supremo. Esta sensibilidad clínica libera a analista y paciente para entrar en un diálogo basado en la autenticidad y honestidad dentro de un espíritu abierto de exploración.

Desde una perspectiva relacional contemporánea podemos redefinir la transferencia como expectativas y atribuciones implícitas y automáticas que hacemos a los demás que pueden ser positivas o negativas, o una mezcla de los dos. La ventaja de esta definición sobre las clásicas es que no tenemos que debatir si las manifestaciones transferenciales de pacientes son percepciones “reales” de la relación con el terapeuta o distorsiones basadas en su experiencia en la niñez. Lo mismo se aplica a las reacciones contratransferenciales del analista. Lo queramos o no, todos tenemos expectativas y hacemos atribuciones en nuestras relaciones íntimas. Estas expectativas y atribuciones son una combinación de nuestro pasado y de experiencias que tenemos en la actualidad. Su veracidad histórica es difícil de cerciorar porque la memoria no funciona como grabaciones fotográficas sino como reconstrucciones mentales influidas por una multitud de factores. Sin minimizar la importancia de estas memorias de la infancia, es más útil explorar su veracidad *emocional* que se lleva como expectativas y atribuciones implícitas que hacemos en nuestras relaciones de apego. Con ello podemos explorar qué tan adaptativas o desadaptativas son estas expectativas y atribuciones y examinar sus expresiones transferenciales y contratransferenciales.

Con este contexto relacional en que encaja como anillo al dedo la teoría del vínculo de apego, voy a describir cómo contribuye en cuatro temas que son centrales en la práctica clínica del psicoanálisis relacional y la psicoterapia psicodinámica contemporánea:

1. La alianza terapéutica.
2. Motivaciones conscientes e inconscientes.
3. Procesos de regulación emocional de las relaciones de apego (operaciones de seguridad) que pueden ser adaptativos y funcionales o desadaptativos y disfuncionales.
4. Las implicaciones de estas estrategias de regulación emocional para el manejo de la relación terapéutica y manifestaciones transferenciales y contratransferenciales y la exploración de pérdidas afectivas y sentimientos de abandono.

La alianza terapéutica vista desde el punto de vista de la base segura

La alianza terapéutica ha sido investigada por numerosos investigadores como uno de los elementos claves que predicen efectividad terapéutica, independientemente de su orientación clínica (Norcross, 2002). El concepto de base segura es uno de los más importantes en la teoría de apego. Las figuras de apego funcionan como un refugio emocional en momentos de aflicción y peligro y una base de seguridad para explorar el mundo material y social (Bowlby, 1979). Bowlby pensó que una de las tareas fundamentales en el trabajo clínico era establecer una base segura para que el paciente pueda explorar los problemas que lo llevaron a buscar ayuda. En la medida que el terapeuta funcione como un refugio emocional y una base de seguridad para los pacientes, está promoviendo su independencia y autonomía.

El poder contar con la disponibilidad y apoyo del terapeuta en momentos de congoja o aflicción es fundamental para desarrollar una alianza terapéutica sólida. Esto no hace al paciente más dependiente como conciben muchas escuelas psicoanalíticas, sino al contrario, le da la confianza y aliento para enfrentar sus problemas. La meta es proveer una base de seguridad y confianza para poder colaborar con el paciente como un coinvestigador. Esta actividad de copensar juntos como lo describe Mario Marrone, promueve su competencia y autonomía (Marrone, 2001). Las mejores exploraciones analíticas ocurren cuando el paciente es un colaborador que nos puede corregir y servir de guía en conducir la terapia. Para algunos pacientes el poder establecer esta base de confianza con el terapeuta se vuelve una meta terapéutica en sí misma. La experiencia emocional de confiar y abrirse con el terapeuta transforma la capacidad del paciente de tener relaciones más abiertas, libres y menos conflictivas dentro y fuera de la terapia.

En la literatura sobre el apego en la clínica hay un consenso en cuanto a cualidades del terapeuta que promueven un refugio y base segura para la exploración (Cortina, 2013; Goodman, 2010; Holmes, 2001; Juri, 2011; Marrone, 2001; Sable, 2000; Wallin, 2007)

- Su sensibilidad y tacto para responder en forma empática a las comunicaciones verbales y no verbales de los pacientes.
- Su disponibilidad y constancia.

- Su autenticidad.
- Su capacidad de reconocer el papel que haya jugado en las posibles (y muchas veces inevitables) desavenencias que se puedan dar durante el curso de la terapia. Esto requiere que el terapeuta vea estas alteraciones desde el punto de vista del paciente, desde su lógica y perspectiva propia (muchas veces referido como mentalización).

En su revisión de la literatura Berry y Danqua encuentran un consenso en no explorar los problemas o conflictos del paciente hasta que haya una base de seguridad en la relación terapéutica (Berry y Danqua, 2016). Esta recomendación es particularmente pertinente para pacientes que tienen miedo o pavor de desarrollar una relación de apego con el terapeuta donde se puedan sentir vulnerables y tal vez retraumatizados. Abordaré este tema al final del artículo.

Motivaciones conscientes e inconscientes

Bowlby fue el primer psicoanalista en proponer una teoría motivacional relacional con un enfoque en el vínculo de apego en que se especifican:

- Sus funciones: el buscar protección y cuidado (el sistema de apego) y brindar protección y cuidado (el sistema de cuidado).
- Su meta: la proximidad física o emocional (el sistema de apego y el sistema de cuidado)
- La forma en que se regulan emocionalmente los vínculos de apego mediante estrategias que crean seguridad (apegos seguros) y diferentes grados de inseguridad (apegos evitativos y resistentes). Posteriormente se descubre un tipo de apego desorganizado en el que la figura de apego es una fuente de miedo y causa una desorganización en las conductas de apego (Main y Solomon, 1986).
- Las condiciones que activan y desactivan temporalmente los sistemas de apego y cuidado. Para el sistema de apego el factor activador son la percepción de peligro y la aflicción, y para el sistema de cuidado son el percibir señales de peligro y aflicción. Los factores desactivantes para el sistema de apego son el sentirse cuidado y protegido, y para el sistema de cuidado son percibir que el peligro ya no existe y que la respuesta protectora fue eficaz, consolar a la persona afligida.
- Su desarrollo. Mary Ainsworth sentó las bases para investigaciones de desarrollo del vínculo de apego con sus observaciones meticulosas de madres-infantes en Uganda (Ainsworth, 1967) y posteriormente en los Estados Unidos y su diseño de la Situación (Ainsworth et al., 1978). Las investigaciones del desarrollo del apego han sido prospectivas (Grossmann, Grossmann, y Waters, 2005; Lyons-Ruth, 2003; Main y Cassidy, 1988; Sroufe et al., 2005) así como retrospectivas. Un ejemplo notorio de diseños retrospectivos es la Entrevista de Apego Adulto que infiere los estados mentales en cuanto a la relación de apego mediante un cuestionario semiestructurado (Main, 1995; Main y Goldwyn, 1984).

Entre las muchas ventajas que confiere este modelo revolucionario de la motivación es que nos permite examinar las relaciones de los sistemas de apego y cuidado en relación

con otras motivaciones básicas: la exploración, el deseo de ser reconocidos y validados por nuestros semejantes, la sexualidad, reacciones de fuga o huida, de dominio basado en el poder y el deseo de enlace social basado en la cooperación y la igualdad (Cortina y Liotti, 2003, 2014b).

Como lo señalan Diamond y Marrone, las motivaciones básicas pueden ser armónicas y crear sinergias positivas, o pueden no armonizar y crear conflictos (Diamond y Marrone, 2003; Marrone, 2001). El ejemplo paradigmático de una relación armónica y sinérgica es el fenómeno de base segura. donde los infantes y adultos usan una figura de apego que es sensible y responsiva como una base segura para movilizar la motivación exploradora. Esto los lleva a crear experiencias y competencias valiosas que los ayudan en sus interacciones con su entorno material y social. Un ejemplo paradigmático de falta de armonía y conflicto ocurre cuando las figuras de apego son fuente de temor, creando un conflicto entre el deseo de aproximación y la necesidad de huida. Una manera de resolver este conflicto es activando la motivación de dominio-sumisión que los ayuda a mantener una posición de control emocional, o activando sistema de cuidado viviéndose cuidadores compulsivos que no exponen vulnerabilidades propias (para una exposición más amplia del uso de motivaciones básicas para fines defensivos ver Cortina, en prensa; Cortina y Liotti, 2014a).

Procesos de regulación emocional de las relaciones de apego (operaciones de seguridad) que pueden ser adaptativas y funcionales o desadaptativas y disfuncionales

Es muy útil poder inferir qué tipo de estrategia de regulación emocional se observa en los pacientes. Desde un punto de vista de la teoría de apego podemos clasificar las estrategias de regulación emocional de la siguiente manera:

- Operaciones de seguridad y regulación emocional seguras.
- Operaciones de seguridad defensivas que minimizan las expresiones de apego (descartantes-evitativas). Personas con este tipo de regulación emocional mantienen diferentes grados de distanciamiento emocional en sus relaciones de apego.
- Operaciones de seguridad que amplifican las expresiones de apego (preocupadas-ambivalentes). Personas con este tipo de regulación emocional se encuentran en diferentes grados de embrollo, confusión y ambivalencia en sus relaciones íntimas.
- Operaciones de seguridad defensivas controladoras que pueden ser de dos tipos: donde hay una inversión de roles en la relación del vínculo de apego y donde hay conductas y actitudes dominantes.

Una de las virtudes de esta clasificación es que está basada en una literatura extensa sobre las relaciones de apego en infantes (Sroufe, 1996; Sroufe, 2016) y adultos y su regulación emocional. Para un resumen de las estrategias de regulación emocional recomiendo el *Handbook of Attachment*, tercera edición editado por Jude Cassidy y Philip R. Shaver (Cassidy y Shaver, 2016). En especial el capítulo 24 sobre regulación emocional de Mikulincer y Shaver, el capítulo 26 sobre la Entrevista de Apego Adulto de Eric Hesse, y el capítulo 28 sobre diferencias individuales de Crownwell, Fraley, y Roisman.

La clasificaciones en infantes están basadas en el trabajo de Mary Ainsworth y las iré describiendo después (Ainsworth et al., 1978). Las clasificaciones de adultos tienen dos tradiciones investigativas que voy a resumir.

La primera tradición está basada en la Entrevista de Apego Adulto (Main y Goldwyn, 1984). Esta entrevista, que consiste en 20 preguntas, dura aproximadamente una hora y media de duración y es compleja, muy rica pero difícil de calificar. Aprender a usarla requiere un entrenamiento intenso de dos semanas y un periodo de un año o más para llegar a poder ser calificado como confiable en su uso. Hay cuatro tipos de apego que se derivan de esta entrevista que Main describe como *Estados mentales en adultos en cuanto a sus relaciones de apego*. Los primeros tres estados mentales, autónomo (F), descartante (D) y preocupados o embrollados (E) tienen su equivalencia en apego en la infancia seguro, inseguro evitativo e inseguro ansioso respectivamente. Una cuarta clasificación que se califica es una Falta de Resolución o *No Resuelto*, que se puede observar en la entrevista cuando se tocan temas que resultan traumáticos, como una pérdida importante. Esta categoría tiene su equivalencia con apego desorganizado en la infancia. Las categorías básicas descartantes y preocupantes o embrolladas tienen subcategorías interesantes. Por ejemplo, una entrevista descartante puede contener respuestas que idealizan a las figuras de apego y otras que muestren una actitud despectiva hacia necesidades de apego en ellos mismos y en los demás. La categoría Preocupantes o Embrolladas tiene subcategorías de preocupación enredada enojada, preocupación temerosa y preocupación pasiva en la que hay una sensación de haber fallado en complacer a figuras de apego.

En la última década han aparecido modos de conceptualizar la Entrevista de Apego Adulto, que no las coloca en categorías específicas sino en dimensiones continuas. Este modo de conceptualizar está basado en investigaciones que describen dos vertientes o dimensiones que son relativamente independientes (Roisman, 2009). Estas dos dimensiones tienen implicaciones clínicas interesantes. Las dos dimensiones son:

- Una dimensión que va de la seguridad a una dimensión defensiva-descartante.
- Una dimensión que va de una preocupación intensa (traumática en casos más severos) a niveles de preocupación menos embrollados e intensos.

El primer eje de esta dimensión nos invita a preguntarnos ¿qué tanto nos defendemos de tener relaciones de apego íntimas? ¿en dónde nos encontramos en este continuo que va desde la seguridad, a la necesidad de defendernos en nuestras relaciones de apego? La segunda dimensión nos invita a preguntarnos ¿qué tan abrumados (preocupados) nos sentimos en relaciones de apego? ¿qué tanto interfiere esta preocupación y embrollo emocional en poder mantener relaciones de apego estables y satisfactorias?

Lo que la primera dimensión nos está diciendo es que hay una organización interna que va de sentirse seguro en relaciones de apego a sentir la necesidad de poner distancia en ellas. La segunda dimensión nos dice que hay una organización interna preocupante-embrollante que varía de poca a mucha preocupación. Salvo una pequeña minoría de casos en que pueda haber en la Entrevista de Apego Adulto una mezcla de estas dos dimensiones (denominados *Difíciles de Clasificar* [Cannot Classify]), estas dos dimensiones suelen no mezclarse. Pero sí se ven mezcladas en la clínica en pacientes con historias de apego caóticas y/o traumáticas.

Una segunda tradición científica que ha estudiado relaciones de apego en adultos proviene de psicólogos sociales y de la personalidad que usan auto-cuestionarios como base de su tipología (Mikulincer y Shaver, 2016). Han aparecido dos tipologías basadas en estos auto-cuestionarios. La primera tipología usa los tres patrones de apego en infantes descritos por Ainsworth y su lógica emocional segura, evitativa, y ansioso-ambivalente como base para describir relaciones románticas en adultos (Hazan y Schaver, 1987). Una segunda tipología usa cuatro categorías que especifican los modelos de apego (positivos y negativos) que tienen los individuos hacia sí mismos y hacia la figura de apego (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991). Estos cuatro *estilos* de apego son:

- Seguro (imagen positiva hacia uno mismo y positiva hacia la figura de apego)
- Descartante (imagen positiva hacia uno mismo y negativa hacia la figura de apego)
- Temeroso (imagen negativa hacia uno mismo y negativa hacia la figura de apego)
- Preocupado (imagen negativa hacia uno mismo y positiva hacia la figura de apego)

La tipología de Bartholomew y Harowitz es interesante. Nos da una forma sencilla de pensar en expresiones transferenciales y contratransferenciales como positivas o negativas

Estos autocuestionarios tienen la limitación de que son un reflejo consciente de cómo se identifican las personas con diferentes estilos de apego. Para superar esta limitación, estos cuestionarios han sido suplementados con experimentos de preparación oculta (*priming*), o el uso de instrumentos proyectivos como el Test de Apercepción Temática (T.A.T.) para indagar procesos inconscientes. Otro tipo de suplementación ha sido el uso de medidas fisiológicas como la medición de niveles de cortisol en la saliva.

Basado en la vasta literatura de apego en niños y adultos, voy a describir cuatro operaciones de seguridad o estrategias de regulación emocional mencionadas al principio de esta sección. Empiezo por su expresión en la niñez y en adultos, y después describo algunas de sus expresiones transferenciales y contratransferenciales. Esta exposición sería mucho más rica si estuviera acompañada con ejemplos clínicos, pero eso haría este artículo demasiado largo. En un libro que estoy escribiendo pienso proporcionar ejemplos extensivos de estas regulaciones emocionales.

Operaciones de seguridad o estrategias de regulación emocional seguras.

Orígenes en la niñez. Los infantes no nacen con la capacidad de regular sus emociones y sus estados de excitación por sí mismos y necesitan de las figuras de apego para regularse (Sroufe, 1996). En la Situación Extraña se observa que después de dos separaciones breves estos infantes buscan a su mamá durante la reunión y piden ser consolados por ellas. Este consuelo es efectivo y permite a estos infantes regresar a la exploración de juguetes atractivos que se encuentran en el cuarto (Ainsworth et al., 1978). Este consuelo efectivo es el resultado de múltiples experiencias que tuvieron estos infantes durante su primer año de edad en que sus madres tuvieron respuestas sensibles a su estado de aflicción.

Expresión en adultos. Cuando persisten condiciones favorables para el desarrollo, los adultos con una historia de apego seguro tienen una mayor facilidad en identificar sus sentimientos, sobre todo en condiciones donde su expresión los pone en situación de vulnerabilidad. Tienen expectativas positivas de que en relaciones románticas o íntimas sus parejas los van a escuchar y ayudar cuando lo necesitan. Tienen una mayor confianza en sus parejas y en ellos mismos. Estando en mejor contacto con sus sentimientos, están mejor equipados para identificar señales de si sus parejas están emocionalmente responsivas o poco confiables e insensibles. Esto no quiere decir que estos individuos no puedan equivocarse en la elección de una pareja o que no vayan a tener problemas y retos importantes en estas relaciones. Una historia de apego seguro no es garantía de salud mental, solo hace más probable que los problemas se puedan afrontar con mayor serenidad y con más recursos emocionales.

Manifestación en la relación terapéutica: transferencia, contratransferencia y actualizaciones [enactments]. La enorme contribución de tener una historia de apego seguro es que pacientes con esta historia van a ser mejores colaboradores, confiando en que el terapeuta los va a escuchar. Esto facilita la exploración de los problemas que los conducen a buscar ayuda. A medida que esta expectativa positiva se ve confirmada la alianza terapéutica se vuelve más sólida. Este punto de vista sobre transferencias positivas es consistente con el de Freud y sus recomendaciones técnicas de hace más de un siglo intitulado *Dinámicas transferenciales* (Freud, 1912/1958). Freud pensó que las expectativas positivas eran producto de “imagos” (imágenes) positivas que tenían los pacientes de sus cuidadores primarios y que eran transferidas al terapeuta. Desgraciadamente mezcló esta observación valiosa (que es perfectamente consistente con la teoría del vínculo de apego) con su teoría sobre la libido que planteaba que los niños tenían un componente erótico que había sido reprimido y que tarde o temprano afloraría en la relación terapéutica como una resistencia. Pero hasta que no emergiera esta resistencia, Freud pensó que las transferencias positivas hacían innecesaria su interpretación. Las interpretaciones transferenciales solo eran necesarias cuando eran (o se convertían) en negativas y en una resistencia al trabajo analítico. Esta regla general de interpretar transferencias *negativas* cuando se vuelven resistencias tiene una excepción importante con algunos pacientes que tienen historias de apego traumáticas donde el trabajo transferencial corre el peligro de activar el trauma antes de que estén preparados para ello, como explico en la última sección del artículo.

No todas las expresiones transferenciales son implícitas e inconscientes, tenemos acceso a ellas cuando aparece la memoria autobiografía a los 4 o 5 años de edad. Como lo propuso Bowlby con su concepto de modelos operativos internos [internal working models], algunas memorias pueden ser registradas como memorias explícitas registradas a un nivel semántico generalizado (mi mamá era buena conmigo) o memorias episódicas (mi mamá me preparaba caldos de pollo cuando me enfermaba). En principio, estos dos tipos de registro explícito son capaces de ser conscientes y examinados para promover la capacidad de reflexión. Estos conceptos del registro semántico y episódico son una distinción muy útil que usó Mary Main para diseñar la Entrevista de Apego Adulto. Algunas personas en esta entrevista no pueden substanciar los adjetivos o descripciones que usan para describir su relación con una figura de apego “mi mamá era muy cariñosa” (memoria semántica) con ejemplos específicos “me acuerdo que mi mamá me consoló cuando me recogió de la escuela. Un niño arrebató mi juguete, me empujó al suelo y pegó mi cabeza con el suelo. Mi mamá me limpió y fuimos a tomar un helado juntos” (memoria episódica). Pacientes con estrategias de regulación descartantes frecuentemente no pueden producir memorias de ser consolados.

En corrientes relacionales contemporáneas el concepto de *enactment* ha empezado a usarse como una forma nueva de entender conceptos tradicionales de transferencia y contratransferencia. El concepto de *enactment* es rico y sugestivo pero vago. Propongo definirlo como una actualización de roles que se han asumido en las familias de forma implícita y automática (como los de rescatador, víctima o agresor o el payaso de la familia), en la cual paciente y terapeuta participan inconscientemente en su recreación. Visto como una recreación de roles familiares, el concepto de *enactment* o actualización crea perspectivas nuevas con las cuales se pueden examinar interacciones en la terapia. Muchas veces descubrir que estamos inmiscuidos en estas recreaciones de roles familiares es una clave para entender un impasse en la terapia. Por ejemplo, una paciente constantemente me pedía que hiciera cambios en sus medicamentos para que se sintiera mejor. Después de muchos cambios me exasperé, y le dije que tenía expectativas mágicas de que un medicamento nuevo le iba a resolver sus problemas y yo no iba a estar cambiando el medicamento cada vez que me lo pidiera. Mi paciente se sintió herida e ignorada. No fue hasta que pudimos examinar un recuerdo de su niñez, en que su papá la acusaba de estar fingiendo estar enferma para no ir a la escuela, que pudimos empezar a entender lo que estaba pasando entre nosotros. En una ocasión la enfermera de la escuela le tomó la temperatura y llamó a los papás para que la recogieran. Para mi paciente, yo era el papá incrédulo que la acusaba de fingir, y ella la niña enferma que se sentía enjuiciada e ignorada. Después aparecieron otras memorias de sentirse ansiosa cuando se separaba de su mamá. Con ello pude recuperar una posición empática y examinar cómo sus síntomas eran reales pero tenían un origen en sentirse desprotegida de su mamá. Poco a poco la fijación en los medicamentos se volvió menos conflictiva.

Las recreaciones de roles basados en una historia de apego seguro tienen un significado muy diferente. En estas recreaciones el paciente tiene un rol de niño(a) que busca ayuda y consuelo en momentos de aflicción, y el terapeuta funciona como una figura de apego consoladora. En estos casos, el *enactment* es saludable y en servicio del desarrollo.

Operaciones de seguridad defensivas que minimizan las expresiones de apego (descartantes–evitativas). Personas con este tipo de regulación emocional mantienen diferentes grados de distanciamiento emocional en sus relaciones de apego.

Orígenes en la niñez y expresiones en adultos. Los infantes con una historia de apego evitativo tienen figuras de apego que generalmente no responden o ignoran sus expresiones de desconsuelo. En el procedimiento de la Situación Extraña, estos bebés tienden a *minimizar* sus expresiones de aflicción y buscan regularse poniendo la atención en sus juguetes o en otras distracciones que los ayuden a contener su aflicción. La atención a los juguetes ocurre en el momento en que la mamá regresa después de una separación de menos de un minuto de duración. Estas separaciones breves en una situación nueva y desconocida son estresantes para infantes de un año de edad. Estos infantes están tratando de regular su estado de aflicción redireccionando su atención de su mamá hacia los juguetes. Es una defensa adaptativa con figuras de apego que tienden a ignorar estos estados de desconsuelo y aflicción en sus infantes.

Expresión como adultos. Con el desarrollo, hay mayores capacidades de regulación emocional de los vínculos de apego, y con ello, diferentes formas en que se expresan estas capacidades. Hay formas defensivas de minimización descartantes-evitativas que son desde menos defensivas y *suaves* a más defensivas y *duras*. Esta clasificación de suaves a duras, basada en la experiencia clínica, corresponde a la primera dimensión de Roisman, que va de la seguridad a una posición defensiva y distante en relaciones de apego

(Roisman, 2009). Las suaves suelen acompañarse de idealización de las figuras de apego y una falta de contacto con los sentimientos. Esta forma de regulación se ha observado e identificado en el instrumento Entrevista de Apego Adulto. En esta entrevista los individuos usan adjetivos positivos para describir su relación con sus figuras de apego, pero no pueden corroborar estas descripciones positivas con ejemplos concretos. Cuando son presionados a proveer evidencia generalmente aducen una falta de recuerdo o usan clichés o generalizaciones como “Mi mamá siempre estuvo ahí para nosotros”. También hay una literatura amplia que apoya las observaciones clínicas de que este tipo de regulación emocional se acompaña con dificultades en identificar y diferenciar los propios sentimientos y emociones (Keating y Tasca 2013). Los individuos descartantes suaves están en la dimensión de menor grado de evitación defensiva. Son individuos vulnerables que tienen miedo a ser rechazados o heridos en relaciones íntimas, pero esta variedad suave de distanciamiento emocional es menos rígida que la de las personas con la variedad dura.

En la variedad que estoy llamando dura, además de no estar en contacto con los sentimientos tiernos y vulnerables, hay una actitud de rechazo a los sentimientos de vulnerabilidad. Estos sentimientos son vistos en uno mismo y en los demás con una actitud despectiva y/o como expresiones de debilidad. En vez de una idealización que se ve en la variedad suave, hay una inflación de sí mismos y pensarse superiores a los demás (su narcisismo) y una racionalización de la negligencia o maltrato que recibieron en manos de sus figuras de apego. Es común que estos individuos digan que el maltrato los hizo fuertes. En términos psicoanalíticos hay una identificación con el agresor.

Expresiones en la relación terapéutica. Pacientes con la variedad suave suelen ver la terapia en términos intelectuales en los que el terapeuta les brinda información y consejos prácticos. Se presentan como deseosos de colaboración, pero esta colaboración es superficial por su dificultad de identificar sus sentimientos, o no saber cómo expresarlos. Aunque no desprecian sus sentimientos de vulnerabilidad, el no estar en contacto con ellos hace difícil su acceso. La exploración del pasado es difícil porque estos pacientes generalmente idealizan a sus figuras de apego y hay una amnesia generalizada de su niñez con expresiones como “No me acuerdo” o “No hubo nada extraordinario en mi niñez”. Esta idealización puede encubrir una negligencia de sus figuras de apego que por no ser severa hace difícil reconocerla como tal. Pacientes con estas estrategias de minimización pueden venir de familias “normales” que son bien vistas en su comunidad. Esta es otra razón que hace difícil que esta forma de negligencia emocional sea reconocida. Tener presentes los orígenes de esta estrategia defensiva nos ayuda a manejar mejor las respuestas contratransferenciales de sentirnos aburridos y/o ineficaces y a poder mantener una posición empática. Cuando avanza la terapia con estos pacientes poco a poco se van desvaneciendo estas idealizaciones y ellos se van dando cuenta de que muchos de sus deseos legítimos de ser consolados y de ser reconocidos y validados fueron ignorados.

Otra variante de estos casos de minimización se puede dar en pacientes que provienen de familias en que uno o ambos padres tienen grandes ambiciones sociales o políticas. Sus hijos o hijas absorben estas ambiciones, o uno de ellos son designados como la persona que va a realizar estas ambiciones—ambiciones que muchas veces los padres no han logrado satisfacer ellos mismos. Esto crea un deseo de cumplir estas ambiciones familiares y una necesidad de validación y reconocimiento constante. Estos deseos están insertados dentro de un medio familiar en que hay una ceguera emocional hacia sentimientos legítimos de ser consolados y reconocidos por ellos mismos. El resultado es que nunca pueden estar satisfechos con sus logros y con ellos mismos, y esto se manifiesta

como sentimientos de inadecuación. Muchas veces se sienten farsantes a pesar de que objetivamente les ha ido bien. Esto crea un sentimiento de vergüenza muy profundo, una vergüenza que muchas veces no es reconocida como tal. Una vez que podemos poner a estos pacientes en contacto con deseos, sentimientos y ambiciones propias y tener una actitud más compasiva hacia ellos mismos, la terapia se vuelve vibrante, y los sentimientos contratransferenciales de ineficacia se desvanecen.

Expresiones más duras. Los pacientes descartantes con expresiones duras tienen una actitud de desprecio hacia expresiones de vulnerabilidad en ellos mismos y en los demás. Muchas veces vienen a la terapia porque sus esposas les han puesto un ultimátum, o porque tienen problemas con controlar sus expresiones de enojo, o porque se encuentran clínicamente deprimidos. En contraste con las pacientes con una variedad suave de minimización que vienen a terapia con una actitud superficial pero genuina de colaborar, estos pacientes duros son muy reactivos. Habiendo racionalizado el trato duro y agresivo de un padre o una madre como una experiencia que los hizo fuertes, y habiéndose identificado con esta figura de apego, pueden volverse agresivos en la terapia cuando perciben una señal de falta de respeto o humillación. Es difícil mantenerse calmado cuando somos atacados. Una manera de poder regularnos es mantener una actitud analítica de curiosidad genuina e indagar qué generó la agresión.

Con estos pacientes también puede haber una desconfianza marcada hacia los demás, que en casos más severos puede tener elementos paranoicos. Al no responder a desafíos y demostrar una y otra vez que no los vamos a juzgar y que somos sus aliados, se van creando condiciones para que las actitudes defensivas y reactivas se vayan suavizando. El que puedan reconocer el miedo y tal vez terror que sentían como niño o niña es esencial para poder ayudarlos. Cuando se puede llegar a este reconocimiento puede ocurrir una transformación profunda que es muy conmovedora para el paciente y el terapeuta.

Operaciones de seguridad defensivas que amplifican las expresiones de apego (preocupados-embrollados). Individuos con este tipo de regulación emocional se encuentran en diferentes grados de enredo y conflicto en relaciones íntimas y diferentes grados de preocupación activa o pasiva.

Orígenes en la niñez. Los infantes que tienen una historia de apego resistente o ambivalente tienen figuras de apego inconstantes. En ocasiones responden a las señales de aflicción de sus infantes y otras veces las ignoran. Sus inseguridades los hacen poco sensibles e intrusivos, y no saben “leer” adecuadamente las comunicaciones de sus bebés. Estos infantes desarrollan una estrategia afectiva que *amplifica* sus señales de estrés con el propósito de mantener la atención y cuidado de una figura de apego inconsistente y poco eficaz. Cuando son separados de sus figuras de apego estos infantes en la Situación Extraña no ignoran a su mamá desviando su atención a los juguetes como lo hacen los niños con un apego evitativo. Al contrario, están muy afligidos y atentos a su mamá cuando regresan después de haberse salido del cuarto en la Situación Extraña e inmediatamente buscan ser consolados. Sin embargo estas mamás no logran consolar a sus infantes. La mamá los coge para consolarlos y los pone después en el suelo para jugar con los juguetes, pero empiezan a llorar nuevamente. O la mamá los coge para consolarlos pero los infantes muestran su enojo rechazando los juguetes que les ofrece su mamá para distraerlos. De ahí que estos infantes también son descritos como ambivalentes, difíciles de consolar y *resistentes* a la consolución. En los años preescolares y escolares, esta ansiedad y preocupación sobre la disponibilidad de figuras de apego se puede manifestar

como una ansiedad ante la separación. Este síntoma es normal en muchos niños, pero si persiste en forma continua es patológico.

Expresión como adultos. Una manera de conceptualizar expresiones en adultos de la regulación emocional preocupante es verlos, como mencioné anteriormente, como en un continuo que va de mayor a menor grado de intensidad. La hipervigilancia y preocupación sobre la disponibilidad de figuras de apego persiste en diferentes grados de intensidad en adultos. En los casos de mayor intensidad, estos individuos se encuentran enredados en sus relaciones de apego con diferentes grados de ansiedad, miedo, enojo, ambivalencia, y en ocasiones, pavor de ser abandonados. Estas características describen algunos elementos de la personalidad limítrofe que ha sido sujeta a mucha atención en la literatura psicoanalítica. A niveles menos intensos vemos algunas de las mismas características pero en forma más atenuada.

Dos consecuencias importantes de esta intensidad preocupante sobre relaciones de apego es que crea dificultades en delimitar los problemas emocionales o conflictos que corresponden a uno mismo y los que corresponden a la pareja. Esto lleva muchas veces a una serie de recriminaciones y acusaciones. A su vez esto crea mayores heridas y dificultades en resolver estos conflictos. Otra consecuencia de este embrollo emocional es que socava el desarrollo de la autonomía, creando muchas veces relaciones de codependencia.

Expresiones transferenciales y contratransferenciales. Mientras que el reto contratransferencial principal en pacientes con regulaciones emocionales minimizantes es poder sentirnos emocionalmente conectados, el reto principal en pacientes con regulaciones emocionales amplificantes, enredadas y preocupantes es mantener una distancia emocional óptima que nos permita entenderlas y evitar entrar en enredos en la relación terapéutica. Pacientes con regulaciones emocionales preocupantes menos intensas se presentan a terapia con interés de colaborar y ser ayudados. Es decir, hay una transferencia positiva. Si el paciente ha adquirido un vocabulario emocional y psicológico, parece tener un entendimiento de sus conflictos y la terapia avanza con viento en popa. Esta presentación es similar a la de pacientes con una regulación emocional segura. Pero con el tiempo estos pacientes siguen estancados en sus conflictos, y el entendimiento que pensábamos que se había logrado no produce ningún cambio. Esto nos hace replantear con el paciente de una manera más profunda las condiciones que llevan al estancamiento.

Todos queremos ser entendidos y queremos la simpatía de las personas importantes en nuestra vida. Pero en pacientes enredados en relaciones íntimas codependientes, esta tendencia de buscar simpatía y validación lleva el peligro de incrementar sus sentimientos de victimización y atrapamiento porque permanecen en situación de dependencia emocional con diferentes grados de inseguridad, indefensión y falta de confianza en ellas o ellos mismos. La empatía y compasión que sentimos por ellos no nos debe hacer perder de vista que lo importante es encontrar maneras de ayudarlos para que empiecen a sentirse empoderados y vayan recobrando confianza en ellas o ellos mismos, y ser agentes más activos de su propia vida. Toda la empatía del mundo no los va ayudar si no logran esta independencia emocional. La estrategia terapéutica con estos pacientes es ayudarlos a que puedan ir recobrando su autonomía y autoestima en relaciones que los debilitan y que ellos mismos recrean inconscientemente. Un peligro contratransferencial con estos pacientes es caer en sus deseos de ser rescatados por una figura de apego poderosa y benévola y su pavor a ser abandonados. Es muy gratificante tener un paciente que cree

que somos una maravilla. Pero es importante que esto no nos ciegue y ayudarlos a ver cómo recrean relaciones codependientes que los debilitan enfocándonos en promover su autonomía.

En pacientes con regulaciones emocionales preocupantes-embrolladas amplificantes más severas se pueden desatar tormentas emocionales caóticas. Estos pacientes presentan otro tipo de desafíos, los de cómo minimizar o navegar estas tormentas emocionales dentro y fuera de la terapia. Muchos de ellos tienen historias de apego traumáticas que pueden reactivarse en la terapia.

Operaciones de seguridad defensivas-controladoras secundariamente organizadas donde hay una inversión de roles en la relación de apego o donde hay conductas y actitudes dominantes.

Orígenes en la niñez. Hay tipos de cuidado maternal que no permiten a los infantes tener una respuesta adaptativa y organizada. Mary Main y Judith Solomon descubrieron este tipo de vínculo de apego que denominan *apego desorganizado* en el que hay un colapso temporal de una estrategia de regulación emocional viable (Main y Solomon, 1986). Este colapso se expresa en la Situación Extraña como conductas atípicas durante las dos reuniones con sus madres en donde hay expresiones de temor, congelamiento y movimientos lentos y sin sentido en estos infantes. Este colapso es producto de gestos, estados afectivos, o conductas alarmantes de sus figuras de apego que causan temor en los infantes y produce impulsos contradictorios. El infante desea aproximarse y buscar refugio con su mamá después de la separación breve, y al mismo tiempo quiere huir de ella porque su experiencia ha sido que muchas veces la mamá aparece asustada sin ninguna razón aparente, o tiene conductas amenazantes. Como lo explica Mary Main, es una situación de *miedo sin solución* para el infante. De ahí que se observan una serie de conductas contradictorias y extrañas en ellas o ellos que reflejan su estado de miedo y confusión. No nos debe extrañar que muchas investigaciones hayan encontrado que los niños o niñas con historias de apego desorganizado estén en mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales más severos posteriormente en su desarrollo en comparación con los niños cuyo único factor de riesgo es un apego inseguro evitativo o ambivalente pero organizado (Bernard y Dozier, 2010; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson y Egeland, 1997; Solomon y George, 2011; Solomon y George, 1999).

En familias más estables de clase media, Main y Cassidy descubrieron que niños con una historia de apego desorganizado a los 12 meses de edad muestran estrategias controladoras más organizadas cinco años después en una situación moderadamente estresante, donde son separados de sus madres por un periodo de una hora (Main y Cassidy, 1988). Un tipo de estrategia “controladora cuidadora” consiste en una inversión de roles en donde los niños se convierten en ayudantes de sus madres. Por ejemplo, sutilmente ayudando a la mamá en cómo proceder durante la duración del experimento—una explicación que habían escuchado la mamá y la niña al principio del experimento (Bernard y Dozier, 2010; Liotti, 1995; Solomon y George, 2011; Solomon y George, 1999). En el segundo tomo de su trilogía, Bowlby describió esta inversión de roles en donde los niños se convierten en cuidadores de su figura de apego y describió una consecuencia de esta adaptación como el núcleo de una personalidad compulsivamente cuidadora que observó en algunos pacientes y en sus supervisiones clínicas (Bowlby, 1973, 1980). Este es un muy buen ejemplo de convergencia de la investigación con la clínica, y cómo se pueden nutrir mutuamente.

Una segunda estrategia *controladora punitiva* consiste en que los niños(as) adoptan una actitud dominante y controladora con sus madres y asumen una posición de autoridad sobre ellas (Main y Cassidy, 1988). Lo importante de estas dos estrategias secundariamente controladoras es que los niños(as) con una historia de apego desorganizado logran restablecer una estrategia reguladora que evita una desintegración afectiva y conductual que se había observado en estos niños a los 12 meses de edad en la Situación Extraña. Sin embargo, a nivel representacional, se puede ver que estos niños todavía tienen miedo con elementos desorganizantes o catastróficos. Esto se observó en experimentos usando títeres en donde los investigadores invitan a los niños con historias de apegos seguros y desorganizados a terminar cuentos que inician los investigadores y que activan el sistema de apego. Los niños(as) con historias de apego seguro terminan los cuentos creando desenlaces buenos en el que el títere afligido generalmente recibe ayuda de sus figuras de apego. Los niños(as) con una historia de apego desorganizado crean narrativas que terminan siendo catastróficas. También hay evidencia de que pacientes con estrategias controladoras exhiben mayor agresividad en sus hogares y en la escuela (Soloman y George, 1995). Me parece que estos niños o niñas con una estrategia controlante-dominante son los *bullies* que acosan a sus compañeros o compañeras en la escuela. Es probable que de grandes algunos de estos niños desarrollen un carácter autoritario estable como lo describió Erich Fromm en su libro clásico de *EL Miedo a la Libertad* (Fromm, 1945).

Otra indicación de que estos niños(as) están en mayor riesgo de patología viene del estudio de diseño longitudinal de la Universidad de Minnesota con una población pobre (Carlson, Yates y Sroufe, 2009). Este estudio demostró que los infantes con una historia de apego desorganizado tienden a reportar más síntomas disociativos al final de la adolescencia. No ocurre así con los niños con historias de apegos inseguros pero organizados o con niños con historias de apego seguro (Carlson et al., 2009; Ogawa et al., 1997). En la clínica podemos observar esta vulnerabilidad cuando hay una reactivación de las experiencias traumáticas y las estrategias controladoras dejan de funcionar. En esos instantes puede haber manifestaciones de desintegración emocional con cuadros de pánico, confusión y estados disociativos.

Las estrategias controladoras secundarias tienen una organización subyacente de regulación emocional que puede ser minimizante y descartante, o bien amplificante y preocupante. La estrategia controladora-dominante puede ser descartante o preocupante. Descartante cuando minimiza la importancia de las relaciones de apego y existe la necesidad de mantener una posición de control. Pero también pueden ser preocupantes-embrollados como vemos en relaciones sadomasoquistas que oscilan de una posición dominante a una sumisa, aunque generalmente con una preferencia sobre la posición dominante o sumisa. Estas personas están fuertemente atraídas a este tipo de enredo emocional y sienten pavor cuando no están en ellas. En cambio me parece que la estrategia controladora-cuidadora solo puede ser preocupante y no descartante. Las personas que tienen una historia de inversión de sus relaciones de apego donde protegían una figura de apego vulnerable, se mantienen atentas (a veces hipervigilantes) y dispuestas a tratar de complacer y ayudar a sus parejas. El precio que pagan es que no saben cómo cuidarse a ellas(os) mismos. Que yo sepa no hay ninguna investigación que ponga a prueba estas hipótesis de relación de las estrategias emocionales controlantes-cuidadoras y controlantes dominantes y su relación con una organización subyacente evitativa y preocupante.

Expresiones transferenciales y contratransferenciales y algunas sugerencias para su manejo. Pacientes con estrategias dominantes van a ver la relación terapéutica como un juego de poder y control. El reto contratransferencial es no entrar en este juego. Uno de los mayores retos contratransferenciales se suscita cuando estos pacientes que tienen antecedentes de agresividad empiezan a expresar esta agresión o sadismo dentro de la relación terapéutica. Es importante no dejarse provocar por estas agresiones, pero al mismo tiempo no ignorarlas. Si las ignoramos, dentro o fuera del consultorio, estamos coludiendo con la perpetuación de la agresividad, y el paciente acaba por no respetarnos y perdemos la oportunidad de ayudarlo.

Es un reto grande no reaccionar a ataques personales. Una respuesta muy útil que han descrito Lichtenberg y sus colegas es *asumir* la atribución negativa, tratando de verla desde el punto de vista del paciente (Lichtenberg, Lachmann y Fosshage, 1996). Esto nos da tiempo a reflexionar en ella, explorar qué suscitó el ataque y recuperar nuestro equilibrio. Salvo esta circunstancia especial, en la gran mayoría de los pacientes la mejor manera de manejar defensas en relación con historias de apego inseguras desorganizadas o traumáticas es crear las bases de seguridad y confianza para poder colaborar con ellos.

Estos pacientes nos retan a trata de mantener una relación positiva y empática con ellos. De ahí la importancia de explorar sus historias con sus figuras de apego. Estas historias nos pueden llevar a inferir que tuvieron una figura de apego atemorizada y traumatizada aun cuando no haya memorias de ello por parte del paciente. Una situación con que nos topamos en la clínica es que el paciente tuvo una madre que perdió a un hermano o hermana mayor. Esta pérdida no resuelta aparece en la relación con la mamá como pavor de perder a su siguiente hijo o hija (el paciente). Cuando el paciente buscaba ser consolado por la madre percibía una expresión de temor inexplicable desde su punto de vista. La madre tal vez compensa este temor de otra pérdida con conductas sobreprotectoras. Si a ello se añan otros factores traumáticos como el tener un padre violento con el cual se identificó, entonces podemos entender mejor el origen de la agresividad y recobrar una posición empática.

Para explicar el mecanismo de esta identificación con el agresor hay que concebir las relaciones de apego como una totalidad (Sroufe y Fleeson, 1986). En esta totalidad podemos internalizar cómo nos sentimos o cómo se comportó la figura de apego con nosotros. Es decir, internalizamos ambos lados de la totalidad y esta es la base del esquema sencillo de Bertholomew que mencioné anteriormente sobre imágenes positivas y negativas de uno mismo y de las figuras de apego. Esta también es la base para entender este mecanismo de defensa de identificación con el agresor descrito por Anna Freud en su libro clásico sobre mecanismos de defensa (Freud, 1937/1966).

Los cuidadores compulsivos con una estrategia emocional controlante tienen una presentación en terapia muy distinta a la de los controlantes-dominantes. Se tarda tiempo en descubrir esta estrategia en la relación terapéutica porque hay una transferencia positiva y deseo de colaborar. No es hasta después que se empieza a vislumbrar una actitud de querer sobre-complacer al terapeuta. Pero es relativamente fácil reconocer este modo de regulación emocional fuera de la relación terapéutica poniendo atención a los problemas que presentan estos pacientes en sus relaciones de apego románticas. Un problema común en estas relaciones es no poder identificar y reconocer o valorar la legitimidad de sus deseos. Esto los lleva a no saber cómo poner límites saludables en sus relaciones románticas. Estas personas envían mensajes mixtos a sus parejas de que están contentos con la relación basados en su necesidad compulsiva de complacerlas, pero

sorpresivamente manifiestan estar descontentas y querer salirse de la relación en la cual se sienten atrapadas. Es importante identificar esta dinámica dentro y fuera del consultorio.

Cuando los intentos de mantener relaciones íntimas mediante estrategias controlantes fallan, estos pacientes pueden entrar en un estado de pánico. El pánico puede explicarse como el resultado de haber una historia traumática con una figura de apego que los abandonó en su infancia o como el resultado de abuso físico sexual. Una dinámica familiar que se ve en la clínica con estos pacientes es en la cual la madre es la figura vulnerable y sumisa que protegen de un padre que puede ser violento y abusivo con ella. La protección de la madre suele estar mezclada con enojo con ella por no haberlos protegido. También puede haber terror de que la figura abusiva pueda volverse violenta con ellas o ellos. Cuando esta dinámica aparece en sus relaciones de apego románticas y con el terapeuta entran en un estado de pánico donde las estrategias controlantes no funcionan.

No siempre podemos encontrar o inferir una historia de apego desorganizado y/o de trauma físico o sexual en pacientes con estrategias emocionales controlantes. Puede haber casos en que las condiciones patológicas en la familia consistieron en una negligencia emocional severa por parte de ambos padres, pero en las cuales no hubo abuso físico o sexual, o violencia familiar. Algunas de estas familias pueden ser de clase media o alta y haber proporcionado condiciones de seguridad material y una buena educación a sus hijos. No por ello esta negligencia emocional deja de tener repercusiones severas para el desarrollo. Personas con esta historia de negligencia emocional donde se sintieron invisibles e ignorados, desarrollan una necesidad compulsiva de buscar aprobación y reconocimiento de los padres y adaptarse a sus deseos para ser reconocidos. Esto es un ejemplo de lo que Branchaft y Sorter llaman una acomodación patológica (Branchaft, Doctorrs y Sorter, 2010). Esta necesidad se repite en sus relaciones románticas y se parece mucho a una estrategia controlante cuidadora. Buscan una aprobación de sus parejas o su terapeuta, pero al mismo tiempo resienten el tener que desvivirse para recibir esta aprobación. Para ayudar a estos pacientes hay que propiciarles que puedan reconocer la legitimidad de sus deseos emocionales que fueron ignorados y que muchas veces son devaluados o invisibles para ellas o ellos mismos. Hay que ver las expresiones de enojo en la terapia como algo positivo. Con algunos pacientes el enojo se manifiesta en querer resistir la gran tendencia a querer complacer al terapeuta. A estos pacientes les es muy difícil aceptar el deseo del terapeuta de ayudarlos por miedo a que esta aceptación de gratitud de su parte sea un nuevo modo de complacer y traicionarse a sí mismos. Este dilema terapéutico presenta sus propios retos contratransferenciales. La única salida es entender esta dinámica con el paciente para no tomarla en forma personal o sentirnos impotentes y apoyar todos sus esfuerzos de afirmarse a ellos mismos.

El caso especial de que hay antecedentes traumáticos en la relación de apego que pueden desestabilizar la relación terapéutica

Algunos pacientes que tienen este antecedente traumático pueden sentir un miedo profundo en establecer un vínculo de apego con el terapeuta, y cuando el trauma aparece en esta relación los puede desorganizar. Cualquier trabajo de este caso tiene que esperarse a explorar el trauma hasta que el paciente tenga herramientas para manejar mejor los efectos del mismo y tenga mayor confianza en el terapeuta. Aun expresiones empáticas del terapeuta en cuanto al trauma pueden activarlo y desestabilizar al paciente. El mero hecho de activar el apego en la terapia con estos pacientes puede producir una reacción

de pánico con reacciones de huida/fuga y congelamiento. Si esto se repite, el paciente suspende la terapia o se crea un impasse difícil de superar, aun cuando el terapeuta use todo el tacto y empatía a su disposición. Varios autores han escrito sobre este dilema desde una perspectiva del apego (Cortina y Liotti, 2010; Liotti, Cortina y Farina, 2008; Liotti, 2001, 2014; Rosbrow, 2014; Steele, Boon y Van Der Hart, 2017; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). Estas son algunas de las recomendaciones que han propuesto ideas de cómo enfrentar este dilema.

- Dejar que el paciente tome la iniciativa en definir problemas que quiera resolver, y sugerir medidas que ayuden a estabilizarlo y crear mayor control emocional. Estas medidas pueden incluir técnicas como DBT [Dialectical Behavioral Therapy] que usan ejercicios guiados, que practican con el terapeuta y en casa y cuyo objetivo es una mayor regulación emocional.
- Usar terapias de tipo somato-sensoriales. En las últimas décadas han aparecido varias terapias que enfocan estabilizar al pacientes con cuadros traumáticos por medio de intervenciones somato-sensoriales que van gradualmente educando al paciente con las expresiones corporales del trauma y ayudando a tener mayor control de ellas (Levine, 2005; Ogden y Fisher, 2015). Estas técnicas coinciden en que una exploración del trauma o trabajo transferencial puede ser contraproducente.
- Explorar el uso de medicamentos que puedan ayudar a controlar la angustia, pánico, estados depresivos intensos, u oscilaciones emocionales hipomaníacas. Los medicamentos pueden ser útiles pero en mi experiencia clínica no tienen los mismos efectos en pacientes con antecedentes traumáticos y muchas veces tienen efectos decepcionantes. Pueden aliviar síntomas, pero nunca van a reparar heridas emocionales profundas.
- Colaborar con colegas. Todo lo anterior implica colaborar con colegas siempre que sea posible. No es inusual que estos pacientes estén en un grupo o en una terapia de pareja. Es importante aprovechar esta situación para crear un equipo que apunte al paciente hasta que se estabilice y pueda hacer uso de una exploración analítica. Para una discusión sobre las ventajas y retos de este tipo de colaboración ver Liotti, Cortina y Farina (2008) y el caso descrito en Cortina, Liotti y Silverman (2013).

Liotti y Cortina han indicado que una colaboración y comunicación basada en la igualdad es una característica humana que tuvo una larga evolución filogenética (Cortina, 2017; Cortina y Liotti, 2010, 2014b). Somos el único miembro de la familia de los simios a la que pertenecemos que logra una colaboración con los miembros de su grupo en que los individuos ponen a un lado sus intereses propios para el bien del grupo. Esto no quiere decir que no tengamos tendencias narcisistas o de dominio y control. Pero destacar nuestras capacidades innatas de colaboración en condiciones de igualdad y de ayudar a los demás nos ayuda a tener confianza para contar con ellas en el trabajo clínico. Una investigación con 15 pacientes con el diagnóstico de organización limítrofe de la personalidad [borderline personality disorder] encontró que estos pacientes mantienen una mejor capacidad de entender los estados mentales de los demás (mentalización) cuando los terapeutas hacen comentarios que enfocan tareas colaborativas (Prunetti et al., 2008). Pero su capacidad de mentalización es reducida cuando los terapeutas hacen

comentarios empáticos que buscan crear un mayor acercamiento emocional con sus pacientes.

Retos contratransferenciales

Este miedo profundo a exponer vulnerabilidades y vincularse con el terapeuta nos puede hacer sentirnos ineficaces. No podemos evitar ser contagiados por los sentimientos de confusión, desamparo y estados disociativos que se generan con estos pacientes. Estos sentimientos pueden aparecer cuando menos los esperamos y nos pueden tomar desprevenidos. De ahí la importancia de pensar en formas de colaboración que no activen el sistema de apego, lo que nos ayuda a asistir a estos pacientes hasta que puedan tolerar una conexión emocional más cercana que pueda ser transformadora. Esta sensibilidad clínica no es nueva o exclusiva de terapeutas y analistas influidos por la teoría de apego. Tiene su origen en pioneros como Ferenczi y Winnicott, y es compartida por otras aproximaciones relacionales (Aron, 1996) y de la psicología de self (Beebe y Lachmann, 2002; Beebe y Lachmann, 2014; Brandchaft et al., 2010; Lichtenberg et al., 1996; Lichtenberg, Lachmann y Fosshage, 2002).

Por último, es importante mencionar que no todos los pacientes con historias traumáticas con sus figuras de apego se desorganizan al exponer su vulnerabilidad en la terapia. Muchos de ellos tienen suficientes recursos para poder confiar en su terapeuta y explorar cómo esta historia traumática afecta a sus relaciones de apego íntimas. En mi experiencia con estas personas resilientes muchas veces aparecen en la terapia una o varias personas en su niñez (como una abuela o un profesor especial) que apoyaron sus capacidades y plantaron la semilla de que podían ser queribles y competentes. Esta resiliencia varía de paciente a paciente y según las características y competencias del terapeuta para promover que esta semilla empiece a aflorar en la terapia.

Conclusión

Me parece que uno de los mejores criterios de cómo de útiles o buenas son nuestras teorías sobre el desarrollo de la personalidad y sobre nuestras relaciones íntimas reside en si estas nos ayudan a ver y entender fenómenos clínicos que de otra manera pasarían desapercibidos. En este sentido, la teoría de apego ha sido extraordinariamente útil para ayudarnos a entender y conceptualizar cómo las relaciones de apego son reguladas emocionalmente “desde la cuna hasta la tumba” como lo expresó John Bowlby (1989, p. 41). Esto me hace pensar en la frase atribuida a Kurt Lewin: “Nada es más práctico que una buena teoría”.

Referencias

- Ainsworth, M. D. (1967). *Infancy in Uganda, infant care and the growth of love*. Baltimore, Estados Unidos: John Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, Estados Unidos: Lawrence Erlbaum.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Personal and Social Relations*, 7, 147-178.

- Bartholomew, K. y Horowitz, M. L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of the four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-264.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2014). *The origins of attachment*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H. y Liberman, A. F. (2016). Prevention and intervention programs to support early attachment security. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (3ª ed. pp. 739-758). Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Bernard, K. y Dozier, M. (2010). Examining infant's cortisol responses to laboratory tasks among children varying in attachment disorganization: Stress reactivity or return to baseline? *Developmental Psychology*, 46, 1771-1778.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis Morani, E., Lindeheim, O. y Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized trial. *Child Development*, 83, 623-636.
- Berry, K. y Danqua, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *The British Psychological Society*, 89, 15-32.
- Bick, J. y Dozier, M. (2013). The effectiveness of an attachment-based intervention in promoting foster mothers' sensitivity toward foster infants. *JAMA Pediatrics*, 68, 112-119.
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1973). *Separation, anxiety and anger* (Vol. II). Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Londres, Reino Unido: Tavistock Publications Limited.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. III). Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Brandchaft, B., Doctorrs, S. y Sorter, D. (2010). *Toward an emancipatory psychoanalysis*. Nueva York, Estados Unidos: Rutledge.
- Brassard, A. y Johnson, S. M. (2016). Couples and couples and family therapy: An attachment perspective. En J Cassidy y P. R. Shafer (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* (3ª ed., pp. 805-826). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Bucci, W. (2005). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 855-873.
- Carlson, E. A., Yates, M. T., y Sroufe, L. A. (2009). Development of dissociation and development of self. En P. F. Dell, J. O'Neil y E. Sumer (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Cassidy, J. y Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment. theory, research and clinical applications*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Publications
- Cassidy, J., Woodhouse, S., Sherman, L., Stupica, B. y Lejuez, C. . (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Journal of Development and Psychopathology*, 23, 131-148.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. y Toth, S. L. (2011). Normalizing the development of cortisol regulation in maltreated infants through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 23, 789-800.
- Cortina, M. (en prensa). A tribute to Giovanni Liotti. *Scienza Cognitiva*

- Cortina, M. (2001). Sullivan's contributions to understanding personality development in light of attachment theory and contemporary models of the mind. *Contemporary Psychoanalysis*, 37, 193-238.
- Cortina, M. (2013). The use of attachment theory in the clinical dialogue with patients. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 397-418.
- Cortina, M. (2017). Adaptive flexibility, cooperation, and prosocial motivations: The emotional foundations of becoming human. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 433-435.
- Cortina, M. y Liotti, G. (noviembre, 2003). Hacia un modelo multi-motivacional de la naturaleza humana *Aperturas Psicoanalíticas*, 15. Recuperado de <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000265#contenido>
- Cortina, M. y Liotti, G. (2007). New approaches to understanding unconscious processes: Implicit and explicit memory systems. *International Forum of Psychoanalysis*, 16, 204-212.
- Cortina, M. y Liotti, G. (2010). Attachment is about safety and protection. intersubjectivity is about social understanding and sharing. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 410-441.
- Cortina, M. y Liotti, G. (2014a). An evolutionary outlook on motivation: implications for the clinical dialogue. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 864-899. <https://doi.org/10.1080/07351690.2014.968060>
- Cortina, M. y Liotti, G. (Abril, 2014b). Una aproximación evolucionista de la motivación humana. Implicaciones para el diálogo clínico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 46. Recuperado de <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=840>
- Cortina, M., Liotti, G. y Silberman, M. (2013). Cooperación, intersubjetividad y apego. En B. Torres Gómez de Cádiz., J. Causadías y G. Posada (Eds.), *Investigación y aplicaciones clínicas de la teoría del apego* (pp. 10-54). Madrid, España: Psimática.
- Cortina, M., Liotti, G. y Giovanni, M. (2007). New approaches to understanding unconscious processes: Implicit and explicit memory systems. *International Forum of Psychoanalysis*, 16(4), 204-212. <https://doi.org/10.1080/08037060701676326>
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C. y Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: A randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2, 209-221.
- de Wolff, M. S. y Van IJendoorn, M. (1997). Sensitivity and attachment. A meta-analysis of parental antecedents of infant attachment *Child Development*, 68, 571-591.
- Denton, W. H., Wittenborn, A. K. y Golden, R. N. (2012). Augmenting Antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 23-28.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M. y Levy, S. A. (2014). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents*. Washington D.C., Estados Unidos: American Psychological Association.
- Diamond, N. y Marrone, M. (2003). *Attachment and intersubjectivity*. Londres, Reino Unido: Whurr Publishers.
- Dozier, M., Lewis, O., Bick, E., Bernard, K. y Peloso, E. (2009). Effects of foster parent training program on young childrens attachment behaviors: Preliminary evidence from a randomized controlled clinical trial. *Child and Adolescent Social Work Journal* 26, 321-332.
- Dozier M, Peloso E, Lewis E, Laurenceau J, Levine S. (2008). Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. En *Development and Psychopathology*, 20(3), 845-85. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000400>

- Fosshage, J. (2005). The explicit and implicit domains in psychoanalytic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 511-539.
- Fosshage, J. L. (1994). Toward reconceptualizing transference: theoretical and clinical considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 265-280.
- Fosshage, J. L. (2007). The organizing functions of dreaming: Pivotal issues in understanding and working with dreams. *International Forum of Psychoanalysis*, 16, 213-221.
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12, 99-120. Nueva York, Estados Unidos: The Hogarth Press. (Obra original de 1912).
- Freud, A. (1966). *The Ego and the mechanisms of defense*. Nueva York, Estados Unidos: Hogarth Press. (Obra original publicada en 1937).
- Fromm, E. (1945). *El Miedo a La Libertad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Goodman, G. (2010). *Therapeutic attachment relations*. Nueva York, Estados Unidos: Jason Aronson.
- Grossmann, K. S., Grossmann, K. y Waters, E. (Eds.). (2005). *Attachment from infancy to adulthood*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford.
- Hazan, C. y Schaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hoffman, K., Marvin, R., Cooper, G. y Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy*. Filadelfia, Estados Unidos: Brunner Routledge.
- Johnson, S. M. (2008). *Hold me tight. Seven conversations for a lifetime of love*. Nueva York, Estados Unidos: Little Brown and Company.
- Johnson, S. M. (2014). *The practice of emotionally-focused couples therapy: Creating connection* (2ª edición). Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Routledge.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. y Schindler, D. (1999). Emotionally focused couple therapy: Status and challenges *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79.
- Juri, L. (2011). *Teoría de apego para psicoterapeutas. La teoría de apego en la clínica, II*. Madrid, España: Psimática.
- Keating, L. y Tasca, G. A. (2013). Structural relationships between attachment insecurity, alexythymia and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 366-373.
- Klein Velderman, M., Bakerman-Kranenburg, M. J., Juffer, F. y Van IJendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential sensitivity of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology*, 20, 266-274.
- Levine, P. (2005). *Healing trauma. A Pioneering program for restoring the wisdom of your body*. Bolder, Estados Unidos: Sounds True.
- Liberman, A. F., Ghosh Ippen, C. y Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: six month follow up of randomized controlled trial. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 913-917.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. y Fosshage, J. I. (1996). *The clinical exchange. Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. y Fosshage, J. I. (2002). *A spirit of inquiry. Communication in psychoanalysis*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.

- Lieberman, A. F. y Van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy. A manual for child-parent psychotherapy and young witnesses of family violence*. Washington D.C., Estados Unidos: Zero to Three Press.
- Liotti, G, Cortina, M. y Farina, B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 36, 295-316.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 343-363). Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Liotti, G. (2001). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, 232-252.
- Liotti, G. (2014). Overcoming powerlessness in the clinical exchange with traumatized patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 322-338.
- Lyons-Ruth, K. (1999). Two person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation and the emergence of new forms of relational organization *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue. A longitudinal perspective from attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. y Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment and Human Development*, 5, 330-352.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment. Overview with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory, Social Development and Clinical Perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). The discovery of a new insecure disorganized/disoriented pattern. En T. B. Brazelton y M. Yoman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, Estados Unidos: Ablex.
- Main, M. y Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-428.
- Main, M. y Goldwyn, R. (1984). *Adult attachment scoring and classification system*. Manuscrito inédito.
- Main, M. y Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler relationship to the mother and to the father. *Child Development*, 52, 932-940.
- Marrone, M. (2001). *La teoría de apego. Un enfoque actual*. Madrid, España: Psimática.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. (2016). *Attachment in adults. Structure, dynamics and change*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relations that work*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Ogawa, J. R., Sroufe, J., Weinfield, N. S., Carlson, E. y Egeland, B. (1997). Development of the fragmented self. Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Ogden, P. y Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy. Interventions for trauma and attachment*. Nueva York, Estados Unidos: W.W. Norton and Company
- Prunetti, E, Framba, R., DiDonna, F., Fiore, D., Sera, F., Barone, L. y Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to

- therapists' expressed understanding of their states of mind: a pilot study. *Psychotherapy Research*, 18, 28-36.
- Roisman, G. I. (2009). Adult attachment. Toward a rapprochement of methodological cultures. *Current Directions of Psychological Science* 18, 122-126.
- Rosbrow, T. (2014). Fear of attachment, ruptured adult relationships, and therapeutic impasse. *Attachment*, 8, 227-235.
- Sable, P. (2000). *Attachment and adult psychotherapy*. Northvale, Estados Unidos: Jason Aronson Inc.
- Soloman, J., George, C. y De Jong. A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-464.
- Solomon, J. y George, C. (2011). Disorganization of maternal caregiving across two generations: The origins of caregiving helplessness En J. Soloman y C. Gorge (Eds.), *Disorganized attachment and caregiving* (pp. 25-51). Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Solomon, J. y George, C. (Eds.). (1999). *Attachment disorganization*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Nueva York, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. y Collins, W. A. (2005). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A. (2016). The place of attachment in development. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A. y Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. En W.W. Hartup y Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*. Hillsdale, Estados Unidos: Lawrence Earlbaum.
- Steele, H., Boon, S. y Van Der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation. A practical integrative approach*. Nueva York, Estados Unidos: W.W, Norton.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (1992). *The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York, Estados Unidos: W. W. Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, k. (2006). *The haunted self. Structural dissociation of the personality and treatment of chronic dissociation*. Nueva York, Estados Unidos: Norton.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Relation. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.

1 Voy ir intercambiando hijos/hijas y niños/niñas en el artículo para minimizar el prejuicio sobre géneros imbuido en nuestro idioma.

2 Para más información ir a la página de web de círculo de seguridad <https://www.circleofsecurityinternational>