

¿EN QUÉ MEJORA LA TEORÍA DEL APEGO NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA? ES HORA DE RECAPITULAR

Galán Rodríguez, Antonio

¿EN QUÉ MEJORA LA TEORÍA DEL APEGO NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA? ES HORA DE RECAPITULAR

Papeles del Psicólogo, vol. 41, núm. 1, 2020

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77862536007>

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>

¿EN QUÉ MEJORA LA TEORÍA DEL APEGO NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA? ES HORA DE RECAPITULAR

How does attachment theory improve our clinical practice? A time for summing-up

Antonio Galán Rodríguez
Servicio Extremeño de Salud, España
 antgalan@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2917>
 Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77862536007>

Recepción: 03 Septiembre 2019

Aprobación: 04 Octubre 2019

RESUMEN:

La Teoría del Apego ha hecho contribuciones muy útiles para la intervención psicológica, y exponemos las más relevantes. Partiendo de que la psicoterapia conlleva inevitablemente la activación del sistema de apego, abordamos sus distintas presentaciones en función del estilo de apego, y planteamos algunas recomendaciones para su manejo (responder a necesidades subyacentes, desplegar actitud terapéutica en dos fases, considerar trabajo metacomunicacional, y ser cautos al activar el apego). Exponemos la influencia del apego en la capacidad para relacionarse con las experiencias internas (como fuente de amenaza o como vivencias no accesibles). Consideramos los tres tipos de seguridad buscada tras la activación del apego (física, emocional y cognitiva) y las distintas demandas que imponen en la relación terapéutica. Abordamos las implicaciones de la Teoría del Apego en los procesos de auto-regulación. Finalmente, revisamos brevemente algunas contribuciones adicionales a nivel conceptual, de evaluación y de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Apego, Psicoterapia, Psicología Clínica.

ABSTRACT:

Attachment theory has provided us with very useful resources for psychological intervention. The most relevant of these resources are presented here. Considering that psychotherapy inevitably involves the activation of the attachment system, some advice is provided in managing this (addressing underlying needs, deploying a two-stage therapeutic stance, including meta-communication dialogues, and being cautious when activating attachment). The influence of attachment on the ability to relate to inner experience (either as a threat or an experience that is difficult to reach) is presented. Three kinds of security related to attachment (physical, emotional, and cognitive) are taken into account, as well as their different demands on therapeutic relationships. Implications of attachment theory on self-regulation processes are presented. Finally, some additional contributions about conceptualization, assessment, and treatment are revised.

KEYWORDS: Attachment, Psychotherapy, Clinical Psychology..

La Teoría del Apego pudiera ser la perspectiva evolutiva más influyente en la Psicología actual. Iniciada por un clínico con mentalidad investigadora (John Bowlby, 1907-1990), sería adoptada por académicos e investigadores que la dotarían de un firme soporte conceptual y empírico. Numerosos planes de estudio, proyectos de investigación y publicaciones son inequívocas manifestaciones de su éxito. Mientras se producía este desarrollo académico, los aspectos clínicos quedaban relegados, algo paradójico en una teoría desarrollada inicialmente para ayudar a los clínicos a diagnosticar y tratar a individuos y familias (Bowlby, 1989). No obstante, en los últimos años se intenta recuperar esa dimensión clínica que inspiraba a Bowlby, y ya podemos hacer un balance de lo que nos aporta la Teoría del Apego. Así, encontramos esfuerzos por recopilar y sistematizar estas derivaciones clínicas y terapéuticas, con monográficos en revistas como *Infant Mental Health Journal* (Vol 25, nº 4), *Child & Adolescent Social Work Journal* (Vol 26, nº 4) y *Psychoanalytic Inquiry* (Vol 23, nº 1; Vol 37, nº 5), u obras colectivas que buscan explícitamente cubrir el vacío entre investigación y práctica (Bennett & Nelson, 2010; Bettman & Friedman, 2013; Oppenheim & Goldsmith, 2007).

No podemos obviar las limitaciones de estas aportaciones clínicas (véase Galán, 2019): a) ausencia de terapias con técnicas e intervenciones específicas directamente vinculadas o prescritas por la Teoría del Apego (Eagle, 2017); b) falta de propuestas aceptadas para las disfunciones del apego (Allen, 2016); y c) existencia de propuestas que utilizan el apego como una atractiva etiqueta para intervenciones ya formuladas desde otros modelos (Allen, 2011). Pero junto a estas limitaciones destacan valiosas contribuciones que iluminan muchos aspectos de nuestra práctica clínica; considerando el apego como un sistema conductual diseñado para activarse al sentirse vulnerable, necesitar protección, y requerir la ayuda de un congénere más capaz, revisaremos las contribuciones específicamente clínicas ligadas a esta dimensión evolutiva fundamental.

GESTIONAR LO INEVITABLE

El apego es ineludible en la relación terapéutica, en la medida que sentirse vulnerable, necesitar protección y requerir ayuda de un congénere más capaz, definen al paciente que acude a consulta. La teoría defiende que la relación de apego temprana favorece una forma de afrontar la vulnerabilidad, trasladada a la relación terapéutica (Bowlby, 1989). El paciente “ideal” reconoce su malestar y la incapacidad para solucionarlo, situando al terapeuta en un lugar de ayuda. Pero los pacientes acuden a consulta con lo que son, no con lo que quisiéramos. Desencuentros comunicacionales, rechazo a las indicaciones, o abandonos terapéuticos, reflejan el desacople paciente-profesional. Desde el estudio del encuentro entre una persona vulnerable (estimulada por un sistema conductual que impulsa a buscar ayuda) y una figura protectora que intenta cuidarle, la Teoría del Apego ofrece un marco de referencia fundamental para manejar esos encuentros y desencuentros. Consideramos entonces la inevitabilidad del apego en cualquier relación terapéutica (independientemente del modelo teórico que la sostiene). Esta conclusión lógica desde la teoría, ha encontrado respaldo empírico, por ejemplo con la Patient Attachment Coding System (PACS), un instrumento de evaluación que permite evaluar el despliegue de la relación de apego hacia el terapeuta dentro de la sesión, con independencia del tipo específico de psicoterapia (Talia, Miller-Bottomo & Daniel, 2017).

La tipología básica del apego ofrece un mapa para entender y gestionar las dificultades:

- Percibimos al paciente con apego seguro como “fácil”, porque puede arriesgarse a entablar una relación diferente con el profesional y consigo mismo, y reconocerle la ayuda recibida.
- En el apego ambivalente (o “preocupado”), alguien impulsado a buscar seguridad y protección a toda costa, exagerará su vulnerabilidad (que el terapeuta inadvertidamente podría reforzar), entrará en una escalada insaciable de petición de ayuda (que puede asfixiar al profesional) o usará estrategias coercitivas (como amenazas de abandono o suicidio) para garantizar ese cuidado vivido como incierto, con el riesgo de derivar hacia relaciones enmarañadas y confusas. El clínico deberá esforzarse por desactivar esas estrategias, estableciendo límites funcionales (normas claras sobre cuándo y cómo ser atendido en consulta, reglas sobre cómo actuar en caso de amenazas autolíticas...), reforzando las capacidades del paciente (disminuyendo la vivencia de vulnerabilidad que sobre-estimula el apego), o enfatizando su presencia y disponibilidad (haciendo así innecesaria la sobre-petición de ayuda).
- El apego evitativo (o “desentendido”) conlleva un dilema: necesitar una ayuda que al mismo tiempo genera desconfianza, tras un recorrido vital en el que se ha aprendido a confiar en los propios recursos y valorar la auto-suficiencia; la actitud ante el terapeuta será recelosa, desagradecida, poco implicada emocionalmente; quizá pida una intervención poco comprometida emocionalmente (“recibir pautas”, aprender una técnica...), desde la que sí pueda hacer un reconocimiento al profesional. Los riesgos para el terapeuta serán sentirse cuestionado, responder con la misma distancia con que es tratado, o derivar en una pseudoterapia dominada por la falta de implicación mutua... Será necesario afinar cuidadosamente la distancia relacional (estar presente física y emocionalmente, pero

no tanto como para despertar su angustia), y trabajarse interiormente la validación como profesional (porque ésta no llegará del paciente).

- El apego desorganizado (o “no resuelto”) podrá aparecer como momentos de confusión relacional, disparados en momentos en que la activación del apego es vivida como sumamente peligrosa o catastrófica; en momentos de colapso de las estrategias de manejo de la relación esa persona no podrá recurrir a una fuente fiable de ayuda y se sumergirá en confusión o estrategias inadecuadas en las que sólo cuenta consigo mismo (como auto-mutilaciones o consumo de sustancias) (Holmes, 2017a). También pueden aparecer formatos de relación descritos por los investigadores. Así, niños que en sus dos primeros años desarrollan estilos de apego desorganizado, a partir de los 3-4 años tienden a inhibir su dependencia, sustituyéndola por conductas controladoras, a través de actitudes coercitivas o de cuidado (parentalización); y más adelante, una sexualización de la relación (Liotti, 2011; Lyons-Ruth & Spielman, 2004). Donde la vulnerabilidad debiera despertar búsqueda de cuidado, aquí da lugar a control coercitivo, provisión de ayuda adultiforme, o sexualización inapropiada de la relación. En resumen, cuando en la terapia se active el apego (desorganizado), podría ser inmediatamente desconectado y sustituido por respuestas que requieren un manejo específico.

Estos patrones de relación terapéutica nos llevan a cinco consideraciones clínicas:

- A) El psicólogo no debe esperar un reconocimiento franco de vulnerabilidad, sino buscarla detrás de estrategias relacionales diseñadas para manejarla. Como advertencia al terapeuta, diríamos: busca responder a las necesidades subyacentes del paciente y no a las pistas erróneas (descritas en los estilos de apego) que el paciente usa para defenderse de su vulnerabilidad (Goodman, 2009).
- B) Es útil considerar una actitud terapéutica en dos fases (Goodman, 2009). Una es de aceptación de esa gestión propia (y quizá disfuncional) de la vulnerabilidad, ya que es aquella que el paciente puede permitirse; implica asumir el leitmotiv “el paciente viene a consulta con lo que es”. Le seguiría un segundo momento, de cuestionamiento, favoreciendo (a través de la relación terapéutica y del análisis reflexivo de la relación) la exploración de formas nuevas de manejar la necesidad de ayuda. Diríamos que en el desajuste y en el desafío a las expectativas (Holmes, 2017b) estaría el factor de cambio.
- C) Puede ser valioso incluir en la intervención un abordaje de la propia relación terapéutica, un trabajo metacognitivo o metacomunicacional (“conversación sobre la conversación”), propuesta ya apuntada por Bowlby, y que ha encontrado en la Teoría de la Mentalización (una interesante derivación de la Teoría del Apego) su mejor representación. Así, ésta apunta al núcleo del trabajo metacognitivo: desarrollar la capacidad para pensar en torno al mundo interno propio y ajeno. Se hablará de “mentalizar la relación”, centrándose en la propia relación terapéutica y los avatares de la mentalización en ella; repetidamente terapeuta y paciente se embarcarán en un esfuerzo conjunto para comprender qué ocurrió en éste cuando aquél dijo o hizo algo. Ciertas habilidades de entrevista favorecen estos procesos (Bateman & Fonagy, 2013), por lo que proponen un terapeuta:
 - Curioso y en una posición indagadora desde el “no-saber”.
 - Comprometido, que usa auto-revelaciones cuando son apropiadas.
 - Con una actitud inquisitiva pero no inquisidora (“me pregunto por qué nunca me pides ayuda”, “me ha llamado la atención que tienes muchas dudas sobre este asunto, pero nunca me has preguntado qué opino o si te puedo echar una mano, ¿por qué será?”), que se centra en la responsabilidad del profesional (“quizá como antes no fui capaz de darme cuenta de lo que te pasaba, ahora no te sale el contar conmigo”, “quizá todavía no me he ganado el derecho a que pongas esa confianza en mí, no importa, tenemos que tomarnos nuestro tiempo”) y que respeta la actitud del paciente (“supongo que siempre te ha venido bien no confiar enseguida en la gente, y que así te has librado de decepciones”).

- Que centra su intervención más en los procesos que en los contenidos mentales; no se busca tanto un insight de las dificultades, como una forma diferente de relacionarse con el propio funcionamiento mental, donde advertimos conexiones con las terapias conductuales de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Luciano, 2014).
- D) Es importante considerar los peligros de activar el apego. Frente a cierta imagen naíf (subrayando lo beneficioso de la calidez de la relación de apego), sabemos que su activación puede ser vivida como muy peligrosa, especialmente con un patrón de apego desorganizado. Resulta dramáticamente evidente en personas diagnosticadas de trastorno límite de personalidad, donde la alternancia hiperactivación-hipoactivación del apego lleva a relaciones terapeuta-paciente sumamente conflictivas, confusas... o rotas. También en pacientes con experiencias traumáticas en relaciones de apego (abuso sexual intrafamiliar, maltrato infantil severo...). La advertencia aquí sería “no actives lo que no puedes contener”. De ahí la utilidad en algunos casos de acercamientos cautos y fríos, apelando más a un trabajo de indagación mutua que de compromiso emocional, manteniendo el sistema de apego en un nivel de funcionamiento “tibio”; así, se podría plantear la intervención en términos de una actitud igualitaria de cooperación (“yo soy un experto en Psicología, usted lo es en su problema, veamos si uniéndonos los dos expertos encontramos una solución”), más que de gran asimetría e implicación emocional (Liotti, 2017). Sólo si (o cuando) se ha creado un marco de relación lo suficientemente contenedor podría correrse el riesgo de activar el apego decididamente.
- E) Un concepto central en la Teoría del Apego es del Modelo Operativo Interno (MOI), que sería el mapa cognitivo, la representación o esquema que el individuo tiene de sí mismo y los demás en relación al apego (Marrone, 2001); es el que usa esa persona para predecir si y cómo el otro le protegerá. Indagar por los MOI es fundamental para entender cómo el paciente se relaciona con su entorno y el terapeuta. Pero debemos dar un paso más. Además de los esquemas cognitivos relativamente accesibles al propio paciente a través de una indagación reflexiva (acompañado o no del terapeuta), existen esquemas pre-verbales, ligados a un aprendizaje procedimental más que semántico. Son múltiples las propuestas teóricas que han descrito esos esquemas pre-verbales que influyen poderosamente en las relaciones marcadas por el apego (“conocimiento relacional implícito”); por su sólida fundamentación en la investigación del desarrollo infantil destacaríamos entre ellos el concepto de “modelos de-estar-con” (Stern, 1997). A nivel clínico la implicación sería: más allá de lo verbal, el paciente se relacionará contigo con unos esquemas interaccionales forjados desde esquemas pre-verbales y pre-reflexivos que, más que ser hablados, serán actuados en la relación; y como corolario: aquellos serán modificados a partir de la relación (terapéuticamente) protectora que establezcas con el paciente, donde los aspectos no verbales (presencia física, tono y cadencia de la voz, etc.) serán fundamentales.

EXPLORAR EL EXTERIOR, EXPLORAR EL INTERIOR

Apego y exploración parecen antagónicos: el apego impulsa a acercarse al cuidador, la exploración anima a alejarse; por ello, activar uno conlleva desactivar el otro. Pero en términos evolutivos es una relación complementaria: la relación de apego ofrece a la cría la seguridad necesaria para explorar el entorno (el cuidador como base segura) y un lugar al que volver buscando protección (el cuidador como puerto seguro). En los humanos esa provisión de seguridad para explorar el mundo externo podría verse complementada con la seguridad para dirigirse a los procesos internos (experiencias sensoriales, afectivas y cognitivas) (Eagle, 2017). Esto implica que la capacidad para atender a nuestras experiencias privadas estará poderosamente influida por la trayectoria personal de apego (Miller-Bottome, Talia, Eubanks, Safran & Muran, 2019; Wallin, 2007). Como clínicos preguntaríamos: ¿qué soporte han dado al paciente sus cuidadores cuando

en su infancia dirigía su mirada a las experiencias internas (afectos, cogniciones, sensaciones corporales)? ¿le acompañaban sanamente en esta exploración, o le dejaban solo al enfrentarse a vivencias que no podía reconocer, o incluso le “desorientaban” en este recorrido? ¿qué anticipa respecto a mí, en este espacio terapéutico, al atender a sus vivencias privadas?.

El niño o adulto con apego seguro se atreverá a explorar su mundo interno, cuestionarse su forma de pensar, y conectar con sus vivencias afectivas. Quien funciona preferentemente desde estrategias evitativas, confrontado con tanta decepción (necesidades de cuidado no validadas o frustradas) podría evitar ser consciente o expresar ciertas vivencias, incluyendo sus necesidades de apego. Igual que tiene dificultades para conectar con el otro, le costará intimar genuinamente consigo mismo; lo hará de forma precaria y fuertemente sesgada, excluyendo lo afectivo, ciertas necesidades básicas, y vivencias relevantes. Por ello, las preguntas psicoterapéuticas sobre su mundo interno pueden generar angustia (“me quiere controlar”, “en algún momento me rechazará”), o ser percibidas como un lenguaje exótico e incomprensible; el desajuste está servido.

En el estilo ambivalente (preocupado), la experiencia temprana con figuras de apego impredecibles ha enseñado que asegurarse atención y apoyo ajeno demanda hacer el propio distrés demasiado grande para ser ignorado. Por ello, el paciente tenderá a ser demasiado consciente de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con la amenaza y la vulnerabilidad, y estará muy dispuesto a exagerar su significado. Puesto que cada estilo de apego conlleva un nivel específico de acceso a la información interna (cognitiva versus afectiva) (Crittenden, 2006; Crittenden & Dallos, 2009; Wallin, 2007), aquí será el procesamiento emocional el priorizado sobre el cognitivo.

Finalmente, el individuo con elementos de desorganización frecuentemente habrá pasado por experiencias emocionales arrolladoras y no procesadas, y tendrá su mundo interno plagado de vivencias pasadas dispuestas a reactivarse (y dar lugar a dolor y desorganización). Acceder a ellas será evitado, y si esto no es posible, surgirá angustia y desorganización. Las palabras, que constituyen en psicoterapia un instrumento privilegiado para calmar al paciente, aquí podrían ser vividas como una amenaza, porque activan recuerdos profundamente dolorosos (Holmes, 2004).

Finalizaríamos retomando la propuesta del doble esfuerzo de acomodación y desafío. Al mismo tiempo que el terapeuta valida y respeta esas estrategias que el paciente siente tan necesarias para protegerse, ejercerá un constante contrapeso que permita acceder a esas dimensiones evitadas: focalizar en los aspectos afectivos y corporales que el evitativo desconsidera, reforzar el análisis intelectual y cognitivo en el paciente ambivalente, y poner orden en la confusión interna del desorganizado.

QUÉ SEGURIDAD BUSCO, QUÉ RESPUESTA NECESITO

El sistema de apego, activado automáticamente en la relación psicólogo-paciente, implica tres demandas básicas posiblemente vinculadas al desarrollo filogenético.

Lo primero: no ser devorado, no ser abandonado

El sistema de apego tiene su origen evolutivo en la necesidad de protección frente a depredadores o la soledad; por ello impele a buscar protección física, demandando del cuidador que conjure de peligros a la integridad (enfrentándose a la amenaza o ayudando a escapar). Lo que se necesita de la figura de apego es “dar la cara”. A veces esto se activará en terapia: el paciente requerirá de alguna manera gestos protectores más allá de mensajes verbales. Desde aquí reconsideraremos el valor que puede tener para un paciente el esfuerzo por encontrarle un hueco en la agenda, llamarle por teléfono en un momento de especial dificultad, o anticiparse a un problema que pueda surgirle. En otros momentos “dar la cara” significa algo más

comprometido, para lo que algunos modelos no están preparados. Aunque a veces basta con una atmósfera de seguridad y tranquilidad (con encuentros regulares y comprometidos) para que las demandas de apego sean satisfechas, en ciertos pacientes (como en los trastornos límites de la personalidad), o algunos contextos de intervención psicosocial (familias desorganizadas, niños en ambientes marginales), proteger eficazmente requiere ir más allá del intercambio verbal, e intervenir en la vida del paciente: pronunciarse claramente ante decisiones vitales (en lugar de mantener neutralidad), ayudar en gestiones vitales, contactar con otras personas o instituciones, forzar ingresos hospitalarios, realizar gestiones fuera del despacho... Mientras que algunos modelos de psicoterapia las consideran incompatibles con la labor psicoterapéutica, otros las juzgan inevitables y procuran incluirlas en el proyecto terapéutico. Desde la Teoría del Apego ésta sería la opción más adecuada, porque responde a una necesidad que demanda respuesta.

Lo segundo: ser acogido emocionalmente

Sobre esa necesidad básica de seguridad física, los humanos experimentamos otra adicional, y hemos recurrido al sistema de apego para satisfacerla. No sólo sentimos peligro por un depredador, sino que las propias vivencias internas son vividas como un peligro; sensaciones desagradables (hambre, dolor), emociones (miedo, pena, rabia), pensamientos... son sentidos como peligros; la propia vivencia de angustia es recibida como una amenaza (el “miedo al miedo” en cuadros de ansiedad). Para estos peligros no necesitamos una figura físicamente fuerte enfrentándose al depredador, sino alguien emocionalmente receptivo, sensible al mundo interno, que entone con las emociones y valide las vivencias. Por otra parte, y aunque obviamente nos preocupa la supervivencia y el bienestar físico, somos una especie que se distingue por una preocupación inusual por el bienestar emocional (Watchel, 2017), y habríamos reclutado el sistema de apego para garantizarlo. En la misma línea de “sofisticación evolutiva”, los humanos necesitamos la experiencia de ser reconocidos (ser comprendidos y sentirnos en la mente de otra persona) (Seligman, 2017). En relación a todas estas necesidades cubiertas desde el sistema de apego, vemos que aquí no se trata tanto de búsqueda de seguridad en la proximidad, cuanto de seguridad y placer en la intimidad.

¿Cómo atender en la intervención psicológica a estas necesidades? Poco podríamos añadir desde este texto porque uno de los grandes patrimonios de la psicoterapia reside precisamente en conceptos y técnicas que permiten establecer una relación interpersonal que las satisfaga. Así, desde propuestas tan clásicas como las de Rogers (1978) hasta las investigaciones recientes sobre los avatares de esa fina conexión emocional terapeuta-paciente (Safran y Muran, 2005), la Psicología no ha dejado de ofrecer herramientas para que este último se sienta emocionalmente acogido, y para que esta experiencia le resulte constructiva y terapéutica.

Lo tercero: permitirse aprender

La última gran contribución de la Teoría del Apego, propuesta por Peter Fonagy, subraya la importancia del intercambio comunicativo en nuestra especie. La creación de una “autopista” natural de transmisión de conocimiento entre los humanos es un proceso sometido a muchos avatares, y en el que participa el apego; así, en la relación de apego aprendemos una capacidad fundamental para la supervivencia social: abrir nuestra mente a la comunicación cuando es buena para nosotros (“confianza epistémica”), y mantener “vigilancia epistémica” cuando implique riesgos (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy, Luyten & Allison, 2015). El elemento clave para ello es determinar si nuestro interlocutor nos enseña cosas que son relevantes, útiles, precisas y buenas para nosotros. La participación del apego y de la capacidad de mentalización en este aprendizaje hace que su activación implique una pregunta fundamental en cualquier proceso de comunicación (incluyendo el terapéutico): ¿puedo abrir mi mundo interno a los mensajes de mi interlocutor?. Este concepto aporta a la Teoría del Apego algo antes ausente y que le ha lastrado como teoría psicoterapéutica: una teoría del

cambio (Fonagy & Campbell, 2017). Pero además, nos sensibiliza sobre el error de dar por supuesto que los terapeutas estamos validados a priori, que el paciente considerará nuestros mensajes relevantes, útiles, precisos y bienintencionados. Cada paciente viene con lo que es; su trayectoria vital puede haber generado desconfianza epistémica, que deberá convertirse en el primer objetivo (o requisito) de la intervención. Luchar por convertirse en una base segura (regularidad, constancia, compromiso), entonar con el paciente (ajuste) y establecer una comunicación que favorezca la mentalización, serían estrategias básicas para lograr aquello que erróneamente hemos dado por garantizado.

La existencia de tres dimensiones del apego lleva a cuestionarse si son manifestaciones de un solo sistema, o manifestaciones diferentes de un solo concepto global etiquetado como “apego” (Watchel, 2017). Más allá de esta disquisición teórica, esta sistematización nos ayuda a responder con mayor precisión a la diversidad de demandas que se comprimen en la relación terapéutica.

LO QUE SE APRENDE EN PAREJA

Un ambicioso y fascinante estudio dentro de la Teoría del Apego es la investigación longitudinal que L. Alan Sroufe y Byron Egeland lideran desde los años 70. Aunque sus implicaciones parecen dirigidas a la Psicología Evolutiva más que a la Clínica, sus implicaciones para ésta resultarían fundamentales.

El Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children (Sroufe, 2005; Vaughn, 2005) utilizó el apego como el constructo que aportase organización a los cambios afectivos, cognitivos y conductuales que definen el desarrollo del niño. Sostener el apego de los hijos es una de varias funciones importantes de los padres, pero ocupa un lugar central en la jerarquía del desarrollo debido a su primacía: la relación de apego sería el núcleo alrededor del cual las otras experiencias son estructuradas. El apego permite al niño no ser devorado por depredadores, pero también constituye el marco donde aprender a auto-regularse emocionalmente, conectar afectivamente, descubrir la corporalidad, desarrollar el lenguaje, y un largo etcétera. Se convierte en el “nicho relacional” donde se desenvolverán otras facetas del crecimiento personal, una evolución compleja marcada por efectos no lineales (Cortina, 2013). Esa capacidad para imbricarse con otras variables quedará en evidencia cuando intentemos predecir qué va a ser del niño en el futuro. Esas predicciones (cómo le irá en el colegio, se adaptará social o laboralmente, o será su salud mental) necesitarán ineludiblemente una valoración del apego actual, pero serán realmente acertadas cuando combinemos éste con otros predictores; serán esas cosas que los padres hacen al mismo tiempo que constituyen una base segura para la exploración, un puerto de seguridad y una fuente de tranquilización para el niño angustiado (los sellos del apego).

Otro aspecto relevante del estudio Minnesota del que extraeremos implicaciones clínicas está en la importancia del apego en el desarrollo de la auto-regulación, también señalada desde otros lugares de esta teoría (Fonagy & Target, 2002). Se considera al apego como “la regulación diádica de la emoción” (el niño no puede auto-regularse, y se regula en una relación interpersonal). Ocurriría como en otras funciones básicas que se aprenden en pareja y finalmente se internalizan (procesos interpersonales se convierten en mecanismos intrapersonales). Así, lo que era un diálogo con un cuidador (“hijo, piensa bien lo que tienes que hacer ahora”) se convierte en un diálogo interno (“voy a pararme un momento a pensar antes de actuar”); un proceso de control externo (“¡niño, no hagas eso!”) pasa a conciencia moral (“no debería hacer esto”). Esta idea, de largo recorrido en el pensamiento clínico, ha encontrado un respaldo en las Neurociencias, entendiendo el cerebro como un órgano abierto al exterior, a la relación interpersonal, que se construye internamente a partir de relaciones con el exterior (Siegel, 2013). A fin de cuentas el sistema de apego surgió para regular la distancia física respecto a la figura de apego; pero los humanos (a diferencia de otros mamíferos y de las aves) tardamos mucho en tener movilidad física para separarnos de nuestro cuidador, y pudiera ser que el apego haya acabado centrándose más en la regulación de la distancia emocional; y así, el apego en humanos es un asunto más de regulación de las emociones y de la confianza, que de seguridad física.

¿Cuáles son las implicaciones clínicas? Resumidamente la Teoría del Apego:

- Respalda propuestas que entienden la psicopatología como problemas de auto-regulación. En la búsqueda de dimensiones transdiagnósticas, incluir esos déficits en la traslación de procesos hetero-reguladores a mecanismos de auto-regulación (de las emociones, pensamientos y conductas) contribuye a entender la patología y el proceso terapéutico; éste sería concebido como un nuevo intento de crear una relación diádica que permita la co-regulación de procesos, y finalmente la interiorización (y autonomización) de esa capacidad.
- Revela el papel fundamental de las rupturas y reparaciones en esos estrechos intercambios comunicativos. En investigaciones próximas a esta Teoría (por ejemplo, Stern, 1997) se sostiene que el elemento determinante de la calidad de la relación de apego no es el mantenimiento de la conexión en la diada (puesto que los fallos de ajuste son frecuentísimos) sino la capacidad del cuidador para reparar esas frecuentes rupturas de la conexión (percatarse de ello y retomar la conexión). Esto tiene implicaciones terapéuticas: saber que lo más importante no es la acomodación al paciente, sino la re-acomodación después de un desencuentro, impele a dirigir un escrutinio constante a la evolución del contacto, detectar con rapidez las rupturas, e implementar técnicas para repararlas, porque aquí residiría un elemento terapéutico fundamental. Esto es explorado fructíferamente por investigadores del proceso terapéutico inspirados por el apego, entre los que destaca Jeremy D. Safran (véase por ejemplo Miller-Bottome et al., 2019).
- Como muestra el estudio Minnesota (Suess & Sroufe, 2005):
 - La importancia de cómo los niños son tratados por sus padres comienza en los momentos tempranos de la vida; por tanto, hay que comenzar pronto con las intervenciones, y apoyar la relación cuidador-hijo.
 - Se requieren intervenciones complejas, que atiendan a: 1) la influencia de la historia acumulativa de cuidado y adaptación en el pasado; y 2) las experiencias y apoyo en el presente. El mejor predictor del desarrollo es la totalidad de la historia de cuidado, así que las intervenciones deben ser complejas, no aisladas. Dado que las relaciones de pareja de los adultos que cuidan del niño son importantes, hay que añadir elementos de terapia de pareja a los programas de intervención temprana. Y puesto que conforme el niño crece va influyendo más en su entorno, reforzando el tipo de relación que le ha sido impuesto, hay que considerar los círculos de auto-mantenimiento de relaciones disfuncionales.

RECURSOS FORMALIZADOS PARA EVALUAR E INTERVENIR

Hemos revisado las grandes aportaciones de la Teoría del Apego a la práctica clínica, y en este apartado ofreceremos breves pinceladas ilustrativas de recursos de evaluación y tratamiento.

En el ámbito de la evaluación, más allá de los habituales cuestionarios hay propuestas novedosas y enriquecedoras. Aunque muchas adolecen de estar excesivamente orientadas a la investigación y ser poco trasladables al entorno clínico, contienen aportaciones interesantes para el psicoterapeuta. Por ejemplo, la Adult Attachment Interview (AAI), de difícil y laboriosa aplicación pero cuya propuesta resulta fascinante: puesto que los patrones lingüísticos están perfilados por el apego (Holmes, 2017b), la forma en que hablamos de nuestros patrones de relación es más revelador que el contenido de nuestro mensaje sobre aquellos, lo que obliga a cambiar el foco de atención ante el discurso del paciente. También destaca la evaluación de narrativas infantiles mediante la construcción conjunta de historias, con pruebas como The MacArthur Story Stem Battery o el Attachment Completion Story Test; en ellas se escenifican con muñecos pequeños el inicio de una historia familiar en la que se activaría el sistema de apego, y el niño la completará con una narrativa que posiblemente refleje sus esquemas internos de apego (Emde, Wolf & Oppenheim, 2014;

Galán, 2018). Un tercer ejemplo ilustrativo lo encontramos en el Procedimiento de Situación Extraña, un diseño de observación en laboratorio que permitió delimitar los patrones básicos de apego; podemos inspirarnos en ella para generar adaptaciones más cercanas a la realidad asistencial, como la propuesta en los “Practice Parameters” de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Boris & Zeanah, 2005). Los clínicos dispuestos a hacer adaptaciones ajustadas a su práctica profesional podrán obtener indudables beneficios de estas herramientas.

En este brevísimos repaso finalizamos con formatos de tratamiento. Aunque difícilmente se puede hablar de una “terapia del apego” (en cuanto propuestas directa y exclusivamente fundamentadas en esta teoría), su presencia en algunos formatos terapéuticos es innegable:

- Ha aportado conceptos y metáforas muy sugerentes y útiles en el proceso terapéutico, como “puerto seguro” y “base segura”; posiblemente sea la teoría que mejor ha combinado una lectura científica con un acercamiento poético (sugerente, “tierno”, evocativo) al abordar ese acople íntimo entre una persona vulnerable y quien intenta ayudarle.
- Ha sido reclutada por escuelas de terapia donde faltaba un aporte adicional que proporcionaba la Teoría del Apego, incluso en modelos inicialmente muy alejados de ella, como el Sistémico (Crittenden & Dallos, 2009). También ha encontrado encaje en ámbitos específicos, como (en propuestas muy recientes) el tratamiento del trauma en relaciones cercanas (Allen, 2013) o el trastorno límite de la personalidad (Serván, 2018). Esta Teoría apela a procesos evolutivos básicos, y a un factor específico implicado en todo proceso terapéutico (Goodman, 2009), lo que hace inevitable su presencia, con independencia del modelo de trabajo; en este sentido, el apego remite a lo que Holmes (2017b) denomina “meta-competencias”.
- Ha inspirado propuestas terapéuticas con la Teoría del Apego como pilar central, como la Terapia Basada en la Mentalización (Allen, Fonagy & Bateman, 2008), especialmente reconocida en el tratamiento de los trastornos límites de la personalidad (Bateman & Fonagy, 2013, 2016), pero también en programas destinados a mejorar la parentalidad (Slade, 2006). Probablemente sea en el ámbito de la infancia donde encontremos las propuestas más innovadoras y creativas, como el Attachment Biobehavioral Catch-up (ABC) de Mary Dozier (véase Grube & Liming, 2018) y el Circle of Security Project (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002); o el uso de grabaciones de interacciones cuidadores-hijos, una estrategia incorporada en varios programas y cuyo inicio se sitúa en trabajos de investigación en torno al ajuste comunicacional madre-bebé (Beebe, 2014).

Finalizaríamos subrayando cómo la Teoría del Apego ha impulsado una forma específica de relacionarse con el paciente, donde la proximidad, la disponibilidad y el cuidado emocional comprometido son elementos fundamentales; si bien no tiene la exclusiva de este tipo de relación terapéutica, posiblemente ha sido la que de una manera más firme y asentada científicamente la ha defendido.

CONCLUSIONES

Más allá de los aspectos inspiradores y sugerentes de la Teoría del Apego, ésta ofrece al clínico herramientas sumamente valiosas. Así, ayuda a identificar aspectos cruciales de las dificultades para gestionar la vulnerabilidad (dando claves para manejar cuestiones fundamentales de la relación terapéutica) y ofrece útiles mapas del funcionamiento del paciente (manejo de su mundo interno, gestión de la relación interpersonal) que nos permiten conceptualizar y manejar mejor la intervención. Además, proporciona herramientas de evaluación y de tratamiento, y ofrece una propuesta científicamente sostenida relativa al elemento central del proceso terapéutico: la relación.

Mientras ofrece estos recursos, ilumina realidades humanas relevantes en el ámbito clínico-terapéutico, como el valor de las experiencias tempranas (de un buen cuidado, y traumáticas), y la importancia de una

figura protectora para el desarrollo personal (regulación del afecto, despliegue de la intimidad, desarrollo de la capacidad de establecer contacto intersubjetivo...). Quizá esto explique que, sin ser una teoría exclusivamente clínica ni desarrollarse como una práctica psicoterapéutica específica, ejerce una influencia enorme en psicoterapia, impregnando de manera fundamental nuestra cultura psicoterapéutica.

En definitiva, nos encontramos ante una teoría muy sugerente y valiosa. Pero puede morir de éxito si perdemos el rigor conceptual o nos quedamos en atractivas formulaciones genéricas. Así, tiene implicaciones prácticas que hemos ido señalando a lo largo de todo el artículo, y que nos han llevado al convencimiento de que enriquecerán la práctica de cualquier clínico que decida implementarlas.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

REFERENCIAS

- Allen, B. (2011). The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children. Part I: diagnosis and assessment. *Trauma, Violence & Abuse, 12*, 3-12.
- Allen, B. (2016). A RADical idea: A call to eliminate "Attachment disorder" and "Attachment therapy" from the clinical lexicon. *Evidence-based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1*, 60-71.
- Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*, 595-613.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: DDB.
- Beebe, B. (2014). My journey in infant research and psychoanalysis: microanalysis, a social microscope. *Psychoanalytic Psychology, 31*, 4-25.
- Bennett, S., & Nelson, J.K. (Eds.) (2010). *Adult attachment in clinical social work: Practice, research and policy*. New York: Springer.
- Bettman, J.E., & Friedman, D.D. (Eds.) (2013). *Attachment-based clinical work with children and adolescents*. New York: Springer.
- Boris, N.W., & Zeanah, C.H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Reactive Attachment Disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1206-1219.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Cortina, M. (2013). The use of Attachment Theory in the clinical dialogue with patients. *Psychodynamic Psychiatry, 41*, 397-418.
- Crittenden, P. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 27*, 105-115.
- Crittenden, P.M., & Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*, 389-409.
- Eagle, M.N. (2017). Attachment Theory and research and clinical work. *Psychoanalytic Inquiry, 37*, 284-297.
- Emde, R.N., Wolf, D.P., & Oppenheim, D. (Eds.) (2014). *Revealing the inner worlds of young children*. New York: Oxford University Press.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*, 372-380.

- Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Bad blood: 15 years on. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 281-283.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of Borderline Personality Disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29, 575-609.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- Galán, A. (2016). La Teoría del Apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36, 45-61.
- Galán, A. (2018). En busca de la dimensión clínica del apego a través de las narrativas infantiles. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 65, 35-46.
- Galán, A. (2019). La dimensión clínica de la Teoría del Apego, ¿una promesa aún incumplida?. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 33, 35-44.
- Goodman, G. (2009). *Therapeutic attachment relationships*. Lanham: Jason Aronson.
- Grube, W.A., & Liming, K.W. (2018). Attachment and Biobehavioral Catch-up: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, 39, 656-673.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6, 181-190.
- Holmes, J. (2017a). Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: A selective, attachment-informed review. *Attachment & Human Development*, 19, 364-381.
- Holmes, J. (2017b). Attachment, Psychoanalysis, and the search for a 21st-century psychotherapy practice. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 309-318.
- Liotti, G. (2011). 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. (2017). Multimotivational approach to attachment-informed psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 319-331.
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integration attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318-325.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The circle of security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Miller-Bottome, M., Talia, A., Eubanks, C.F., Safran, J.D., & Muran, J. (2019). Secure in-session attachment predicts rupture resolution: Negotiating a secure base. *Psychoanalytic Psychology*, 36, 132-138.
- Oppenheim, D., & Goldsmith, D.F. (Eds.) (2007). *Attachment theory in clinical work with children: bridging the gap between research and practice*. New York: The Guildford Press.
- Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Narcea.
- Safran, J.D., y Muran, J.C. (2005). *La alianza terapéutica*. Bilbao: DDB.
- Seligman, S. (2017). Recognition and reflection in infancy and psychotherapy: Convergences of attachment research with Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 298-308.
- Serván, I. (2018). Apego y organizaciones límites: Ajustes en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 111, 93-109.
- Siegel, D.J. (2013). *La mente en desarrollo*. Bilbao: DDB.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Stern, D.N. (1997). *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós.

- Suess, G.J., & Sroufe, J. (2005). Clinical implications of 'The development of the person'. *Attachment & Human Development*, 7, 381-392.
- Talia, A., Miller-Bottome, M., & Daniel, S.I.F. (2017). Assessing attachment in psychotherapy. Validation of the Patient Attachment Coding System (PACS). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 149-161.
- Vaughn, B.E. (2005). Discovering pattern in developing lives: Reflections on the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 369-380.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Watchel, P. (2017). Attachment theory and clinical practice: A cyclical psychodynamic vantage point. *Psychoanalytic Inquiry*, 37, 332-342.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.