

Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Morales Silva, Susana; Santelices Álvarez, María Pía
Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia
Terapia Psicológica, vol. 25, núm. 2, diciembre, 2007, pp. 163-171
Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78525207>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Los Modelos Operantes Internos y sus Abordajes en Psicoterapia

Working Models in Adult Attachment and Psychotherapy Interventions*

Susana Morales Silva
María Pía Santelices Álvarez
Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile

(Rec: 12 de octubre 2007 - Acept: 23 de noviembre 2007)

Resumen

Este artículo presenta una discusión sobre las aproximaciones teóricas acerca de los estilos de apego adulto y su abordaje en Psicoterapia. Para ello se aborda la medición del apego en el adulto; se revisan las investigaciones actuales en el tema y se discuten alternativas psicoterapéuticas más utilizadas en este campo. Para el abordaje de los Modelos Operantes Internos, se revisa un método basado en la mentalización y que sugiere el reconocimiento de los factores involucrados en buenas relaciones interpersonales, los que se aplicarían a la relación terapéutica y a otras relaciones interpersonales. Se revisa también un método grupal, que explora las reacciones de los pacientes en una versión modificada del instrumento *Adult Attachment Interview*. Por último, se discuten las confluencias de los diferentes abordajes terapéuticos, destacando como factor común la importancia de la alianza terapéutica.

Palabras Clave: Modelos operantes internos, apego adulto, psicoterapia.

Abstract

This article presents a theoretical review about adult attachment styles and how they can be approached in Psychotherapy. The review takes into consideration some measurements of adult attachment; present investigations that are reviewed, and some psychotherapeutic alternatives to produce cognitive change are suggested.

The article deals with the concept of Working Models, by examining a method that suggests the recognition of the factors involved in good interpersonal relationships. This would be applied to the therapeutic relationship and to other interpersonal relationships.

In a modified version of the *Adult Attachment Interview*, the evaluation also includes a group method that explores patients' reactions. Finally, the confluence of different therapeutical approaches is discussed, emphasizing the importance of the therapeutic alliance as common factor.

Key words: Working models, adult attachment, psychotherapy

Correspondencia a: Susana Morales Silva. E-mail: sus.mosi@gmail.com

María Pía Santelices Álvarez. E-mail: msanteli@ucl.cl

* La elaboración de este artículo contó con el financiamiento otorgado por Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico FONDECYT N° 1070839

Del Apego a los Modelos Operantes Internos.

La teoría del apego se define como la tendencia de las personas a desarrollar lazos afectivos significativos por parte de los bebés y sus cuidadores principales. Esta tendencia natural e inicial en la vida se va traduciendo en las conductas que van desarrollando los niños para conseguir proximidad de las figuras de apego, ya sea en momentos de dificultad, miedo o ansiedad. Permiten la autoconservación y la supervivencia del infante. Estas formas de comportamiento surgen a partir de representaciones mentales internalizadas, denominadas “estilos de apego”, que posteriormente en el adulto se les ha llamado “Modelos Operantes Internos” de las interrelaciones (Bowlby, 1969).

Bowlby (1995) afirma que, una vez construidos estos modelos representacionales de los padres y de la interacción con ellos, tienden a persistir de manera relativamente estable a lo largo del tiempo y a operar a nivel inconsciente. Así, una pauta de apego de un niño pequeño estará en directa sintonía con los modelos de sus padres, en especial con el de su madre o cuidador(a) principal (Bowlby, 1995; Bretherton, 1999; Fonagy, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Los modelos operantes internos (MOI) se comprenden como esquemas o mapas internalizados en cada individuo, los que representan una realidad constituida por personas y objetos significativos para el individuo. Se trata de un mapa representacional cognitivo-afectivo-dinámico que ayuda al sujeto a ingresar a una realidad compartida, en la que cada uno de sus integrantes tiene una mente individual, con deseos, planes, necesidades, las que necesitan ser conocidas o inferidas para relacionarse entre las personas. Una función de los modelos operantes internos es filtrar la información acerca de sí mismo y del mundo exterior, pudiendo coexistir varios MOI de sí mismo y de las otras personas, los que pueden mantenerse apartados unos de otros, o bien pueden unirse a través de procesos integradores (Bowlby, 1969).

Los MOI permiten al individuo, la posibilidad de percibir acontecimientos, pronosticar el futuro y construir planes. De esta manera, aplicado el concepto a las figuras de apego, los MOI posibilitan a la persona el hecho de saber quiénes son las figuras de apego, dónde se pueden encontrar y cómo se puede esperar que respondan, en el sentido de cuán disponibles se encuentran al momento de ser necesitadas, ya sea ante el temor, el estrés o el desamparo (Marrone, 2001).

Una vez construidos, estos modelos representacionales de los padres y de la interacción con ellos, tienden a persistir de manera más o menos estable a lo largo del tiempo y a operar a nivel inconsciente (Bowlby, 1995). De manera que la pauta de apego de un infante se formará en relación con los modelos de sus padres, más particularmente con el modelo de su madre o cuidador(a) principal (Bowlby, 1995; Bretherton, 1999; Fonagy, 1991, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

La dimensión Operativa del concepto es posible comprenderla como un proceso interno. Es decir, un aspecto dinámico y cambiante de la representación psíquica, en que por una parte, el modelo representado no es un mapa imperturbable y estático, pudiendo variar en el tiempo y por otra parte, “pulsa” interiormente al individuo y lo lleva a relacionarse con el entorno (Bretherton, 1985).

Necesario resulta consignar, el carácter primario del vínculo de apego, en el sentido de que se trata de una necesidad que no se supedita a otras necesidades básicas tal como la alimentación, por ejemplo. Los modelos internos operan activamente sobre el individuo para que éste actúe sobre su entorno, en busca de proximidad con sus figuras de apego, por lo que pueden activarse o desactivarse, según las necesidades dadas por las circunstancias (Pinedo & Santelices, 2006).

Peterfreund, desde una mirada psicoanalítica, sostuvo en 1983 que los Modelos Operantes Internos representan experiencia de la vida y del entorno directo del sujeto. Sin embargo, Marrone (2001) plantea que el término se utilizaría más en un sentido de una organización de representaciones sobre uno mismo y en relación con otras personas significativas.

Los modelos se regulan de manera homeostática, permitiendo que un individuo mantenga su relación con la figura de apego entre ciertos límites de distancia o de acceso. De esta manera, los MOI operan para interpretar, regular y predecir la conducta, los pensamientos y los sentimientos, tanto de las figuras de apego, como las de sí mismo, facilitando la creación de planes para la organización de la conducta (Bowlby, 1995).

Con respecto a la definición de la dimensión Interna del concepto, es posible comprenderla en el sentido en que las representaciones acerca del mundo y del propio individuo, son propias y se construyen a lo largo de la experiencia de la persona. Los MOI proporcionan reglas para organizar la atención, la memoria, el pensamiento y el lenguaje. El grado de claridad y coherencia de la narración de la historia de las propias relaciones de apego de una persona, constituiría un indicador del grado de desarrollo de la propia organización representacional (Bowlby, 1973).

La forma de adquisición de los Modelos Operantes Internos de los individuos se sostiene en las experiencias reales de la vida del niño, más precisamente, en las interacciones cotidianas con los padres. El resultado de estas experiencias es una imagen internalizada sobre la forma en que el niño se siente en relación con sus padres, la manera en que el infante se siente con respecto a sí mismo, el modo en que espera que lo traten y la forma en que planifica su propia conducta con respecto a ellos. De este modo, los MOI hacen posible la organización de la experiencia subjetiva e intersubjetiva, así como la experiencia cognitiva y la conducta adaptativa de las personas, frente a los demás y al medio que lo rodea (Bowlby, 1973).

El proceso de internalización de los Modelos Operantes Internos influye en el grado de seguridad que tienen los niños de contar con sus figuras de apego en momentos de ira, desamparo, temor y tristeza. Es decir, el grado de accesibilidad que tengan los cuidadores al momento de ser requeridos por sus hijos, permite a los niños pronosticar y prever la certeza con que pueden contar con sus cuidadores. Posibilita también la capacidad de reconocer a sus figuras de apego como personas que son independientes de él mismo, con sus propios pensamientos, deseos y necesidades (Bowlby, 1973).

Por otra parte, las cualidades definitorias de los MOI están basadas en al menos dos criterios. El primero es la representación de una figura de apego, que en general responderá a las solicitudes de apoyo y protección y un segundo criterio que se refiere a la representación de sí mismo como una persona a quien cualquiera, en especial la figura de apego, le ofrecerá su apoyo. Se destaca también que los MOI se forman, no sólo en presencia de la figura de apego, sino que también como resultado de los esfuerzos del sujeto cuando trata de reunirse con el otro en su ausencia o las respuestas emocionales cuando trata de adaptarse a la separación (Marrone, 2001).

En las etapas tempranas, que configurarán el estilo de funcionamiento adulto, conductas del bebé tales como la búsqueda de proximidad, la sonrisa, el colgarse al cuello de la madre, son correspondidas con conductas de apego del adulto como tocar, sostener y calmar. La activación de conductas de apego depende entonces de la evaluación por parte del infante de un conjunto de señales del entorno que dan como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad (Fonagy, 1999).

El niño, para poder desenvolverse en la realidad, necesita lograr una constancia objetal que le posibilite la percepción del mundo como estable en el tiempo e independiente de él mismo. Puede representarse al mundo con representaciones de primer orden, es decir, poblado de objetos y de figuras significativas, ingresando a un mundo compartido con una cierta estabilidad perceptual. Luego percibe a sus figuras de apego como seres con intenciones, lo que le posibilita al niño el poder adueñarse de su experiencia interna, comprenderse a sí mismo y a las demás personas como seres intencionales cuya conducta está organizada por estados mentales, pensamientos, sentimientos, creencias y deseos (Fonagy, 1999).

Las representaciones de segundo orden que surgen en el niño, son posibles al momento de ver el mundo de las relaciones como intencional, al entrar al mundo intersubjetivo, lo que se manifiesta por primera vez a los nueve meses de edad. Con la intencionalidad compartida se inaugura, aunque de manera elemental, el uso de los símbolos, lo que permite captar y sintetizar diferentes facetas de una misma interacción y la generalización de estas interacciones hacia nuevos contextos. Estableciendo esta intencionalidad com-

partida, un espacio intersubjetivo fértil para el desarrollo emocional y psicológico del niño (Fonagy, 1999).

Fonagy (1999) acuña el término de función reflexiva en las personas, la que se entiende como la capacidad humana de entenderse entre los individuos en términos de estados mentales (pensamientos, sentimientos, creencias y deseos), con el propósito de otorgar sentido y de anticipar las reacciones de los demás. A esta función humana también se le llama teoría de la mente o mentalización y se define como la comprensión de la conducta de uno mismo y de los demás en términos de estados mentales. Se trata de la capacidad cognitiva de inferir estados mentales en sí mismo y en los demás; implica un componente, tanto autorreflexivo como interpersonal, que permite distinguir la realidad interna de la externa, lo real de lo ficticio y los procesos intrapersonales, mentales y emocionales de la comunicación humana. Crea una sensación de continuidad de la experiencia, la identidad del Yo y la emergencia de una estructura mental consistente en el tiempo y soportada en los modelos operantes internos del individuo.

El reconocimiento de los estados mentales del otro, su valoración y su interpretación son cruciales para el desarrollo de la capacidad de reflexión sobre situaciones intersubjetivas. Esta habilidad, que se adquiere alrededor de los cuatro años y medio, permite al niño predecir las consecuencias de los eventos interpersonales, aunque la adquisición de la teoría de la mente, se puede argumentar que nunca es alcanzada totalmente (Fonagy, 1999).

El nivel más sofisticado de la función reflexiva, agrega Fonagy (1999), surge en el marco de relaciones de apego seguras y puede ser predecible en un individuo, a partir de la calidad de la relación de apego que se tenía con los cuidadores y de su propia capacidad mentalizadora. Los padres con una alta capacidad reflexiva son capaces de proveer un apego seguro al niño debido a que comprenden sus propios estados emocionales y son capaces de regular sus propias reacciones y las relaciones con sus hijos; sus comunicaciones no presentan distorsiones serias. Pueden promover un diálogo reflexivo con sus hijos y los demás miembros de su familia.

En lo que concierne al mecanismo para la adquisición de la teoría de la mente como modelo interno, Pinedo y Santelices (2006) remarcan la importancia del papel de los cuidadores para el desarrollo de una teoría de la mente. De esta manera, al poseer un modelo operativo interno, el adulto responde a los requerimientos de cuidado, desde su propio modelo. La representación que tiene la mamá, por ejemplo, del afecto de su hijo, es representada por éste y mapeada desde su propio modelo interno.

Si los modelos operantes son muy estereotipados y rígidos, plantea Fonagy (1999), el reflejo será demasiado exacto o distorsionado, de manera que el niño no puede reconocerse en el otro. Por otro lado, los cuidadores seguros le dan la posibilidad al niño de que pueda reconocer sus

emociones como análogas, pero no con igual forma, con lo que se hace posible el proceso de formación de símbolos. De esta manera, cuando un cuidador se relaciona con su bebé, se ponen en juego mecanismos homeostáticos que regulan a ambas personas en la relación, por una parte, el niño necesitado de ser satisfecho en lo que necesita biológicamente y psicológicamente y por otro lado, una madre atenta, con su hijo en mente. Si la madre tiene en mente los estados mentales de su hijo, la devolución que haga de ese estado mental será más precisa y con una mayor lectura de mente, de lo que justamente necesitaba el niño. De esta manera, una actitud mentalizadora favorece en el infante la emergencia en su mente de creencias, sentimientos e intenciones, que le permitirán en el futuro controlar sus propias reacciones emocionales, afectivas e interpersonales, a través del desarrollo de sus propios modelos operantes internos que funcionarán en la adultez y que lo llevarán a pensar acerca de sí, de los otros y de los vínculos con los otros.

Respecto a la relación entre apego inseguro en la infancia y posteriores modelos inseguros en la adultez, los niños que crecen en familias de riesgo, pierden la oportunidad de recibir adecuadamente las bases para un desarrollo saludable y se ven sumergidos en problemas relativos a lo emocional, cognitivo, evolutivo, físico y moral, creciendo de modo que perpetúan el ciclo con sus propios futuros niños. La investigación ha indicado que en más del 80% de las familias de alto riesgo, se observan situaciones disfuncionales que se expresan en algún tipo de abuso, negligencia, extrema pobreza, abuso de sustancias, violencia doméstica, historia de maltrato, depresión y otros desórdenes psicológicos, existiendo 800.000 niños con severos trastornos en el apego, según señalan las estadísticas a nivel de los Estados Unidos (Rozenel, 2006).

Aquellas personas que comienzan sus vidas con situaciones de apego disruptivas, corren el riesgo de adquirir serios problemas en su desarrollo, con sus correspondientes consecuencias en la vida adulta. Estas dificultades pueden verse manifestadas en características tales como: autoestima disminuida; alta dependencia; descompensación frente a la adversidad; presentan una falta de autocontrol; incapacidad de mantener o desarrollar amistades, oposiciónismo frente a los adultos, actitudes antisociales, agresividad y violencia. Manifiestan también dificultad para confiar, les cuesta lograr intimidad y afecto con otros. Por otro lado, estos niños y jóvenes tienen problemas de rendimiento académico en el colegio y en su vida, suelen perpetuar, cuando llegan a ser adultos, el ciclo de maltrato y de trastornos en el apego, con sus propios hijos (Rozenel, 2006).

Detección de trastornos del apego en el adulto

Atkinson y Zucker (1997) explican algunas de las manifestaciones del apego en el adulto y las implicancias en las relaciones interpersonales. Señalan que la evidencia en las investigaciones sostiene que la pérdida de relaciones

basadas en el amor en la primera infancia, constituye un estresor poderoso después de la primera infancia y a lo largo de la vida, que afecta a las relaciones interpersonales. Por otro lado, una infancia temprana, que cuenta con un cuidado afectuoso, constituye un protector contra el estrés en los adultos de todas las edades (Hazan & Shaver, 1994, Parkes et al., 199, Rutter & Rutter 1993, citados en Atkinson & Zucker, 1997).

Se observa en estilos de apego inseguro, la tendencia a negar las experiencias negativas; una incapacidad de revocar los sentimientos negativos; a idealizar la imagen de los padres y a preocuparse en forma extrema por ellos. Es necesario para un desarrollo saludable de la personalidad, tener accesible a la memoria tanto las experiencias gratificantes, como aquellas experiencias dolorosas, lidiar con el dolor e integrarlo en una positiva mirada del propio self. (Atkinson & Zucker, 1997)

Considerar a todas las relaciones interpersonales en términos de la calidad del apego, sería sin embargo un error. Por ejemplo, una mujer que se involucra intensamente con su bebé y tiene problemas con su marido, o un niño celoso ante el nacimiento de su hermano, son reacciones humanas esperables, que no estarían necesariamente relacionadas con dificultades en el apego (Atkinson & Zucker, 1997).

Con respecto a la medición del apego, existen algunas herramientas tales como la Adult Attachment Interview, la que se trata de un procedimiento para medir las estrategias de los adultos para prevenir peligros y protegerse de ellos, en particular de aquellos peligros asociados a sus vínculos más cercanos. Crittenden, en el 2003, hizo una proposición de esta herramienta basada en una expansión de la teoría de Bowlby y Ainsworth. También George, Kaplan y Main en 1996 propusieron una extensión del procedimiento diseñado por Main y Goldwin en 1986, con el propósito de medir estas conductas.

Marrone (2001) operacionaliza la detección clínica de los trastornos en apego, a través de algunos instrumentos para su medición, tales como La Entrevista de Apego Adulto (Adult Attachment Interview) propuesta por Main y Goldwin (1986, 1996) y entrega un esquema de evaluación de los Modelos Operantes Internos y de los procesos metacognitivos asociados, los que se manifiestan en la asociación libre y en el uso del lenguaje. Aporta también, la posibilidad de identificar las defensas contra la inseguridad de apego y ansiedades concomitantes, permitiendo esclarecer las estrategias para mantener una organización interna y la noción de conexión con los otros.

En lo que concierne a la detección clínica de pacientes adultos con trastornos en el apego, Bateman y Fonagy (2000) señalan, refiriéndose a individuos con trastornos de personalidad, que es posible detectarlos por sus dificultades interpersonales, las que tienden a ser conflictivas y tormentosas. Tratándose de personas con distorsiones considerables de la representación del apego, que probablemente han

sufrido maltrato o abandono en la infancia. Postula que estos niños habrían enfrentado el maltrato, rechazando captar los pensamientos de sus figuras de apego, evitando tener que pensar en los deseos de sus cuidadores de hacerles daño, lo que los lleva a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre los pensamientos y los sentimientos de los demás (Bateman & Fonagy, 2000).

Para la comprensión clínica es necesario considerar que la función reflexiva y el contexto de apego son la base para la organización del self, siendo fundamental la internalización de la imagen que el cuidador(a) tiene del infante como de un ser intencional, quedando trazada la representación emergente del self del infante en el self constitucional. En el caso de maltrato, la representación no se corresponde con la experiencia primaria del infante, donde la intencionalidad hostil del cuidador excluye una imagen del self coherente. La experiencia interna no encuentra la comprensión externa y permanece confusa, sin nombrar, y el afecto contenido genera más falta de regulación. Una imagen del self coherente es, por otro lado, una visualización de la experiencia interna que logra coherencia en la comprensión externa de los vínculos cercanos (Bateman & Fonagy, 2000).

Desde otra perspectiva, Ruiz y Cano (2005) proponen un sistema de evaluación de vínculos afectivos que permite detectar trastornos en el apego. Sostienen que en la psicoterapia, la relación entre el terapeuta y el paciente entrega una experiencia emocional correctiva, resultando un proceso de reeducación emocional que facilita la adaptación a la realidad. Para conseguirlo hay que detectar los patrones de relación del paciente y ofrecer un contexto de modificación. Para ello utilizan técnicas cognitivas de modificación de la conducta.

Guidano y Liotti en 1983 y Mahoney en 1988, han elaborado teorías referentes al desarrollo, estabilidad y cambio de las estructuras cognitivas y su conexión evolutiva con los vínculos afectivos tempranos como contexto de formación.

Ruiz y Cano (2005) afirman que ni los clínicos cognitivos tradicionales, ni los constructivistas han empleado de forma sistemática y consciente la relación terapéutica como vía de cambio cognitivo en sí misma. Definen la cognición interpersonal como el conjunto organizado de significados personales, que se han desarrollado en las relaciones del niño con sus padres y otras personas significativas de su vida, que contienen los patrones de pensamiento-afecto y conducta que el individuo despliega en situaciones interpersonales o sociales.

Los patrones diseñados se relacionan a nivel cognitivo, con atribuciones, expectativas y evaluaciones respecto a sí mismo y otros en situaciones interpersonales. Señalan que las interacciones con otras personas suelen derivar de los esquemas cognitivos tempranos. Aunque el individuo aprende habilidades sociales a lo largo de todo su desarrollo, en donde tiende a repetir un esquema previo de relación,

principalmente en aquellas situaciones que le demanden una fuerte respuesta emocional. Agregan Ruiz y Cano (2005) que el concepto de cognición interpersonal sería paralelo a los conceptos planteados por Beck (1979), de significado personal, distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.

Con el propósito de evaluar los vínculos afectivos en un individuo, de manera de orientar la intervención psicoterapéutica, se propone un método de tres pasos: Considerar el patrón de comportamiento de apoyo del paciente, a partir de cómo se relaciona con otros, consigo mismo y con el terapeuta. Un segundo paso es recoger su historia personal en lo que se refiere a separaciones y encuentros con otros y un tercer paso es prestar atención a las discrepancias como guía de hipótesis de disociación cognitiva. Este proceso de evaluación permite ir guiando la intervención en la psicoterapia, la relación terapéutica como vía de cambio de la cognición interpersonal (Ruiz & Cano, 2005).

Entre los clínicos de orientación psicodinámica-cognitiva, se encuentra la proposición que realiza Watchel (1977), quien ha desarrollado un modelo que intenta integrar la terapia psicodinámica y la conductual, relacionando aspectos cognitivos y relationales. Se destacan entre estos conceptos los siguientes: Selectividad interpersonal, que se refiere a que las personas seleccionamos aquella gente con la que interactuamos y evitamos a aquella que pueda modificar nuestros hábitos y patrones personales. Hacemos también que se comporten con nosotros de un modo complementario a nuestra conducta, siendo esta actividad regida por esquemas cognitivos personales. Las experiencias tempranas son importantes para la formación de los esquemas cognitivos, especialmente cuando son reforzadas por experiencias posteriores, lo que va produciendo sesgos en el desarrollo. Las posibilidades de cambio dependen de los contextos sociales y relationales de las personas, ofreciéndole las nuevas situaciones de la vida del individuo, la oportunidad de modificar los sesgos del desarrollo y de revisar sus esquemas cognitivos.

Garrido-Rojas (2006) sostiene que las dificultades en las interrelaciones, propias de estilos de apego disfuncionales, suelen estar asociadas a problemas de desregulación emocional, que tienen sus concomitante en el plano de la salud física, existiendo ciertas emociones dañinas para la salud física, entre las que pueden destacarse la ira, ansiedad, hostilidad, que pueden llevar a enfermedades como la hipertensión, el cáncer o afecciones cardíacas, entre otras afecciones. En otro sentido, en un funcionamiento seguro, un individuo que presenta emociones habituales como alegría, confianza, seguridad y tranquilidad, tendría un mayor bienestar en la salud. De este modo, las afecciones en la salud pueden constituirse en indicadores de la regulación emocional de las personas y de sus estilos de apego. El abordaje, considerando estas perspectivas, puede

ser significativo para un mejoramiento de los vínculos de las personas y de su salud física.

Abordaje de los Modelos Operantes internos en psicoterapia

Necesario resulta, luego de la detección clínica de los trastornos en apego, el abordaje en la psicoterapia, el que puede realizarse por medio del trabajo sobre los Modelos Operantes Internos en los adultos. En la medida en que una persona pueda tomar conciencia de las distintas formas de vincularse, que tienen su origen en la relación temprana con sus cuidadores, podrá ir desarrollando en la psicoterapia, nuevas formas que le resulten más funcionales, de vincularse con sus seres más cercanos y realizar un trabajo de elaboración personal de las distintas formas en que se involucra con los demás. Se presentan a continuación, distintos autores que aportan ideas y hallazgos con respecto a este tipo de abordaje.

Malan (1983) considera que la psicoterapia puede constituirse un proceso de reeducación emocional que puede facilitar la adaptación a la realidad, para lo que se puede abordar terapéuticamente por la vía de detectar los patrones de relación del paciente y ofrecer un contexto de modificación. Ya Freud había considerado una postura similar en 1917, de manera de intervenir sobre los patrones de relación de los individuos.

Bateman y Fonagy (2000) plantear que la evidencia no ha demostrado la existencia de la superioridad de algún tipo de terapia sobre las otras, en el sentido que no existirían indicadores que den cuenta de grupos de pacientes que presentan trastornos de personalidad, tanto hospitalizados, o en modalidades de hospitalización de día o en consultas ambulatorias, que hayan sido beneficiados en mayor medida por algún tipo de terapia en particular. Los autores Atkinson y Zucker (1997) señalan también que en general no existe acuerdo entre los psicoterapeutas respecto del abordaje en la terapia con respecto a los problemas en el apego. Sin embargo proponen algunas posibles alternativas. Por una parte, Holmes (1993), en Atkinson y Zucker, (1997), remarca la necesidad de reconocer la importancia de los factores involucrados en las buenas relaciones interpersonales, los que se aplicarían a la relación terapéutica y también a otras relaciones interpersonales. También sugieren que es necesario considerar los modelos mentales y los modelos cognitivos.

La mirada psicoanalítica sin embargo, desde la noción del narcisismo primario, ha ido experimentando un cambio en la perspectiva de los terapeutas, quienes se han movido gradualmente hacia una consideración menor de la idea mecanicista de la experiencia infantil, orientándose mayormente hacia un reconocimiento de la importancia de las relaciones interpersonales afectuosas en la primera

infancia y su respectiva consecuencia en las relaciones interpersonales (Atkinson & Zucker, 1997).

En relación a la psicoterapia de las personas con estilos de apego inseguro, señala Marrone (2001), quienes muestran problemas a nivel meta cognitivo, apreciado en su narrativa por los procesos de asociación libre, propone que la tarea principal del terapeuta es la de señalarle al paciente los defectos a nivel de procesos meta cognitivos y ayudarle a reflexionar y a asociar con coherencia. En aquellos casos más extremos, que suele darse en pacientes que han sido traumatizados o maltratados en sus años de infancia y adolescencia, la terapia se puede orientar a promover el desarrollo de los procesos reflexivos.

Bateman y Fonagy (2000) proponen un abordaje para los trastornos del apego, ya sea evitativo, resistente o desorganizado, por la vía de la reactivación de la mentalización. Afirman que tanto la perspectiva psicoanalítica (Kernberg & Clarkin, 1993), como de la terapia dialéctica (Linehan, 1993), o de la terapia cognitivo-analítica (Ryle, 1997), todos estos autores proponen lineamientos en torno a establecer una relación de apego con el paciente, y utilizarla para crear un contexto interpersonal.

Ruiz y Cano (2005) proponen la psicoterapia como vía de cambio cognitivo, a través de proporcionar al paciente una base segura y fomentar la confianza, socialización del paciente, promoviendo el vínculo en la terapia. Luego de sentadas las bases de una relación segura, se lleva al paciente a hacer autoexploraciones, por medio de la detección de círculos interactivos de pensamientos-afectos-conductas en situaciones sociales actuales, realizando hipótesis sobre supuestos personales. Se puede buscar los roles interpersonales derivados de los supuestos personales, con su respectiva búsqueda de alternativas a pensamientos-afectos-conductas y supuestos personales en la base de las relaciones interpersonales problemáticas.

Se orienta al paciente a tomar conciencia de la forma en que se construye la relación terapéutica, así como contribuye a la construcción de todas sus relaciones interpersonales, confrontando al paciente frente a las incongruencias en sus relatos, analizando los pensamiento-afectos-conductas y supuestos personales asociados (Ruiz & Cano, 2005).

Valdés (2005) sugiere a los clínicos a través de un llamado alejando la función de los terapeutas, que es buscar la manera de establecer una buena alianza terapéutica en que se trabaje con el paciente en un objetivo común. Lo que, señala, será posible si se desarrolla una especie de sensibilidad hacia el paciente, teniendo conciencia de nuestra propia subjetividad y estilos de apego, de manera de permitirle la asimilación y acomodación de narrativa personal. Propone identificar el estilo vincular como guía estratégica para generar condiciones para una reorganización cognitivo-afectiva y poder realizar intervenciones que promuevan estilos de apego seguro en los pacientes a partir del cambio en las representaciones parentales.

Slade (1999) acota en términos de la relación terapéutica, el efecto que tiene la historia de apego del paciente en la forma como se siente con respecto a su terapeuta y en las expectativas que tenga con respecto a éste y a la relación. De la misma forma, las dinámicas de apego del terapeuta influyen en sus sentimientos hacia el paciente y en la respuesta que espera de él. Desde la perspectiva del apego, el modelo de una intervención psicoterapéutica exitosa involucraría una capacidad del paciente de hacer uso de la terapia y del terapeuta ofrecer un camino seguro y de reflejar desde la historia de vida, una comprensión compartida de los significados en la vida cotidiana y poder cicatrizar esas heridas. Dicho de otro modo, el tratamiento provee al paciente un medio para contemplar y re-experienciar su historia de vida en un contexto seguro y de sanación, frente a otro sensitivo y emocionalmente disponible, que "marca" y ayuda a encontrar nuevos significados y formas para comprender los eventos de su vida y la forma de sentirse frente a las relaciones interpersonales.

Sostiene Slade (1999) que el grado en el que el paciente se involucre a sí mismo en el tratamiento, de unirse al terapeuta en las tareas del mutuo acuerdo para la comprensión, resulta en función del estilo de apego. Incluso si el terapeuta provee una base segura, se presente emocionalmente disponible, sensible y empático, el paciente con apego inseguro tenderá a responderle al terapeuta con ese estilo de funcionamiento, con sus propios patrones, defensas e inseguridades. Aquellos individuos con organizaciones evitativas, encontrarán que sus procesos son emocionalmente difíciles y tenderán a restarle importancia a los vínculos y a los sentimientos y a minimizar sus dificultades interpersonales. Se mostrarán resistentes al tratamiento, negando su necesidad de ayuda y considerarán sus emociones como intrusivas y sobre exigentes en lo emocional.

Por otro lado, aquellos individuos con organizaciones preocupadas o ansiosas, interpondrán otros desafíos al tratamiento y a la mantención de la alianza terapéutica. Su inhabilidad para colaborar, su alto grado de dependencia y de demanda hacia sus figuras de apego, se pondrá en juego en el proceso. Es necesario en este tipo de pacientes tener conciencia y dominio de la contratransferencia que provocan (Slade, 1999).

Slade (1999) llama a los terapeutas a escuchar y comprender a sus pacientes, a mirar las múltiples variables en juego, a considerar la necesidad de efectividad de las terapias, realizando intervenciones breves. Aunque es necesario no olvidar el hecho de que se requiere de largos períodos de tiempo y de experiencias, para romper con los patrones de apego que se han adquirido tempranamente en la vida. El llamado es a considerar el propio estilo de apego del terapeuta y a enfrentar el desafío de escuchar y ayudar a nuestros pacientes a cambiar sus patrones de funcionamiento que le resultan dolorosos, en intervenciones breves y efectivas.

El método grupal aplicable en terapia que propone Marrone (2001), explora las reacciones de los pacientes en una versión modificada de la AAI. Se pide a los participantes inicialmente, que se dividan en parejas, eligiéndose mutuamente sobre la base de una percepción intuitiva de preferencias. Cuando están formadas las parejas se les pide que organicen las sillas de modo que puedan mantener un diálogo cara a cara y que decidan quién entrevistará y quién será el entrevistado. Si hay tiempo como para hacer una segunda sesión, en ella se invierten los roles. En el diálogo se conversa acerca de temas que van surgiendo en ambos acerca de las historias personales.

Una vez que se ha realizado el trabajo en parejas, se discute la experiencia en un formato de grupo-analítico propuesto por Foulkes (1964, 1975). Este método consiste en que el coordinador facilita la discusión entre los miembros, dejando en un rol secundario su propio liderazgo. Cada miembro del grupo elabora en un diálogo grupal, lo que experimentó en la primera fase. Los participantes pueden llegar a comprender a nivel cognitivo y a nivel emocional aspectos como la historia vincular personal, patrones disfuncionales en sus relaciones, escisión entre memoria semántica y episódica, recuerdos de eventos significativos y modelos internos que se formaron en el transcurso de la vida. Agrega finalmente el autor, que resulta importante señalar que lo que se puede aprender en el curso de una experiencia de esta naturaleza, que es de pocas horas de duración, no sustituye años de terapia, pero que sin embargo, lo que revelan estas sesiones a los terapeutas, tiene un gran valor terapéutico a nivel de la respuesta empática de los miembros y de las reflexiones que surgen, en que el individuo recuerda momentos claves de su historia vincular y amplía su competencia autobiográfica.

Algunas reflexiones acerca de psicoterapia en apego adulto

Este artículo intenta poner en discusión las distintas aproximaciones en psicoterapia adulto, mostrando cómo distintos autores comprenden los procesos, los que no son siempre concordantes, aun cuando se estén basando en una misma teoría. Estas diferencias podrían estar dando cuenta que la Teoría del Apego es vasta en su forma de abordaje y que probablemente el paradigma ha ido cambiando desde que fue postulado por Bowlby en 1969. Comprendemos la capacidad de mentalizar o función reflexiva que se utiliza por los teóricos del apego, como la capacidad de atribuir mente en los demás, o de atribuirles a las demás personas, sus propias creencias, intenciones y deseos, distintos a los de uno mismo. Esta capacidad puede ser entendida como equivalente a la definición de Objeto Interno de la perspectiva psicoanalítica, que considera el objeto como una noción asociada a un sujeto que percibe y conoce (Laplanche, 1996/2004). Esta cualidad humana, es posible

considerarla también equivalente al concepto de esquema de la perspectiva cognitiva, que se refiere a las estructuras mentales que se forman en la mente del individuo, a partir de las etapas más tempranas y a lo largo de su desarrollo, que posibilitan al ser humano la comprensión del mundo y su significado.

De esta misma manera, este concepto se puede considerar homólogo a la noción de cognición interpersonal, desarrollado por la mirada psicodinámica-cognitiva, que se define como el conjunto organizado de significados personales, que suelen ser tácitos y evaluaciones cognitivas que se han desarrollado fundamentalmente en las relaciones del niño con sus padres y otras personas significativas de su vida, los que contienen los patrones de pensamiento-afecto y conducta que el individuo despliega en situaciones interpersonales o sociales. Estos patrones se relacionan a nivel cognitivo, con atribuciones, expectativas y evaluaciones respecto a sí mismo y otros en situaciones interpersonales (Ruiz & Cano 2005).

Desde distintos ángulos, los conceptos aluden a significados similares, por lo que es posible consignar la importancia que tiene el apego en el estado de salud mental de una persona, presente en distintas medidas, en todas las perspectivas teóricas. La capacidad de vincularse adaptativamente en su entorno, función que al no venir predeeterminada en el ser humano, requiere ser modelada desde la primera infancia, por el adulto o los adultos a cargo del niño, quienes deben ser responsables de darle los cuidados que el infante requiere, desde el primer momento y antes del nacimiento, lo que normalmente precisa de una dedicación muy atenta en el inicio, para luego ir permitiéndole el espacio para que explore, busque y aprenda, proveyéndole un espacio de cuidado y base segura, que le permita volver a nutrirse emocionalmente cuando lo requiera y pueda seguir explorando.

Un cuidado negligente o un cuidado aprensivo, son extremos que no aportan un desarrollo adecuado, trayendo como consecuencia personas evitativas, o con apego de tipo resistente. El cuidado hacia el niño debe ser el suficiente, lo suficientemente bueno, que le permita crear un vínculo seguro desde el inicio de su vida, lo que le permitirá desarrollar relaciones saludables a lo largo de su vida.

Es evidente que el ser humano enfrenta la vida en circunstancias distintas a las ideales, debiendo llevar consigo la historia de su propia crianza y la tendencia a repetir los modelos aprendidos, que probablemente no le hayan transmitido un apego seguro. Para ello, debe enfrentar la crianza de sus hijos, con patrones aprendidos, que de no tomar conciencia de ello, serán repetidos una y otra vez, con toda la carga de sus consecuencias. La posibilidad de un adulto de tomar conciencia de sus propios estilos de apego le permitirá, por una parte, la oportunidad de no repetir pautas aprendidas de crianza, y por otro lado, abordar las

dificultades en sus vínculos, elaborarlas y modificarlas hacia formas más saludables de relación.

Las posturas con respecto al apego han ido cambiando a lo largo del tiempo. La proposición inicial de Bowlby (1969), del vínculo primario con la madre como única cuidadora capaz de entregar seguridad al bebé, con sus cuidados atentos y oportunos, se ha ido ampliando hacia la necesidad de tener cuidadores apropiados, que le permitan desarrollar su capacidad de mentalizar y de comprenderse como un individuo con sentimientos, intenciones, deseos y creencias, tanto a sí mismo como persona, como a las demás personas que lo rodean.

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

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

En un sentido más realista entonces, la psicoterapia podría orientarse, con una experiencia vincular propicia, hacia la toma de conciencia de los modelos de relación propios, abriendo un espacio para ir creando interrelaciones más seguras con los demás, proponiendo ofertas relacionales más armoniosas.

Otras interrogantes surgen, como por ejemplo los efectos que tendría el proceso psicoterapéutico con los MOI del terapeuta, frente a lo que podría señalar que si la terapia resulta reparadora y permite la toma de conciencia para una mejora de las relaciones interpersonales, puede resultar reparadora también para el terapeuta y para su propia toma de conciencia.

Interesante resulta entonces la invitación que realiza Slade (1999) a los terapeutas a escuchar y comprender a sus pacientes, a considerar la multiplicidad de variables, con terapias efectivas y eficientes, sin perder de vista el hecho de que se requiere de largo tiempo para romper con los patrones de apego que se han adquirido tempranamente en la vida y que incluso pudiera ser un ideal utópico. Nuestro desafío

es escuchar y ayudar a nuestros pacientes a cambiar los patrones de funcionamiento que les resultan dolorosos.

Encontramos variadas diferencias entre las psicoterapias propuestas por los distintos autores. Sin embargo, podemos señalar que ya sea reconociendo relaciones disfuncionales y aplicar patrones de buenas relaciones, detectar defectos meta cognitivos, reactivar la mentalización, establecer una relación de apego y aplicarla al contexto interpersonal, hacer una reeducación emocional, son todas intervenciones distintas, pero con elementos comunes. Lo común de estas proposiciones podría centrarse en el ofrecimiento al paciente de un espacio seguro, en donde se puede reparar los estilos de funcionamiento disfuncionales, en el contexto de una experiencia vincular.

Si sería la psicoterapia basada en el apego distinta en efectividad a cualquier otro tipo de psicoterapia, es una cuestión que podría investigarse. Sin embargo podemos señalar que sin importar el nombre o la aproximación teórica con la que se realice un abordaje terapéutico, el hecho de trabajar sobre los *vínculos*, debe hacerse en una experiencia *vincular* entre terapeuta y paciente, donde se elabore un proceso sobre una *base segura* y emocionalmente reparadora.

Referencias

- Atkinson, L. & Zucker K. (1997). *Attachment and Psychopathology*. London: The Guilford Press.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss - volumen 2*. New York: Basic. Reimpreso por Pelican Books, 1975. Versión castellana: Bowlby, J. (1973): *La Separación Afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. España: Paidós.
- Bretherton, I. (1999). Internal working model in attachment relationships: A constructed revisited. En: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment Theory and Research. En: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 595-624). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Foulkes, S.H. (1964). My philosophy in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 6, 109-114. Publicado también en: S.H. Foulkes (1990): *Selected Papers*. London: Karnac Books.
- Foulkes, S.H. (1975). *Group analytic Psychotherapy*. London: Interface Gordon and Breach Science Publishing Ltd.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego Emoción. Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- George, C, Kaplan, N & Main, M (1986). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Laplanche, J. (1996/2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós (pp. 261).
- Malan, D. (1983). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual. Aplicaciones clínicas*. Madrid: Psimática.
- Pinedo, J. & Santelices M.P. (2006). Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24(2), 201-210.
- Rozental, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos dentro de la Teoría del Apego. *Revista Aperturas Psicoanalíticas: Hacia Modelos Integradores*, 38(3), 493-507.
- Ruiz, J.J. & Cano, J.J. *Manual de psicoterapia cognitiva*, extraído el 10 de enero 2005 de <http://www.psicología-on-line.com/esmubeda/libros/manual/manual8.htm>.
- Slade, A. (1999). *The Handbook of Attachment. Attachment Theory and Research: Implications for the Theory and Practice of Individual Psychotherapy with Adults*. New York: Guilford Press.
- Valdés, N. (2002). *Consideraciones acerca del estilo de apego y sus repercusiones en la vida terapéutica*. Extraído el 17 de enero 2005, http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art2b002
- Wachtel, P. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward integration*. New York: Basic Books.