

LA TEORÍA DEL APEGO: UN ENFOQUE ACTUAL

- Libro: **La Teoría del Apego. Un enfoque actual.** (2001) Mario Marrone. Madrid: Editorial Psimática. 401 páginas.
- Autor de la reseña: **Esteban Ortiz Chinchilla**

Nota de los editores: Dada la estructura de la reseña que incluye párrafos seleccionados como resumen del texto, hemos modificado el tamaño de la letra en los comentarios del autor en los capítulos individuales para diferenciarlo del texto de Marrone. Las citas textuales aparecen entrecomilladas y en cursiva.

Capítulo 1: JOHN BOWLBY: APUNTE BIOGRÁFICO

Marrone nos cuenta su encuentro con Bowlby en 1980 y la relación profesional que mantuvieron a lo largo de diez años, hasta la muerte de Bowlby en 1990. El autor nos ofrece una semblanza de esta figura de la creación intelectual en la que nos muestra a un Bowlby que emerge de una infancia no demasiado feliz y que logra organizar su vida de un modo que suena envidiablemente coherente con su teoría del apego: una comunidad de amigos, intelectuales de izquierda, muchos de ellos figuras prestigiosas de su época, agrupados en una “tribu” (así la llamaba la mujer de Bowlby) que comparten vivienda y vivencias durante muchos años.

Capítulo 2: LA TEORÍA DEL APEGO

Marrone cita a Bowlby (1973) cuando éste sostiene: *“Lo que por motivos de conveniencia denomino **teoría del apego** es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”* (pág. 31).

Un paradigma psicoanalítico

“Lo esencial del paradigma propuesto por Bowlby es que supone que los dolores, alegrías y el significado del apego no pueden ser reducidos a una pulsión secundaria... Su intención era postular un nuevo concepto de conducta pulsional dentro de la cual la necesidad de formar y mantener relaciones de apego es primaria y diferenciada de la necesidad de alimentación y de la necesidad sexual” (páginas 33 y 34).

“El modelo de Bowlby difiere del modelo de Freud en tres aspectos:

- En el modelo de Freud, el apego es secundario con respecto a las gratificaciones oral y libidinal. En el modelo de Bowlby, el apego es primario y tiene un estatus propio.
- En el modelo de Freud, el niño se halla en un estado de narcisismo primario, cerrado con respecto a los estímulos del mundo externo... En el modelo de Bowlby, el individuo está activamente comprometido desde el principio en un contexto intersubjetivo...
- En el modelo de Freud, la conducta pulsional es activada por una carga de energía que, una vez incrementada hasta cierto nivel, necesita descargarse. En el modelo de Bowlby, la conducta pulsional es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida” (pág. 36).

Sistemas conductuales y motivación

Bowlby llamó **sistemas conductuales** a un conjunto funcional y motivacional encargado de la satisfacción y regulación de las necesidades básicas. Se pueden observar los siguientes:

- El sistema de apego.
- El sistema de afiliación (a grupos).
- El sistema de alimentación.
- El sistema sexual.
- El sistema exploratorio.
-

“Cada sistema puede ser activado en un determinado momento en respuesta a ciertos estímulos internos o externos. Algunos sistemas pueden ser activados al mismo tiempo y de manera sinérgica: un ejemplo sería la activación conjunta de los sistemas de apego y sexual en la relación de pareja. Los sistemas de apego y exploratorio, en cambio, son mutuamente excluyentes” (pág.37).

Un modelo evolutivo

“Bowlby usó el término **vías evolutivas**... Dentro de este marco de referencia, la personalidad humana es concebida como una estructura que se desarrolla incesantemente a lo largo de una u otra vía, entre una serie de distintas vías posibles. Se cree que todas las vías comienzan juntas, de manera que, al ser concebido, un individuo tiene acceso a un amplio abanico de vías potenciales y puede transitar a lo largo de cualquiera de ellas. A partir de ahí, la elección del camino estará determinada por la interacción entre el individuo y el ambiente. Esta concepción del desarrollo está basada en un modelo interactivo... La psicopatología se ve, no como el resultado de fijaciones o regresiones, sino como resultado de que el individuo haya tomado una vía por debajo del desarrollo óptimo, justo al comienzo o en algún punto durante el transcurso de la niñez o la adolescencia (como consecuencia de privación, maltrato, trauma o de pérdida)” (pág. 42).

Bowlby se dio cuenta de que era necesario un nuevo modelo evolutivo para sustituir al freudiano (fases de la libido) y al kleiniano (posiciones esquizo-paranoide y depresiva).

La respuesta sensible como organizador psíquico

“Mary Ainsworth,... infirió de su trabajo de investigación que lo que más importa para determinar una vía de desarrollo es la respuesta sensible del cuidador... Durante la infancia, la respuesta sensible de los padres incluye notar las señales del bebé, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y rápidamente. La falta de sensibilidad, por el contrario, puede o no estar acompañada de una conducta hostil o desagradable por parte del cuidador. Existe cuando el cuidador fracasa en leer los estados mentales del bebé o sus deseos o cuando fracasa en apoyar al bebé en el logro de sus estados positivos o deseos” (pág. 43).

Una teoría de la internalización y de la representación

“La teoría del apego reconoce el hecho de que el modelo de interacción entre el niño y sus padres (que tiene lugar en un contexto social) tiende a convertirse en una estructura interna, o sea, en un sistema representacional” (pág. 44). Los modelos representacionales se construyen en la experiencia de **estar con** los cuidadores en edades tempranas y a lo largo de la niñez y adolescencia. Tienden a fijarse en estructuras cognitivas estables.

“Bowlby (1988) dijo que existe una fuerte evidencia de que la forma que adquieren estos modelos operativos internos está basada en las experiencias reales de la vida del niño, es decir, de las interacciones día a día con sus padres” (pág. 44). Este es un tema fascinante y, por lo que yo sé, todavía no suficientemente aclarado. ¿Qué grado de correspondencia hay entre la “realidad histórica” y la “realidad narrativa”? La memoria procedimental ¿estará más cerca de la “verdad histórica” que la memoria episódica y semántica? En todo caso, es de notar que Bowlby se sitúa del lado de los analistas que, con todos los recaudos, tienden a creer en sus pacientes. Es una posición que contrasta mucho con la que sostiene que al paciente no se le puede creer, que siempre deforma, que es imposible saber a ciencia cierta cómo fueron sus padres y allegados en la infancia.

Una teoría de la angustia

“Bowlby considera la angustia como una reacción a las amenazas de pérdida y a la inseguridad en las relaciones de apego. Esto ocurre frecuentemente cuando el sujeto es llevado implícita o explícitamente a creer que no es nada ante los ojos del otro significativo” (pág. 47).

Capítulo 3: ENTRE LA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN

Mary Ainsworth aportó sus observaciones directas de la relación madre-bebé realizadas primero en Uganda y más tarde replicadas en Baltimore y, también, el procedimiento estandarizado de laboratorio para observar y clasificar la relación de apego entre la madre y su hijo de entre doce y dieciocho meses: la situación extraña. En el procedimiento de la situación extraña la madre entra y sale varias veces de una habitación, dejando a su hijo unas veces solo y otras en compañía de un desconocido. Las separaciones son muy breves. El equipo investigador graba lo que ocurre en vídeo y después lo analiza. Lo que se observa, principalmente, es la conducta del niño cuando se producen las separaciones y, sobre todo, lo que pasa en el reencuentro. El reencuentro es el indicador más claro del estado de una relación.

“Un niño con apego seguro juega con los juguetes, se aflige cuando la madre abandona la habitación, interrumpe el juego y, de algún modo, demanda el reencuentro. Cuando la madre vuelve, se consuela con facilidad, se queda tranquilo y vuelve a jugar” (pág. 55).

Los inseguros evitativos *“evitaban tener proximidad cercana con la madre y no lloraban ni mostraban signos abiertos de disgusto cuando ella abandonaba la habitación. Cuando la madre volvía, estos niños evitaban de forma activa el contacto con ella... parecían estar más atentos a los objetos inanimados que a los sucesos interpersonales” (pág. 55).*

“Un tercer grupo... reaccionaba fuertemente a la separación. Cuando la madre regresa, estos niños buscan el reencuentro y el consuelo pero pueden también mostrar rabia o pasividad: no se calman con facilidad, tienden a llorar de una manera desconsolada y no retoman la actividad de exploración. Estos niños se clasifican como inseguros ambivalentes o ambivalentes preocupados” (pág. 55).

*“Cada patrón de conducta tiene precursores definidos en la interacción diaria madre – hijo. Esto había sido observado en los hogares familiares de un modo regular durante periodos prolongados de tiempo... La **respuesta sensible** que la madre ofrece de un modo continuo durante el primer año de vida del niño es el mejor predictor de la seguridad del apego del niño... La actitud distante y el rechazo corporal del cuidador predicen un patrón de conducta evitativo... Parece existir evidencia clara de que los niños ambivalentes tienen madres inconstantes que también tienden a desalentar la autonomía y la independencia” (páginas 55 y 56).*

Posteriormente, Main y otros describieron el patrón desorganizado-desorientado. Estos niños reaccionan ante el encuentro con sus madres de una forma confusa y desorganizada. Se encontraron indicios de que los padres de estos niños asustaban a sus hijos mediante abusos u otras formas de maltrato.

Otros estudios aportaron nuevas temáticas y nuevos datos a la teoría: seguimientos longitudinales, como el de Minnesota, muestran cómo los niños con apego seguro evolucionan mejor que los niños con apego inseguro cuando son evaluados años después; se estudió la transmisión intergeneracional de los patrones de apego; se

realizaron trabajos de seguimiento que observaban la relación entre tipos de apego y patología posterior de los niños o la influencia de la patología de los padres en la calidad del apego de los niños, etc.

Capítulo 4: SOBRE LOS MODELOS REPRESENTACIONALES

El concepto de modelos operativos (MO) o modelos operativos internos es central en la teoría del apego. *“Los MO son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno... Los MO hacen posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia cognitiva, además de la conducta adaptativa... Una función de estos modelos es posibilitar el filtrado de información acerca de uno mismo o acerca del mundo exterior... Pueden coexistir varios MO de la misma cosa (particularmente de uno mismo y de otras personas). Pueden mantenerse apartados unos de otros o unirse a través de procesos integradores o sintéticos”* (pág. 73).

“Las cualidades definitorias del MO están basadas al menos en dos criterios: (1) si se representa la figura de apego como una persona que en general responderá a las solicitudes de apoyo y protección; y (2) si el niño se juzga a sí mismo como una persona a quien cualquiera, en especial la figura de apego, le ofrecerá su apoyo” (pág. 74).

El autor aclara que los conceptos de MO y los términos más familiares para los psicoanalistas de representación del self y del objeto son prácticamente sinónimos. El uso de MO es similar al de objeto interno. Comienzan a formarse en los primeros meses de vida y son enriquecidos, reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital. Los MO son estructuras con tendencia a la estabilidad y la autoperpetuación pero con posibilidades de cambiar.

Aplicando las ideas de Piaget sobre la acomodación y la asimilación, Bowlby propuso un mecanismo general para explicar cómo los MO pueden cambiar. Las percepciones actuales pueden no encajar con el MO que se construyó en el pasado. El psiquismo resuelve la discordancia acomodándose a la nueva información (modificando el MO) o, si la información actual es asimilada dentro de los viejos moldes, los MO permanecen intactos al precio de una distorsión de la percepción y los cursos de acción, afectándose la adaptación al entorno.

Marrone dice: *“Una vez formados, los MO adquieren una existencia fuera de la conciencia”* (pág. 76). Me parece que esta frase no es afortunada pues parece implicar que los MO son primariamente conscientes y sólo en un segundo tiempo se vuelven inconscientes. Por el sentido general del libro y, específicamente, por el capítulo en el que Marrone se refiere a la memoria procedimental, podría pensarse que para el autor hay procesos y contenidos diferentes en el psiquismo, muchos de los cuales nunca fueron conscientes. En todo caso, esta es una petición de precisión que traslado al autor.

El conflicto psíquico, para Bowlby, tiene que ver con las discordancias que existen entre varios modelos operativos de sí mismo y de las figuras de apego, creadas en distintas etapas del desarrollo y con distintos niveles de sofisticación.

Un descubrimiento importante de los investigadores del apego es que los MO proporcionan reglas para organizar la atención, la memoria, el pensamiento y el lenguaje. El grado de claridad y coherencia con la que una persona narra la historia de sus relaciones de apego es un indicador del grado de desarrollo de su función reflexiva; es decir, de la sofisticación de su organización representacional.

Los orígenes del sentimiento de seguridad

Un niño puede ser seguro con ambos padres, seguro con uno e inseguro con el otro, o inseguro con ambos. Puede ocurrir también que el niño sea inseguro con ambos padres pero seguro con alguna figura secundaria de apego.

El modelo es todavía más complejo pues admite la posibilidad de que un niño haya formado múltiples MO del mismo padre en distintos momentos de su historia relacional porque los padres hayan cambiado las líneas básicas de su interacción. La seguridad o inseguridad en el apego no es una propiedad del niño sino de la relación niño-cuidador que, posteriormente, se internaliza.

Capítulo 5: LAS DISFUNCIONES DE LA PARENTALIDAD

Marrone describe un conjunto de *categorías de comunicación* de los padres que tienen como denominador común la falta de apoyo y la ausencia de calidez o sensibilidad. *“Se puede dar por sentado que la repetición constante de esos estilos de comunicación contribuye de manera sustancial al desarrollo de inseguridad”* (pág. 88).

- Invalidación de la petición infantil de apoyo y comprensión: Un padre, a un niño asustado: “¡Pareces idiota! ¡No ves que no pasa nada!
- Negación de la percepción del niño: “No éramos nosotros los que discutíamos, eran los vecinos”.
- Comunicaciones culpógenas: “Si sigues actuando así, tu madre acabará enfermando”.
- Invalidación de la experiencia subjetiva del niño: los padres que no permiten que sus hijos expresen dolor, soledad o angustia y a los que se presiona para que aparezcan siempre contentos y bien dispuestos.
- Amenazas: incluyen los temas de abandono, castigos severos o amenazas de suicidio.
- Críticas improductivas.
- Comunicaciones inductoras de vergüenza.
- Intrusividad y lectura de la mente: “Lo que a ti te pasa, en realidad, es...”
- Doble vínculo: “Sé independiente pero si lo eres me deprimó y me suicido”
- Comentarios paradójicos: “Sí, estoy contento contigo” (dicho con voz irritada).
- Comparaciones desfavorables: “Tu hermana si, tú no”.
- Comentarios desalentadores: “No montes en bicicleta, te cansarás mucho”.

- Comentarios que cuestionan las buenas intenciones: “Me pregunto qué quieres obtener de mí con esto”.
- Negar el derecho de los niños a tener opiniones.
- Comentarios auto referidos: el padre se apropia del comentario del niño: un niño se queja de que le duele la rodilla y la madre pasa a hablarle al niño de sus incontables dolores de huesos.
- Respuestas que denotan desinterés.
- Reacciones exageradas: cuando las reacciones de los padres son más grandes que las del niño (“A mi hijo no le dice eso ningún profesor, lo mato”). El niño aprende a inhibir sus peticiones de ayuda para protegerse a sí mismo o proteger a sus padres de sus reacciones descontroladas.
- Comunicaciones de padres en conflicto: un padre intenta aliarse con su hijo en contra del otro padre.
- El terror sin nombre. Bion usó esta expresión para describir un estado de ansiedad sin un sentido claro como resultado de la incapacidad de la madre de proveer de contención. En la teoría del apego, la principal fuente de ansiedad es la inseguridad en el apego. Esta ansiedad es menos susceptible de ser procesada cuando no es posible entenderla o reflexionar sobre ella.

Además del listado anterior de comunicaciones disfuncionales, Marrone describe distintos *estilos* o *actitudes* familiares:

- Falta de habilidad para respetar la iniciativa del niño.
- Rechazo y/o descuido.
- Falta de habilidad para jugar juntos.
- Presión para el éxito.
- Inversión de roles: cuando el niño se siente responsable del bienestar físico y psíquico de los padres. El hijo cuida a los padres.
- Delegación de roles: a un hijo se le delega un rol parental y, por tanto, se le presiona para que sea un adulto prematuro.
- Inconstancia: ciclos de alejamiento y proximidad en función del estado de ánimo de los padres.
- Enfermedad psiquiátrica o trauma en los padres.
- Los padres demasiado buenos: los que no ponen límites a sus hijos.

En esta extensa lista de factores patogénicos que nos propone Marrone siempre es posible encontrar una ausencia. Uno de los huecos que yo noto es cuando a los niños se les impide tomar a los padres como imago parental idealizada (Kohut) ya sea porque el progenitor no soporta la idealización (por ejemplo, por vergüenza o culpa: “No me digas eso, no soy tan listo, ni tan bueno, etc.”), porque se descalifica a sí mismo (“Soy un fracasado, un parado, un enfermo”), porque su comportamiento imposibilita toda idealización (agresivo, desvitalizado, derrotado, etc.) o porque es descalificado como figura ideal por el otro padre (“Tu padre es un fracasado, un mal padre, un sinvergüenza”).

Capítulo 6: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL MUNDO REPRESENTACIONAL DEL ADULTO

La entrevista de apego para adultos: AAI

Es la entrevista semiestructurada para investigar sistemas representacionales más conocida. Fue creada en la Universidad de Berkeley a principios de los años 80 por George, Kaplan y Main. Es un instrumento de investigación que ha demostrado un considerable grado de fiabilidad y validez.

Mary Main y su equipo encontraron que lo importante no es tanto lo que cuenta el sujeto sino cómo lo cuenta. La entrevista pone de manifiesto el mundo representacional del sujeto, sus modelos operativos internos, pero también lo metacognitivo; es decir, la capacidad para pensar sobre las propias representaciones y su significado. La narrativa, la manera en que el sujeto habla de su vida, refleja la función metacognitiva.

La entrevista evalúa:

- 1.- El grado en que el sujeto experimentó a su padre o madre como afectuosos.
- 2.- El grado en que, de niño, se sintió rechazado o empujado a una independencia prematura.
- 3.- El grado en que pudo sufrir una inversión de roles en la infancia.
- 4.- Las posibles experiencias traumáticas.

La entrevista intenta evaluar la manera en que una persona organiza su coherencia narrativa. La coherencia es la habilidad del sujeto para comunicar sus ideas y experiencias de una manera comprensible y que sea aceptada como plausible por el oyente. Uno de los descubrimientos importantes de Main y colaboradores es que el grado de coherencia con el que habla una persona está relacionado con la seguridad-inseguridad de sus relaciones de apego. La entrevista proporciona cinco categorías:

- **Tipo seguro o autónomo:** Recuerda el pasado con relativa facilidad y puede explorarlo a través de un diálogo cooperativo y reflexivo. Se siente bastante cómodo al describir episodios de su pasado. Los recuerdos tienden a ser positivos.

Un descubrimiento importante que se realizó es que personas que refieren experiencias negativas o penosas de su niñez pueden ser clasificadas como seguras si lo hacen de un modo reflexivo y relativamente desprovisto de distorsiones defensivas como la idealización, la denigración o la escisión.

- **El tipo evitativo:** Dan poca información sobre su historia personal o cuentan situaciones difíciles con poca emocionalidad y sin atribuirle importancia. Parecen minimizar el significado de las relaciones íntimas y hablan de éstas en términos intelectualizados. Al referirse a sus figuras de apego pueden mostrar idealización, desprecio o devaluación. El discurso puede estar teñido por banalidades o datos triviales.
- **El tipo preocupado:** Parecen confusos, incoherentes e incapaces de aplicar criterios objetivos a la comprensión de las relaciones interpersonales. La entrevista puede ser prolongada, trabajosa y difícil de seguir. La persona puede

omitir información esencial y cargar de detalles aspectos secundarios. Los recuerdos impresionan como confusos o fragmentarios.

A menudo parecen preocupados intensamente con relaciones del pasado, con la autoestima o la apariencia física o con duelos no resueltos. En algunos casos, dan la impresión de seguir luchando conflictivamente con las relaciones no resueltas de su familia de origen.

- **El tipo irresuelto/desorganizado:** Proporcionan una narrativa con grandes contradicciones y rupturas en la manera de razonar cuando se refieren al manejo de los duelos o a la descripción de episodios traumáticos. Al referirse a estas situaciones pueden perder el curso del pensamiento hasta el punto de no poder recordar lo que estaban diciendo o pueden introducir una perspectiva incoherente con la que empezaron la narración. Al hablar de sucesos traumáticos puede haber cambios bruscos e intensos en el tono emocional. Se supone que estas personas han pasado por episodios traumáticos severos en su infancia: muertes, abuso sexual o físico, violencia familiar, etc.
- **La función reflexiva:** Concepto desarrollado por Fonagy y el matrimonio Steele en 1997 al estudiar las respuestas a la AAI desde la *teoría de la mente*. La teoría de la mente es una indagación sobre la teoría particular que cada individuo se forma sobre lo que ocurre en la mente de otra persona. Fonagy sostiene que el reconocimiento de los estados mentales del otro (así como su valoración e interpretación) son cruciales para el desarrollo de la capacidad de reflexionar sobre situaciones intersubjetivas. Esta habilidad le permitirá al sujeto predecir mejor las consecuencias de los eventos interpersonales. El grado más sofisticado de función reflexiva es un logro evolutivo que, en general, sólo surge en el marco de relaciones de apego seguras. Los padres con una alta capacidad reflexiva son más capaces de proveer un apego seguro al niño por tres razones:
 - Al comprender sus estados emocionales, estos padres son más capaces de regular sus propias reacciones y las relaciones con sus hijos.
 - Pueden promover un diálogo reflexivo con los hijos y con todo el grupo familiar.
 - Sus comunicaciones no tienen distorsiones serias.

Me parece un modelo sencillo, económico y brillante para conectar entre sí el funcionamiento afectivo, el cognitivo, el relacional y la sintomatología. Tengo la impresión de que al psicoanálisis le ha costado mucho tiempo encontrar la forma de articular el funcionamiento cognitivo con el pulsional y relacional de una forma efectiva y convincente. El modelo creado por la teoría del apego da la impresión de ser una propuesta que funciona teórica y clínicamente y, sobre todo, proporciona una visión más holística que la que ofrecía el psicoanálisis más tradicional (aquel centrado en el inconsciente y que desatendía el funcionamiento de la conciencia). En la teoría del apego la separación entre consciente e inconsciente es menos marcada que en otras líneas psicoanalíticas; la mente se toma como un todo que sufre, globalmente, los avatares del desarrollo.

Capítulo 7: ENCUENTROS Y DIVERGENCIAS

El propósito de este capítulo es el de situar la teoría del apego en el contexto del psicoanálisis reciente y contemporáneo. En líneas generales, la teoría del apego puede ser considerada como un descendiente de la *teoría de las relaciones objetales*. El punto clave que compartieron fue que es imposible comprender el funcionamiento psíquico sin referirse a los contextos evolutivo y social del individuo.

Marrone compara la obra de Bowlby con teóricos recientes como Fairbairn, Balint, Winnicott, Kohut, Ana Freud, Mahler y con pensadores actuales como Stern, Fonagy y Hugo Bleichmar. El autor termina este capítulo con una conclusión que ojalá sea profética: *“El psicoanálisis está en un período de transformación. Un nuevo tipo de psicoanálisis está gradualmente emergiendo, sobre todo en el mundo anglosajón. En este contexto, la teoría del apego está surgiendo como una fuerza propulsora subyacente. Tal psicoanálisis parece estar menos ligado al nombre de autores individuales famosos y más asentado en un movimiento que incluye a un número indefinido de investigadores.”* Los que estamos aburridos con los “autores individuales famosos” recibiríamos con alborozo el que esta opinión de Marrone fuese obteniendo confirmación.

Capítulo 8: LA OBRA DE JOHN BOWLBY COMO PARADIGMA PSICOANALÍTICO

Este capítulo está escrito por la Dra. Nicola Diamond, directora del Doctorado de Psicoterapia de la London City University.

Bowlby no fue reconocido por la comunidad psicoanalítica internacional durante la mayor parte de su vida profesional. Sólo a finales de los 80 sus trabajos empezaron a ser mencionados en los textos psicoanalíticos.

“Bowlby desafió los principios fundamentales del psicoanálisis ortodoxo y lo hizo de forma directa y clara... Estaba en contra de la naturaleza cerrada de los círculos psicoanalíticos de su época... No estaba de acuerdo con muchos conceptos reconocidos ni con el lenguaje usado en psicoanálisis... Raramente interpretaba material clínico en términos edípicos. Desafió a Freud y Klein en temas fundamentales, afirmando que el apego es la motivación primaria e independiente de la alimentación y la sexualidad... Rechazó la biología anticuada de la época de Freud. Encontraba los puntos de vista dinámico y económico particularmente insostenibles” (páginas 157 y 158).

“Sin embargo, tal vez por encima de todo, sería la crítica que hacía Bowlby del viraje de Freud en 1897 a partir del rechazo de la teoría de la seducción hacia la centralidad de la fantasía, lo que lo separó del psicoanálisis establecido... Esto ha llevado a que se le acuse de ser pre-psicoanalítico en sus puntos de vista, de estar retornando al Freud de la teoría de la seducción” (pág. 158).

Algunos puntos en disputa: una exploración crítica

- Bowlby le dio un lugar secundario a la sexualidad por el énfasis tan fuerte que puso en el apego. Esto llevó a una separación muy marcada entre apego y

sexualidad. Diamond sostiene que *“En realidad, el apego y la sexualidad no son fenómenos claramente diferenciados en el desarrollo humano... La sexualidad, en el niño, surge en el contexto del vínculo de apego. El apego y la sexualidad están fundamentalmente relacionados y se solapan entre ellos”* (pág.160).

- Otro punto en disputa fue el valor de la fantasía. Bowlby rechazaba la idea kleiniana de la fantasía surgiendo de pulsiones internas. Bowlby las veía como una forma de intentar dar significado a la experiencia y una modalidad de elaboración secundaria para defender una autoestima flaqueante. En todo caso, la fantasía no puede ser un producto autogenerado sino que, como todo producto psíquico, tiene que verse como un efecto creado por la calidad total de la relación y su construcción representacional.

Invirtiendo los términos, lo que Bowlby destacó es el profundo impacto que las fantasías de los padres pueden tener sobre el niño. Hay fantasías intergeneracionales, incluso pobremente articuladas, que pueden afectar a la identidad y al intercambio interpersonal de varias generaciones de individuos (*“Nosotros, los García, estamos destinados a realizar grandes obras”*).

- Bowlby daba mucho valor a la exploración del pasado del paciente, lo que contrastaba mucho con el énfasis kleiniano en el aquí y ahora y que llevó a muchos psicoanalistas a mirar con malos ojos cualquier referencia al pasado.

La teoría del apego: una filosofía diferente

“Bowlby se hubiera referido con más comodidad a las ciencias biológicas y a la psicología para describir sus desarrollos e ideas novedosas. Sin embargo, también estaba reflexionando sobre supuestos básicos como la naturaleza y el funcionamiento de los seres humanos. Al hacerlo, efectuaba afirmaciones filosóficas... Se apartó de la psicología unipersonal que toma al individuo como unidad primaria de análisis. Al hacerlo prescindió del modelo cartesiano. Descartes hacía una división entre el individuo y el mundo. Esta división incluía la división entre la mente y el cuerpo. Descartes veía al individuo como aislado, relacionado consigo mismo y no con los otros. La idea de realidad intrapsíquica, diferente al mundo social, está basada implícitamente en las ideas de Descartes de que la persona pensante está separada del cuerpo material. En el marco de referencia cartesiano, esta división es irreductible” (pág. 165).

“Una perspectiva psicoanalítica que suponga una división sustancial entre lo interno y lo externo, y la idea de que la experiencia puede autogenerarse, comporta una división cartesiana” (pág. 166).

Según la autora, Bowlby partió de unas bases filosóficas diferentes: el objeto de estudio del psicoanálisis es el vínculo interpersonal porque lo absolutamente primario es la realidad social. Cualquier referencia, entonces, al mundo interno o externo tiene que contextualizarse en el marco interpersonal del individuo.

"Aunque Bowlby nunca usó el término intersubjetividad, daba por sobreentendido este significado. El concepto de intersubjetividad deriva de la filosofía fenomenológica. Sin embargo, el término también fue usado por psicólogos evolutivos y psicoanalistas, en particular por psicoanalistas norteamericanos... En términos filosóficos, la intersubjetividad es una condición básica de la existencia. No es una cualidad que pueda conseguirse como una adquisición del desarrollo. No es un estado de relacionarse, ni una disposición a relacionarse. No es un enfoque psicoterapéutico o una técnica a elegir. Es un estado inherente al estar-en-el-mundo" (pág.166)

La intersubjetividad desde el punto de vista de la psicología evolutiva

El biólogo y psicólogo evolutivo Colwyn Trevarthen fue el primero en importar el término intersubjetividad desde la filosofía fenomenológica a la psicología evolutiva. Los trabajos de Trevarthen muestran lo profundamente orientado que está el bebé hacia otros seres humanos. La psicología evolutiva ha estudiado las primeras modalidades de comunicación intersubjetiva y también los déficits de sintonía entre el cuidador y el niño.

El organismo y el ambiente

"La mente, el cuerpo y el ambiente están conectados intrincadamente. Según la comprensión biológica contemporánea, la división tradicional entre mente y cuerpo es ya insostenible... Schore (2000b) deja en claro que las ciencias neurobiológicas han dejado de poner énfasis en el cerebro aislado. Ahora estudian la interacción entre cerebros. Esta comunicación directa entre cerebros, particularmente entre hemisferios derechos, actúa como regulador de estados psicobiológicos (incluyendo estados emocionales) y provee las bases neurobiológicas de la intersubjetividad... El hemisferio derecho es dominante durante los primeros tres años de vida y está fundamentalmente involucrado en la vida emocional. Experiencias sensorio-somáticas quedan grabadas a nivel de memoria procedimental. Esta memoria tiene su asiento en el hemisferio derecho y se relaciona de manera directa con los componentes no verbales de los modelos operativos internos" (páginas 171 y 172).

Lo mental y lo psicobiológico

"El pensamiento y la acción se desarrollan juntos. Trevarthen (1994) sostiene que la comunicación no verbal es la base de la comprensión interpersonal y de la capacidad lingüística emergente. Su posición se contrapone a explicaciones cognitivas de la adquisición del lenguaje. Establece, en cambio, el contexto para estudiar las raíces emocionales y no verbales del lenguaje... Trevarthen desafía la dicotomía entre cuerpo y lenguaje que domina la literatura psicoanalítica. Nos ayuda a comenzar a entender como el cuerpo y su relación con lo interpersonal se involucran en actividades significativas y compartidas" (pág. 173).

El papel de la madre

En el pasado, algunas feministas criticaron que, Bowlby, implícitamente, parecía sostener que las mujeres son madres por naturaleza y que, como otros teóricos psicoanalíticos, parece que termina culpando a la madre de todos los trastornos emocionales. *“Sin embargo, las opiniones de Bowlby –tomadas en su totalidad– difieren del cuadro presentado por la crítica feminista. Más aún, las modernas investigaciones sobre el apego le dan importancia al estudio de la mujer en su contexto, así como también al rol del padre y de otras figuras de apego”* (pág. 174).

“En el feminismo contemporáneo los argumentos influidos por la filosofía moderna, que reclaman la importancia del cuerpo y su ser social, han resultado en un feminismo que ya no necesita negar las diferencias en las experiencias corporales vividas por las mujeres. Esas experiencias vividas incluyen el embarazo, el dar a luz y, para muchas, asumir el rol de madre” (pág. 175).

Un capítulo muy interesante en el que la autora amalgama muy bien varias disciplinas que todavía no están suficientemente presentes en los círculos psicoanalíticos: la filosofía, las neurociencias, la psicología evolutiva y la reflexión feminista.

Capítulo 9: LAS APLICACIONES DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Un enfoque terapéutico realizado desde la teoría del apego tiene dos objetivos generales:

- 1) Reconocer, modificar e integrar modelos operativos internos de uno mismo y de los otros.
- 2) Promover el pensamiento reflexivo.

“En esta formulación está implícita la idea de que los síntomas, angustias y defensas son examinados en el marco más amplio de un contexto interpersonal (pág. 179). Esta frase sintetiza muy bien el espíritu de este capítulo.

Según el autor, Bowlby planteó que el analista tenía que cumplir varias tareas:

- Crear una base segura.
- Ayudar al paciente a explorar sus circunstancias presentes.
- Ayudar al paciente a examinar cómo interpreta la conducta de los demás (incluido el analista) e investigar sus expectativas sobre el tipo de respuesta que espera conseguir.
- Ayudar al paciente a pensar sobre las conexiones entre su pasado y su presente; a ver como los modelos operativos influyen sobre cómo selecciona, interpreta y reacciona ante los eventos interpersonales.

La respuesta sensible del terapeuta hacia el paciente es esencial para hacer viable la terapia. Según el autor, Bowlby sugirió que el terapeuta debe moverse en la sesión desde una posición de observador externo a otra en la que mira la situación desde el punto de vista del paciente. El terapeuta actúa empáticamente pero también permanece separado como un pensador independiente.

Aquí es inevitable recordar el trabajo de Mark O`Connell (“Realidad subjetiva, realidad objetiva, modos de relación y acción terapéutica”, en el nº 8 de Aperturas) como una revisión actual del mismo tema. La actitud terapéutica que describe el autor es muy similar a la desarrollada por otros enfoques relacionales. Marrone se declara a favor de que el terapeuta pueda usar un grado moderado de auto revelación para confirmar percepciones adecuadas del paciente respecto del analista o para dar más énfasis a la respuesta empática.

Capítulo 10: SOBRE LA TRANSFERENCIA: ASPECTOS DE FONDO

Este capítulo está escrito a la par por Mario Marrone y Nicola Diamond.

Al comienzo del texto, los autores destacan la semejanza conceptual que tiene el término “transferencia” en la teoría del apego con el de algunas líneas psicoanalíticas, especialmente las líneas relacionales. Las diferencias con el enfoque kleiniano son expuestas con concisión: no es entendible un proceso autogenerado sin atender al contexto histórico e interpersonal en el que se crean y se reviven las repeticiones transferenciales.

La opinión de Bowlby sobre la transferencia

“Bowlby pensaba que la transferencia es la manifestación directa, en las situaciones interpersonales, de los modelos operativos internos del individuo. Es decir, la manera en que un paciente percibe a su analista está parcialmente influida por sus modelos operativos internos” (pág. 197). Los autores nos recuerdan que Bowlby planteaba cómo y cuánto participa el terapeuta en la creación de la transferencia. Ésta ya no es vista únicamente como una variable del paciente sino de la relación total paciente-terapeuta. De las múltiples respuestas que un paciente puede dar, algunas se activarán más que otras bajo el influjo de las características técnicas y personales de un analista concreto.

Bowlby propuso una explicación de la transferencia usando los conceptos de Piaget sobre la asimilación y la acomodación. Los autores recogen una cita de Bowlby (1973): *“El concepto de transferencia implica, primero, que el analista, en la relación de cuidado que establece con el paciente, está siendo asimilado a algún modelo preexistente (y tal vez inconsciente) que el paciente tiene de cómo puede esperarse que cualquier cuidador se relacione con él y, segundo, que el modelo preexistente de cuidador todavía no se ha acomodado (en otras palabras, todavía no se ha modificado) para tener en cuenta cómo el analista se ha comportado en la realidad y todavía lo está haciendo en la relación con él” (pág. 197).*

La transferencia es vista frecuentemente como una proyección sobre la figura del analista de los objetos internos y los sentimientos del paciente. *“Bowlby era muy aprensivo con respecto a este modo de comprender lo que ocurre en la relación entre analista y analizando. Estaba particularmente preocupado por el hecho de que muchos terapeutas parecían interpretar excesivamente como proyección muchos de los movimientos que ocurren en la sesión” (pág. 199).*

En opinión de los autores, una técnica que enfatice demasiado la proyección es reduccionista y, probablemente, iatrogénica, pues puede desconfirmar la percepción realística del paciente y reduce las variadas lecturas de la realidad interpersonal a una gama excesivamente estrecha y monocorde con potenciales efectos culpabilizantes.

Capítulo 11 – MEMORIA E IDENTIFICACIÓN

Tres tipos de memoria

Tulving (1972) describió dos formas diferentes de guardar información sobre la propia historia personal. En una de ellas, la memoria episódica, las escenas son recordadas secuencialmente y localizadas en un momento específico. Según Marrone, Bowlby creía que los recuerdos episódicos son versiones poco distorsionadas de lo que realmente ocurrió.

La memoria semántica, en contraste, consiste en proposiciones generales sobre uno mismo y los otros y se ha construido a partir de la elaboración de la propia experiencia, de lo que se ha aprendido de otros o por una mezcla de ambos métodos. Para Bowlby, la memoria semántica representa la realidad fundamentalmente desde el punto de vista de los cuidadores.

Marrone cita a Bowlby (1980): *“Mientras que los recuerdos de comportamientos **unidos a** y de palabras **dichas en una determinada ocasión serán almacenados episódicamente**, las generalizaciones sobre la madre, el padre y uno mismo serán almacenadas semánticamente... Dados estos distintos tipos de almacenaje, se abre un campo fértil para el nacimiento de conflictos, ya que la información almacenada semánticamente no necesita concordar siempre con la que es almacenada episódicamente; y es probable que en algunos individuos la información almacenada de una manera discrepe altamente con la almacenada de la otra manera”* (pág. 211). *“Cuando Bowlby (1980) llamó la atención sobre estos sistemas, Tulving todavía no había avanzado en sus estudios. Años después, cuando Tulving (1985) incluyó la noción de un tercer sistema, memoria procedimental, la comprensión del comportamiento de apego en relación con la memoria avanzó un paso más”* (pág. 212).

El autor dice muy poco de la memoria procedimental. La define, tomando prestada una frase de Patricia Crittenden, como un esquema sensoriomotor preconsciente que codifica *“modificaciones aprendidas acerca del repertorio de atención e inclinaciones de conducta específicas de la especie, con las cuales nace el bebé”* (pág. 212).

Los trabajos de Lyons-Ruth (“El inconsciente bipersonal”, Aperturas 4), Eric Kandel (“Biología y futuro del psicoanálisis: retorno a una nueva estructura intelectual para la psiquiatría”, edición española del American Journal of Psychiatry) y –más recientemente- el de Hugo Bleichmar (“El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes”, en el número 9 de Aperturas), van mucho más allá de esta escueta definición. Un antecedente cercano, dentro de la clínica psicoanalítica, es “lo sabido no pensado”, de Christopher Bollas. En el capítulo 12 (“Usos expresivos de la contratransferencia”) de su libro “La sombra del objeto”, en Amorrotu, aparecen una serie de viñetas que, a mi entender, ilustran magníficamente algunos modos de presentación clínica de la memoria procedimental y las enormes dificultades que conlleva su detección y modificación. Este es uno de los pocos puntos en los que, a mi juicio, el libro flaquea y el que reclama con más urgencia una revisión que lo ponga en onda con las aportaciones actuales. Y esto, por supuesto, sin desmerecer lo que el autor nos da (incluso en este mismo capítulo), que es mucho y valioso.

Capítulo 12: LA IATROGENIA EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Para Marrone no es de recibo la idea difundida entre pasillos de que la psicoterapia, simplemente, o es útil o es ineficaz. La psicoterapia también puede dañar (en español hay un libro no demasiado viejo que recoge investigaciones empíricas sobre este tema: "Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica", Joaquín Poch y Alejandro Ávila, 1998, Paidós).

"Si, como proponen Anna Freud, Selma Fraiberg, John Bowlby y otros, tendemos a tratar a los otros como hemos sido tratados por las personas importantes de nuestro pasado, entonces podemos suponer que un analista puede tratar a sus pacientes como él ha sido tratado, especialmente si en su propio análisis no llegó a investigar en detalle los patrones de interacción que caracterizaron las relaciones tempranas con sus padres o cuidadores" (páginas 218 y 219).

A lo dicho por Marrone habría que añadir lo que Hugo Bleichmar ha comentado muchas veces en sus clases: además de la genealogía familiar está la genealogía analítica. La transmisión intergeneracional debe incluir también la posibilidad del encuentro con un analista iatrogénico. Años de análisis con un terapeuta frío, a veces sarcástico, hierático y formalista la mayoría del tiempo, que transmite precaución y desconfianza y que cree saberlo todo sobre el paciente, no puede por menos que dejar una impronta en la mente del analista en formación. Impronta que será mayor si, además de un terapeuta "duro", tiene también un supervisor igualmente "duro".

Para el autor, las características de un terapeuta básicamente iatrogénico son:

- 1) *"Contradicen la percepción real que tiene el paciente de otras personas (incluyendo al propio analista). Enfatizando la influencia que la proyección y la fantasía inconsciente tienen como causa de la distorsión perceptiva".*
- 2) *"Invalidan la experiencia subjetiva del paciente mediante interpretaciones que implican: "Lo que usted siente o experimenta no es lo que usted realmente me está diciendo sino lo que yo creo que usted realmente siente o experimenta".*
- 3) *"Usan mensajes de doble vínculo, por ejemplo haciendo sentirse culpable al paciente y luego diciendo que su mundo interno está dominado por la culpa; o inductriandole de forma sutil y luego alegando neutralidad; demandando que la relación analítica tenga importancia central y luego interpretando la excesiva dependencia; o aumentando el sentimiento de vulnerabilidad del paciente y luego tratando este rasgo como una patología".*
- 4) *"Inhiben la conducta exploratoria y la autonomía. Esto se logra interpretando constantemente la búsqueda de autonomía por parte del paciente como una defensa narcisista contra la dependencia y la mayoría de las conductas activas como actuaciones".*
- 5) *"Hacen que el paciente se sienta en falta. Esto se logra con interpretaciones fundamentalmente dirigidas a buscar y resaltar el fracaso y el fallo personal.*
- 6) *"Tratan al paciente con rigidez. En este caso, el terapeuta hace interpretaciones con un sentido axiomático de validez, es decir, que sus opiniones no pueden ser cuestionadas."*
- 7) *"Crean en el paciente un sentimiento de impotencia" (páginas 219 y 220).*

Falta de calidez

Se evidencia tanto a nivel verbal como no verbal. Los saludos fríos y formales a la entrada y salida de la sesión, el tono emocional del habla, la brusquedad con la que se “disparan” las preguntas o interpretaciones, el retraimiento silencioso ante una crisis emocional, la falta de empatía con el sufrimiento del paciente, la inexpresividad y la ausencia de sonrisas, el tono monocorde y mecánico de interrogatorio, etc., son indicadores de frialdad.

“Bowlby creía firmemente que, desde el comienzo hasta el final, cualquier análisis deberá estar marcado por una postura del analista de estar permanentemente del lado del paciente. Esto requiere por parte del analista una confianza básica en las relaciones terapéuticas, compasión y un profundo sentido de respeto por el paciente y, como resultado, una cierta calidez” (pág. 221).

Marrone critica severamente la actitud de terapeutas que, usando los términos técnicos de moda, envuelven en papel de celofán una idea central: *“todo es por culpa del paciente”*.

Reduccionismo y descontextualización

Se refiere aquí el autor al reduccionismo de ocuparse únicamente de los procesos intrapsíquicos del paciente; del paciente emana todo: la rivalidad, la envidia, la identificación proyectiva, la agresión, etc. Esta posición lo que raramente se para a contemplar es que el paciente, además de ser el sujeto agente de la acción, puede ser el sujeto paciente de esos mismos sentimientos o acciones por parte de otros. Al no ocuparse el terapeuta de esos procesos interpersonales, el paciente no es ayudado a reconocer una parte de la realidad, la intersubjetiva, más que de un modo lateral e incompleto.

“Se deben considerar los efectos de las interacciones sociales. No hacerlo puede limitar e inhibir los procesos reflexivos más amplios requeridos para lograr el conocimiento metacognitivo” (pág. 223).

Esta idea es altamente coherente con la hipótesis de Fonagy acerca de cómo se desarrolla la función reflexiva: siendo capaz de reconocer de forma sutil y compleja que tanto uno como los demás están guiados por un pensamiento intencional. Ignoro si esto está incluido en el pensamiento de Marrone pero yo encuentro particularmente útil con algunos pacientes discutir hipótesis tentativas acerca de cómo y por qué actúan los personajes cercanos al paciente.

El enfoque estereotipado

*“Peterfreund (1983) propone la noción de un **enfoque psicoanalítico estereotipado**, según el cual el analista constantemente trata unilateralmente de hacer encajar el material del paciente dentro de su propio marco teórico... El terapeuta utiliza un paradigma rígido que no le permite reconocer otras posibles interpretaciones del*

material presentado. Así, el análisis se reduce frecuentemente a un proceso de indoctrinación sutil” (pág. 225).

Hay una novela (“Monte Miseria”, de Samuel Shem, en Círculo de Lectores), feroz y muy divertida, en la que se vapulea con ganas a los diferentes profesionales de la salud mental, psicoanalistas incluidos. Retrata de un modo muy fino el abuso de poder y los círculos viciosos que se producen cuando un terapeuta, de cualquier orientación, se conduce dogmáticamente con un enfoque estereotipado que no admite correcciones del paciente.

Influencias iatrogénicas en supervisión

*“El modelo (iatrogénico) defendido por el supervisor contenía varios de los siguientes elementos: (1) una tendencia a no creer en el relato del paciente; (2) una tendencia a desconsiderar el intento por parte del analizado de investigar su historia de apego; (3) una tendencia a reducir la comprensión de la interacción a una visión estrecha del interjuego entre transferencia y contratransferencia (según la cual el **aquí y ahora** es todo lo que cuenta); y (4) una tendencia constante a interpretar la **maldad** del paciente (es decir, sus rasgos defensivos y estrategias disfuncionales) sin investigar el contexto en el que se han formado” (pág. 228).*

Excelente capítulo, uno de los que más me han gustado del libro. Encuadra muy bien el problema y da sobrados motivos de reflexión. Cuando lo conocí, meses antes de que apareciera en libro, le sugerí al autor un texto que, desde una óptica complementaria, es también muy sensible al peligro involuntario de dañar o humillar a los pacientes: “La comunicación terapéutica”, de Paul Wachtel, Editorial Desclee De Brouwer. Un objetivo de este libro, entre otros, es el de encontrar modos de hablar con el paciente que produzcan menos resistencias y más respeto por su autoestima.

Capítulo 13: LA TEORÍA DEL APEGO Y EL DUELO

Capítulo escrito en colaboración por Luis Juri y Mario Marrone.

Comienzan recordando brevemente la teoría freudiana del duelo. Para Freud, el sujeto tiene que realizar un trabajo de desprendimiento del objeto perdido bajo la presión de la realidad. El duelo es visto en términos económicos: una cantidad de energía psíquica que estaba en un lugar (el objeto) tiene que encontrar otro destino. El énfasis de Freud está puesto en las condiciones intrapsíquicas que deciden el duelo. El trabajo del duelo es teorizado en términos de un aparato psíquico prácticamente aislado por lo que apenas se contempla las influencias benéficas o perturbadoras que pueden venir desde el entorno social del doliente.

Fases de duelo en el adulto

Bowlby y Parkes propusieron que un adulto atraviesa cuatro fases en el trabajo del duelo:

- **Breve fase de embotamiento:** puede durar de minutos a horas o algunos días. Es un intento de frenar las emociones que desencadena la pérdida. Puede aparecer una aparente calma o, incluso, momentos de euforia. Otras personas pueden sufrir ataques de pánico o estallidos de ira. Una forma de duelo

patológico tiene que ver con la congelación en esta etapa. La anestesia afectiva puede durar meses, años o toda una vida.

- **Fase de anhelo y búsqueda de la persona querida:** *“Se interpretan indicios de retorno... como pueden ser los pasos en una habitación o los sonidos de una puerta que se abre. El muerto es buscado (consciente o inconscientemente) en aquellos lugares a los que habitualmente concurría. Es posible confundir a una persona en la calle con el muerto, o soñar que éste se encuentra vivo. Estos anhelos de reencuentro con el muerto no pertenecen a la esfera de lo patológico, forman parte de un normal intento de recuperación del vínculo perdido... La rabia y el odio se alternan frecuentemente en esta fase, ya sea como protesta ante la pérdida o por frustración del anhelo de reencuentro. Su presencia no debe considerarse anormal, ni necesariamente una señal de odio al muerto... en esta conceptualización no se desconoce la hostilidad inconsciente hacia el difunto, pero se juzga normal cierta reacción agresiva... La patología del duelo correspondiente a esta fase es el duelo crónico”(pág. 235).*
- **Fase de desorganización y desesperanza:** ocurre cuando la esperanza de recuperar al ser amado se desvanece. En esta fase, que puede durar meses, es común que aparezcan síntomas depresivos.
- **Fase de mayor o menor reorganización:** *“La reestructuración de los modelos representacionales lleva a enfrentar un doloroso cambio de identidades... Esta fase implica renunciar definitivamente a la esperanza de restablecer la situación previa... Si se atraviesa esta fase, pueden aparecer planes para el futuro” (pág. 236).*

El curso del duelo

“A diferencia de Freud, Bowlby no hace depender el desenlace normal o patológico del duelo de procesos exclusivamente endógenos (el itinerario intrapsíquico de la libido)... Hoy parece claro que el curso que ha de tomar un proceso de duelo depende de varios factores: (1) la intensidad, duración y calidad de la relación que el sujeto ha tenido con la persona que ha perdido; (2) la calidad y destino de las relaciones tempranas que el sujeto ha tenido en su vida temprana; (3) los mecanismos de defensa que el sujeto utilice normalmente ante situaciones de pérdida y privación; y (4) la existencia o no de apoyo por parte de la red social que rodea a la persona en duelo” (pág. 237).

El anhelo de recuperación

Una observación muy útil para la psicoterapia es que *“el anhelo de reencuentro puede permanecer largo tiempo en forma silenciosa y encubierta, lo que puede engañar a un observador desatento. Como existe una inclinación a subestimar la importancia de las*

pérdidas, así como la duración de los duelos, el anhelo de reencuentro puede pasar desapercibido” (pág. 240).

El deudo, consciente o inadvertidamente, dirige la vista hacia los lugares que ocupaba la persona muerta, repasa fotografías, acaricia objetos compartidos, cree escuchar sus pasos o su voz, cree reconocerlo entre una muchedumbre, visita lugares familiares (la habitación, un paisaje, el lugar de veraneo, etc.). Otras formas en las que se manifiesta este anhelo son el pensar obsesivamente sobre él, el temor a olvidarlo, los sueños en los que aparece vivo, las visitas al cementerio, los museos familiares, etc. Incluso, en algunos casos, el pensamiento suicida o los intentos consumados de suicidio pueden escenificar este deseo de encuentro.

Permanencia del ser ausente

“Para Bowlby, un final favorable del duelo no implica necesariamente desprenderse del objeto perdido. Considera compatible con el duelo normal la permanencia del lazo afectivo con la persona muerta. La presencia del ausente puede manifestarse como una compañía interior constante o estar localizada en algún lugar específico y adecuado (una tumba, una foto, etc.)” (pág. 242). Es decir, el deudo puede encontrar un lugar en su mente para la persona fallecida y convertirla en un interlocutor interior o en una presencia amigable que proporciona apoyo y consuelo. Esto es muy diferente de la teorización clásica.

Aportaciones recientes de la investigación

El duelo patológico tiene dos variantes: (1) ausencia de manifestaciones de duelo; (2) duelos intensos y prolongados o inacabables. Hay una correspondencia entre las anteriores modalidades de duelo patológico y la respuesta a la separación breve que se produce en el procedimiento de la “situación extraña”. Un grupo de niños parece no reaccionar ante la separación. Otro lo hace de forma dramática, angustiada, con rabia intensa.

*“Ante una pérdida, los adultos que pueden ser clasificados con la Entrevista de Apego Adulto como **evitativos** son los que tienen propensión a hacer duelos silenciosos. Por el contrario, los adultos clasificados como **ambivalentes o preocupados** tienden a hacer duelos más prolongados y con manifestaciones emocionales más floridas e intensas” (pág. 249).*

Los niños que tienden a suprimir sus sentimientos, frecuentemente, han sido criados en familias poco emotivas o en las que el niño fue humillado o castigado al mostrar emociones. En cambio: *“Los individuos que tienden a hacer procesos de duelo intensos, dramáticos, floridos o prolongados pueden mostrar una historia de relaciones vinculares en la niñez en la cual la actitud de los padres fue inconstante, alternando periodos de disponibilidad empática con periodos de distanciamiento o rechazo” (pág. 249).*

La terapia del duelo

Afirman los autores: para Bowlby, *“un punto fundamental es que el paciente pueda ponerle palabras a la pena. Éste debe poder expresar sus sentimientos, dolores, anhelos ocultos, odios contra el muerto y hacia aquellos a los que responsabiliza (justa o injustamente) por lo sucedido”* (pág. 250). Para lograr lo anterior es básico que el terapeuta pueda mantener una actitud empática con las ideas y sentimientos del paciente. *“No proporciona ninguna ayuda, según Bowlby, el asumir el papel de representante de la realidad, señalando una ausencia que el paciente en parte conoce y que los familiares le recuerdan... Lo que el paciente necesita en las primeras etapas del duelo no es que le recuerden la pérdida, sino recuperar lo perdido... El paciente necesita sentirse comprendido en su alejamiento de la realidad y en sus comportamientos injustos”* (pág. 250).

El paciente guardará para sí sus ideas “locas” (resurrección milagrosa, por ejemplo) o injustas (profesionales, familiares o amigos “culpables” de la pérdida) si el terapeuta no le brinda una base segura de empatía y legitima sus sentimientos como razonables y congruentes con la encrucijada vital que está sufriendo.

Esto me recuerda lo que, en un terreno diferente, propugnaba Kohut respecto a las necesidades exhibicionistas y grandiosas de los pacientes narcisistas: hay que aceptar inicialmente con sensibilidad y respeto las demandas de especularización, la idealización desaforada o el exhibicionismo más crudo sin que el terapeuta se convierta en representante de la juiciosa realidad porque, de otro modo, estas necesidades no emergerán de la represión o el paciente las guardará para sí como un secreto vergonzoso o loco. Excelente capítulo, lleno de ideas clínicamente útiles.

Capítulo 14: JUANITO: ¿EDIPO O APEGO?

Capítulo escrito por Luis Juri.

En este interesante capítulo el autor, partiendo de las ideas epistemológicas de Thomas Khun, realiza una reinterpretación del “Caso Juanito” contraponiendo el paradigma de Bowlby con el de Freud.

Según Juri: *“Bowlby no interpreta el sueño (de Juanito) como una realización de deseos reprimidos, sino como una expresión del miedo inconsciente del niño a ser abandonado. Sería un temor y no un deseo, lo que mueve la producción onírica. Paralelamente, sería un temor, y no un deseo sexual, lo que impulsaría a Juanito al contacto con su madre. Sería posible expresarlo más ajustadamente diciendo que el miedo (al abandono) ha estimulado un deseo (de apego)”* (pág. 262).

De forma similar, el autor se plantea si el padre de Juanito es un rival edípico o una figura de apego que se teme perder. La lógica del paradigma freudiano lleva a suponer que la angustia de separación de Juanito es por el deseo reprimido de que su padre se aleje ya que, en palabras de Freud, *“sólo un deseo y ninguna otra cosa, es capaz de poner en movimiento el aparato psíquico”*.

Luis Juri se apoya en las ideas de Hugo Bleichmar cuando sostiene que el psiquismo funciona tanto creyendo en la realización de deseos como en la realización de temores. Desde este punto de vista se puede suponer que Juanito no produce la fobia (o no únicamente) por una elaboración defensiva de sus deseos incestuosos sino por una elaboración defensiva de su temor a perder a sus figuras de apego.

Como nota curiosa, el autor, Luis Juri, califica el Enfoque Modular Transformacional como un “nuevo paradigma”. Que yo sepa, es la primera vez que se califica así, en una publicación, a los trabajos de Hugo Bleichmar.

Capítulo 15: EL APEGO Y LA SEXUALIDAD

Este capítulo está firmado por Mario Marrone y Nicola Diamond.

Sexualidad y capacidad de relacionarse

“El apego saca la sexualidad, de una vez por todas, de una psicología unipersonal. Los individuos que hayan tenido una privación extrema en el vínculo de apego durante su infancia o adolescencia, o que hayan sufrido abuso sexual, físico o psíquico, tendrán también un severo empobrecimiento en la capacidad de relacionarse sexualmente, particularmente en la vida adulta” (pág. 278).

“La sexualidad puede ser usada en las relaciones adultas de maneras diferentes. Por ejemplo, la erotización puede ser puesta al servicio de las defensas. La observación clínica muestra que la erotización puede ser una expresión de una dependencia ansiosa subyacente o un sustituto de un sentimiento de intimidad más sustancial. En otras palabras, la erotización puede ser un medio para tratar de manejar trastornos emocionales originados en fallos y dificultades vinculares tempranas. Estos fallos pueden dar como resultado la búsqueda desesperada de amor sexual o la necesidad de ser deseado sexualmente para compensar sentimientos profundos de inseguridad en las relaciones de apego” (pag. 280).

“La actividad sexual también puede estar asociada con la evitación de la intimidad, como en el caso de que haya una separación entre el sexo y la relación emocional... La excitación sexual puede también ser una forma de volver a poner en escena el trauma infantil. Como sostiene Robert Stoller (1986), en ciertas circunstancias la hostilidad actúa como un detonante de la excitación sexual... El placer erótico se asocia al logro del control total, de estar en la posición de ser el dueño de lo que está ocurriendo” (pág. 281).

“La elección del compañero sexual es otra área donde se pone de manifiesto la repetición de los patrones de apego perturbados. Por ejemplo, este puede ser el caso de una persona que ha tenido un padre (o una madre) cruel y que siempre elige un compañero cruel, repitiendo el mismo patrón” (páginas 281 y 282).

“Las ideas de Bowlby respecto al complejo de Edipo son compatibles con el pensamiento de Kohut... Kohut diferenció un estadio edípico, correspondiente a un estado normal, en contraposición al complejo de Edipo, que sería la versión

patológica, donde la ausencia de identificación empática de los padres con el pequeño hijo da lugar al cuadro de celos, cruda sexualidad y competitividad que pinta la metáfora del dramaturgo griego. Lo que pretende transmitir Kohut es que la dramática edípica no es una imposición fatalista de oscuro origen psicobiológico. Edipo es el prototipo del hijo destruido por la patología de los padres” (pág. 286).

Marrone señala como pesar de las grandes diferencias que los separan, Bowlby no es una excepción solitaria en el psicoanálisis británico. Tanto Bowlby como Klein, Winnicott o Fairbairn han colocado la sexualidad en un segundo plano.

“Bowlby apenas se ocupó de la sexualidad en sus escritos, aunque no le quitaba su lugar en la supervisión clínica. Reconocía la importancia que tiene la sexualidad en la conducta y las necesidades humanas... Simplemente, estaba muy dedicado a su propia temática” (páginas 289 y 290).

Capítulo 16: TRAUMA Y DISOCIACIÓN

“La experiencia indica que los efectos psicológicos son más severos si el trauma es generado por el ser humano, perpetrado por una figura de apego, con crueldad, repetido y en la infancia... Por otra parte, sabemos que la intensidad de los efectos depende de la vulnerabilidad de la víctima... En la infancia, los efectos psicológicos del trauma serán tanto más graves cuanto más insegura haya sido la relación del niño con sus figuras de apego con anterioridad al trauma, también si el niño no tiene a nadie a quien comunicar sus sentimientos e impresiones o si ha recibido comunicaciones que desconfirman sus percepciones e invaliden sus sentimientos subjetivos” (pág. 294).

El trauma en psicoanálisis

“La noción de trauma en psicoanálisis está históricamente ligada al estudio de la neurosis histérica, habiendo sido ésta originalmente atribuida a una etiología de naturaleza sexual y traumática... Pero más tarde, Freud consideró que sus pacientes le habían hecho perder la ruta de la verdad y que lo que ellas describían como traumas de su infancia eran, en realidad, fantasías... Desde entonces los conceptos de deseos incestuosos, complejo de Edipo y fuentes endógenas o internas de ansiedad quedaron ligados entre sí en el pensamiento psicoanalítico” (pág. 295).

Hay otra definición psicoanalítica del trauma que sigue siendo útil para Marrone y Diamond: *“El trauma produce síntomas porque actúa como un cuerpo extraño que sobrecarga las capacidades de contención y procesamiento del individuo... Aún así, algunos psicoanalistas tienden a ver el trauma como un fenómeno fundamentalmente enraizado en procesos endopsíquicos... Tenemos amplia evidencia de que los factores traumáticos en la relación del hombre con su ambiente son fundamentales. Esta evidencia surge de estudios interdisciplinarios y es tan contundente que el psicoanálisis contemporáneo no puede ignorarla” (pág. 296).*

Orígenes de los estados disociativos

“Investigaciones realizadas en los últimos años indican que hay una relación estrecha entre trauma infantil y disociación... Pese a sus efectos colaterales negativos, el propósito de la disociación es adaptativo... La disociación implica un intento de negar el hecho de que una situación intolerable está sucediendo o que la persona está presente en esa situación... Si el padre o la madre no pueden proteger al niño ante una amenaza externa o si, lo que es mucho peor, es uno de ellos el agente que causa el trauma, la disociación es un recurso adaptativo para sobrevivir” (pág. 308).

“Las investigaciones en el campo del apego indican que la tendencia a disociar se transmite de una generación a la siguiente. Por ejemplo, Lyons-Ruth y Jacobvitz (1999) muestran que hay una correlación significativa entre disociación en los padres y respuestas desorganizadas en la situación extraña. Entre los precursores de la disociación en los padres se describen duelos no elaborados e historia de violencia familiar. Main y Hesse (1990) observan que el susto o pánico es la emoción básica en los estados disociativos” (pág. 309).

Tratamiento

“Hasta el momento no hay estudios empíricos detallados sobre métodos terapéuticos y su efectividad en el tratamiento de los procesos disociativos. La experiencia clínica acumulada en los últimos años en Londres... demuestra que un abordaje psicoanalítico orientado por la teoría del apego es muy útil si no imprescindible. Sin embargo, las circunstancias individuales y el diagnóstico preciso de cada paciente puede requerir modificaciones técnicas importantes. En algunos casos, un análisis individual es suficiente, en otros casos es necesario el trabajo en un equipo interdisciplinario. A veces hay complicaciones legales y policiales...” (pág. 312).

“En la mayoría de los casos de trastorno disociativo de menor severidad, el proceso de integración que brinda el análisis, incluyendo la elaboración de los duelos no resueltos y la exploración de la historia vincular personal, es suficiente para resolver el problema clínico... La psicoterapia de grupo no es eficaz en el tratamiento de estos trastornos... Las técnicas que involucran contacto físico con el paciente están absolutamente contraindicadas” (pág. 312).

Capítulo 17: APEGO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

“Como dice Sroufe (1999), Bowlby nunca dijo –ni la teoría del apego afirma- que la inseguridad de apego siempre y necesariamente cause patología a lo largo del ciclo vital. Lo que postula es que la inseguridad de apego crea la vulnerabilidad para que esto ocurra” (pág. 315).

El concepto de elactancia

“Se refiere a la capacidad que tiene un individuo de mantener sus capacidades adaptativas y utilizar sus recursos internos de manera competente ante (1) los problemas evolutivos de las distintas etapas del ciclo vital y (2) las adversidades de la vida. El desarrollo de la capacidad de elactancia depende fundamentalmente de la seguridad de apego en los años de infancia y adolescencia. En cada momento de la vida del sujeto, la capacidad de funcionar óptimamente a niveles psicológico, psicosomático y psicosocial depende de la interacción entre la capacidad de elactancia del individuo y los factores protectores o desestabilizantes del medio socio-ambiental actual... En este sentido, se podría decir que entre los objetivos últimos de la psicoterapia psicoanalítica se encuentra no solo la resolución de los síntomas y conflictos y el autoconocimiento sino también el incremento de la elactancia” (páginas 316 y 317).

Promoción de la salud mental

“El comité de expertos del proyecto Promoción de la salud mental de niños hasta la edad de seis años (creado por la Comisión Europea), del que he sido miembro, definió la promoción de la salud mental como un esfuerzo interdisciplinario que (1) está dirigido a los contextos individual, familiar, grupal y comunitario, y (2) involucra a todas las fases del ciclo vital, desde el embarazo y el nacimiento hasta la tercera edad, pasando por la infancia, la adolescencia y la edad adulta” (pág. 317).

“En esencia, la promoción de la salud mental tiende a reducir los factores que la dañan (como, por ejemplo, el abuso, el acoso en la escuela, la discriminación racial, la exclusión social, etc.) y fortalecer los factores que la facilitan, tales como el desarrollo de políticas que favorecen el bienestar, integridad y seguridad de la familia” (pág. 318).

Proyectos en curso

“Nuestro comité examinó 195 programas de promoción de la salud mental infantil. El acceso a estos programas se logró a través de un rastreo realizado por agentes nombrados por el comité en 15 países miembros de la Unión Europea y Noruega... El objetivo fundamental de este comité era compilar una lista completa de programas en curso, destacando –entre todos- los que hubieran sido sometidos a una evaluación... De los 195 programas que nos llegaron, 20 cumplían los requisitos establecidos para la categoría de basados en la evidencia” (páginas 320, 321 y 322).

Los programas que cita Marrone tienen objetivos muy variados: detección y tratamiento de la depresión postnatal; actuación en casos de abuso físico, sexual y emocional; intervención temprana con niños de riesgo; niños y padres inmigrantes; hospitalizaciones prolongadas de niños; bebés prematuros; hijos de esquizofrénicos, etc.

Grupos de padres

Marrone lo considera un modelo de trabajo muy promisorio. El objetivo de estos grupos es el de aumentar la respuesta sensible y la función reflexiva de los padres. Se aplica tanto a padres en general como a padres de grupos de riesgo.

“Mel Parr... ha desarrollado un método de trabajo en grupos que se conoce como método PIPPIN... Estos grupos se forman con padres y madres durante el embarazo, se reúnen de acuerdo a un programa de sesiones previamente establecido, hasta que el bebé haya cumplido los seis meses de edad... Este tipo de intervención fue diseñado originalmente para:

- *influenciar la capacidad de cada padre o madre para observar al recién nacido,*
- *observar y analizar el significado que cada padre le atribuye a lo que observa,*
- *tratar de mejorar la percepción que el padre tiene de su propia autoestima y sentido de competencia, como individuo y como padre,*
- *incrementar la respuesta sensible a las señales y comunicaciones no verbales del bebé,*
- *ayudar a la pareja de padres a mejorar su vínculo y organizar la vida de familia para aumentar los factores protectores de la relación parento-filial” (páginas 324 y 325).*

Sumario y conclusiones

“El status socioeconómico bajo es un factor de riesgo importante para la salud en general, incluso para la salud mental infantil y familiar. Estadísticamente, la pobreza se asocia con una baja calidad de la función parental” (pág. 326).

“Hay bastante evidencia de que visitas domiciliarias, periódicas y regulares por profesionales competentes, reducen el riesgo de negligencia o abuso emocional o físico... Actividades grupales con niños, en las cuales se facilita el sentimiento de afiliación, la comunicación y el pensamiento reflexivo, promueven la elactancia... El proceso de facilitar una buena relación entre cuidadores y niños es el factor más importante en promoción de la salud mental infantil... El elemento fundamental para promover la seguridad de apego es romper la cadena intergeneracional de transmisión de patrones de apego inseguro” (páginas 326, 327 y 328).

Capítulo 18: LA TEORÍA DEL APEGO Y LA PSIQUIATRÍA GENERAL

Marrone argumenta que la Psiquiatría se dividió a raíz de las diferentes explicaciones etiológicas que se propusieron. Una de las ramas se centró en el uso de fármacos y la otra en el uso de intervenciones psicoterapéuticas y psico-sociales.

“La teoría del apego nos da hoy la posibilidad de establecer un puente entre ambas psiquiatrías. Cambios recientes en psicoanálisis (con el surgimiento de corrientes de carácter básicamente interpersonal, incluyendo la teoría del apego) y desarrollos

contemporáneos en neurociencias constituyen un área de convergencia potencial” (pág. 332).

A partir de esas áreas de convergencia entre las neurociencias y el psicoanálisis relacional, el autor propone repensar tanto las teorías etiológicas como las prácticas terapéuticas, abogando por abordajes integrados en los que las dos psiquiatrías se vayan encontrando.

Comentario personal

Este es uno de ese escaso puñado de libros por el que uno tiene ganas de dar las gracias en público a su autor, tanto para reconocer un trabajo bien hecho como, también, para intentar contagiar a otros con mi entusiasmo y animarles para que lo lean. Sencillamente, este libro me ha aclarado mucho. Poco de lo que aparece en él me resulta totalmente nuevo pero la trabazón de los materiales, la reorganización de las ideas en un conjunto original, me produce una sensación satisfactoria de que las piezas engranan bien, de un modo armónico y poderoso. Las partes (los capítulos), siendo importantes en sí mismas, son inferiores al todo. Hay una sensación de redondez que me resulta muy estimulante.

A Marrone se le entiende muy bien, es claro y directo en su forma de expresarse. Es didáctico. En otros contextos psicoanalíticos la imputación de didactismo es un insulto, aquí es un elogio. Comparto con el autor la antipatía por las jergas, los clichés expresivos y las ínfulas intelectualizantes de mucho de lo publicado en psicoanálisis. A Marrone le preocupa hacerse entender (incluso por un público amplio de no psicoanalistas) y para ello se sitúa en la piel del lector con el objetivo de ponérselo fácil. Es una posición humilde que no renuncia a la ambición de transmitir un conocimiento que se sabe valioso. Yo, como lector y como partidario de un nuevo lenguaje en psicoanálisis, se lo agradezco.

Marrone se dirige al lector buscando la complicidad de un interlocutor amigo, lo que no le impide marcar las diferencias contundentemente con los paradigmas freudiano y kleiniano cuando quiere dejar bien clara su posición. Nos da una presentación cálida en la que teoría y experiencia personal se entremezclan a través de un relato natural, salpicado de anécdotas. Sorprende la cantidad de citas recogidas de viva voz, fruto de sus contactos de primera mano con multitud de teóricos y profesionales actuales. Se adivina un orgullo sin aspavientos por haber tenido la suerte de conocer a una persona del talento de Bowlby.

Todos los capítulos del libro tienen una riqueza formidable (sólo hay que fijarse en la extensa bibliografía final para entender hasta que punto Marrone nos trae un pensamiento actualizado, muy difícil de conseguir para los que no dominamos el inglés) pero quiero destacar uno en especial que, a mi juicio, merece una atención específica: el dedicado a la iatrogenia.