

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Andrea, María José, Mabel, Juan, Paloma y Alba por su trabajo con la revisión del texto.

CONTENIDO

1	¿Por qué otro libro sobre apego?	13
2	Vamos a ubicarnos en el tema	17
3	Empecemos por el principio	27
4	Las estrategias de apego	35
5	Los que no encajaban: el apego desorganizado	45
6	La estabilidad de las estrategias de apego a lo largo del tiempo	55
7	Apego, temperamento y cultura	65
8	La organización de los estados mentales: los modelos operativos internos	73
9	Malos contadores de historias	79
10	Función reflexiva y metacognición	95
11	Entre tu mente y mi mente	103
12	Entendiendo los patrones de apego en el adulto	111
13	La disociación	125
14	Cómo evaluar el apego en el adulto	137
15	Preguntas y respuestas en la evaluación del apego	145
16	Las experiencias relacionadas con el apego. ¿En qué nos fijamos?	161
17	Entendiendo el modelo mental	173
18	El apego desorganizado tipo inclasificable	183
19	¿Qué significa reflexionar?	189
20	¿Por qué todo esto es importante para la práctica clínica?	207
	Bibliografía	219

1. ¿POR QUÉ OTRO LIBRO SOBRE APEGO?

Confieso haber leído libros diversos sobre el tema del apego para acabar a veces entre mareada y confusa: términos parecidos, pero no iguales, para describir elementos parecidos, pero no iguales, con los que fui montando un puzle en mi cabeza en el que las piezas no encajaban del todo bien. Gran parte de la información sobre el apego era contradictoria y parecía retroalimentarse entre sí, como si unos aprendieran de la confusión de otros. Consciente de que muchas de mis ideas carecían de solidez, me apunté a la formación sobre la Entrevista de Apego Adulto (*Adult Attachment Inventory*, AAI; Main, Goldwyn y Hesse, 2002), el instrumento de referencia en la evaluación del apego, y vi que, efectivamente, mi perspectiva estaba en gran medida equivocada. Esta formación me aportó varios descubrimientos interesantes. En primer lugar, que el concepto de apego que había ido adquiriendo con lecturas y cursos diversos, lejos de enriquecerse, se había ido alejando de lo que significaba en su origen y de lo que la investigación sobre el tema, basada en el AAI, reflejaba realmente. En segundo lugar, que esta visión sobre el apego en la que empezaba a introducirme se enlazaba más con un área del trabajo terapéutico que veo cada vez más importante: la metacognición.

A lo largo de mi experiencia supervisando terapeutas e impartiendo cursos en el campo del trauma y la disociación, he visto también muchas confusiones entre los compañeros, y temo que mi propia confusión haya a veces incrementado aún más las suyas. Por eso, ahora que tengo algunas cosas más claras y, por supuesto, nuevos interrogantes, me parece importante desarrollar un poco las ideas que

he podido ir colocando. Es posible que muchas de las cosas que voy a decir se describan desde distintos puntos de vista en otros textos sobre apego, pero trataré de argumentar por qué me quedo con estos conceptos y cuál creo que es su aplicación práctica en la clínica.

Una primera exploración de esta temática dio lugar a un libro de divulgación, *¿Por dónde se sale?*, en el que explico para el público general, de un modo muy digerido, qué es el apego y el papel de la seguridad relacional en el bienestar psicológico. Este libro y el que ahora estás leyendo están estrechamente vinculados, y en el primero se ven algunas ideas sobre esta temática que se pueden trabajar con los pacientes.



Para profundizar más allá de estos dos textos, ambos breves, recomiendo el libro *Attachment Disturbances in Adults: A Treatment for Comprehensive Repair*, de Brown y Elliot (2015). Es el mejor libro que he leído en esta área.

El objetivo del libro *Entender y evaluar el apego* es absolutamente pragmático: ayudar a los profesionales a entender qué es el apego, cómo evaluarlo y por qué es importante tenerlo en cuenta en el trabajo terapéutico, sobre todo en el trabajo con el trauma. Por ello, mi pretensión no es hacer una exposición en profundidad de las teorías del apego y de los abordajes derivados de este concepto, pues esta tarea sería literalmente inabarcable. Sin embargo, hemos de entender un poco sobre el desarrollo del concepto para estar mínimamente situados.

Intentaré ir explicando por qué creo que esta perspectiva sobre el apego es relevante para la psicoterapia, sobre todo para la terapia de trauma. Al final, después de recorrer conceptos clave, aportaré mis reflexiones al respecto. Por ahora, para empezar, voy a dejar en los siguientes párrafos tres viñetas clínicas. De este modo, al ir leyendo el libro podremos tener en mente a qué tipo de preguntas intento dar respuesta.

Viñeta 1: ¿Este paciente tiene un apego seguro? ¿Una crianza saludable?

Terapeuta: ¿Por qué crees que tus padres se comportaron así durante tu infancia?

Paciente: Porque... Porque fueron como fueron. Sí. Porque se comportaron como fueron. No sé. Supongo que intentaron actuar como todos los padres del mundo, tratando de hacer lo mejor para sus hijos, con sus aciertos y con sus fallos. Vamos, no tengo ninguna duda. Tratando de hacerlo lo mejor posible.

Viñeta 2: ¿Este paciente está disociado?

Terapeuta: Háblame un poco de tu familia.

Paciente: No recuerdo nada de la infancia.

Terapeuta: Bueno, lo que puedas recordar.

Paciente: No es mucho, la verdad, pero no entiendo por qué me preguntas por mi familia. Yo he venido aquí por el tema del trabajo.

Viñeta 3: ¿Por qué el procesamiento de recuerdos es difícil en esta paciente?

Terapeuta: ¿Qué imagen representa la peor parte del recuerdo?

Paciente: Sí, me acuerdo perfectamente. Ella... vinieron un verano de Valencia a pasar... y mi madre estaba viviendo aquí. Mi madre vivió en Argentina, y por el 2010 dijo: «Me voy a España. Me compro algo y con lo que gano en Argentina vivo aquí». Se compró algo el primer año y el segundo... Bien, lo que pasa es que les dio una patada a todos el gobierno y se tuvo que marchar. Ese verano vino mi hermana, mi madre ya tenía una casa nueva. Los veranos anteriores venía a mi casa. La de mi madre y la mía están pegadas enfrente, pero hasta que mi madre tuvo la casa venían a la mía. Cuando mi madre compró el apartamento ese verano ya vinieron a la casa de mi madre, y un día por

la tarde habíamos salido mi madre, ella yo y los niños, y veníamos en coche para casa, y entre las niñas habían discutido, y yo le dije: «Bueno, son primas, se tienen que llevar bien», y me dice: «Da igual que sean primas, como si son hermanas o si son amigas, si no se llevan bien no se llevan», pero así y bueno... Subimos a casa de mi madre, estuvimos discutiendo. Mi madre nos observaba, nos oía, pero no dijo nada. No se metió, no dijo: «Bueno, tranquilizaos, que estáis las dos, están las niñas». Yo con el disgusto me fui para casa porque me atacó, y me fui para casa. Yo lloré muchísimo. Al día siguiente se fueron para Valencia. Llamó por el telefonillo, bajo y me dijo: «Nos vamos, chao», y así todo, es así todo, así todo. No sé si es porque no nos criamos juntas, porque le pasa a un millón de personas y porque nos pasa a nosotros. Es así, yo tuve muchas cosas con mi madre y bueno, a mi madre y a mi padre pues yo les perdoné, porque si no, no sigo, no puedo vivir con ese rencor, con esa herida. Mi madre hace seis años que no viene. Ahora lo hace en septiembre porque le dije que si quería venir, nosotros le comprábamos el billete. Viene porque necesito que venga, necesito que esté bien, que tenga aquí lo que no tiene allí, aunque a mí no me diera nada de eso porque con mi hermana lo hacía todo a escondidas: la ropa, los bolsos, no sé qué. A mí me da igual, lo que necesito es cuidarla, aunque no más de dos meses, a ver si me entiendes. Ella escogió dónde quiere estar, yo la respeto, entonces que venga y disfrute, pero le dije: «Si quieres ir a Valencia o a Murcia es tu decisión, son tus hijos. Yo encantada».

Las tres situaciones anteriores se entienden muy bien desde el patrón de apego de cada uno. Incluyendo este elemento en la ecuación de toma de decisiones, podremos hacer un abordaje más personalizado. Los mismos procedimientos funcionan de manera diferente con distintos pacientes, tanto en la propia exploración de la historia temprana como en el procesamiento del trauma o en la aplicación de diversas técnicas psicoterapéuticas. La idea central de este libro es comprender qué son los patrones de apego y cómo incorporarlos a nuestra perspectiva.

2. VAMOS A UBICARNOS CON EL TEMA

El concepto de apego que voy a manejar en este libro está, como explicaba, inspirado en la Entrevista de Apego Adulto, pero vaya por delante que leer este libro no capacitará a nadie para hacer una evaluación en profundidad de los patrones de apego, como la que aporta el entrenamiento completo en el AAI, que consiste en un curso intensivo de diez días en el que hay que estudiar bastante y evaluar correctamente más de treinta entrevistas. Sin embargo, creo que es importante que aquellos que quieran adentrarse en el tema puedan entender los conceptos centrales. Voy a compartir aquello que yo he conseguido entender.

El término *apego* se ha usado en varios sentidos, muchos de los cuales han contribuido a la confusión en el tema. Se habla, por ejemplo, de *crianza con apego*, cuando en realidad todas las crianzas tienen algo que ver con el apego. O se dice que una persona le tiene «apego» a otra, como si fuera un sinónimo de cariño. Benoit (2004) señala que el apego no tiene que ver con alimentar al niño, establecer límites o enseñarle habilidades. Estos son aspectos importantes de la crianza, pero el apego es otra cosa. El autor también afirma que es importante diferenciar el apego del vínculo, ya que respecto a este último no se ha demostrado que pueda predecir cómo evolucionará el niño, mientras que el apego sí se ha visto relacionado con el funcionamiento socioemocional en la infancia y con el potencial desarrollo de una psicopatología posterior. El apego seguro es un factor protector a muchos niveles.

También es importante que tengamos en cuenta que se puede hablar de apego en distintos sentidos. No intentemos encajar en nuestra cabeza todas estas definiciones, porque no están hechas desde los mismos modelos. Tienen elementos en común, pero no son piezas de un mismo puzle.

- La **teoría del apego** propone un modelo de funcionamiento humano que pone el foco en el vínculo, la experiencia del niño con el cuidador y cómo esta influye en el desarrollo psicológico. En base a cómo se establece la interacción entre el niño y el cuidador se generará una experiencia interna, una forma de guiar la atención, de procesar la información y de predecir lo que ocurrirá en las relaciones.
- Las **relaciones de apego** son aquellas a las que recurrimos en momentos de alarma o malestar. No todas las relaciones son relaciones de apego, e incluso cuando lo son, no todos los aspectos de esas relaciones tienen que ver con el apego. Por ejemplo, el cuidador principal es una figura de apego para el niño, pero no a la inversa (es unidireccional). El adulto no activa con el niño su sistema de apego, sino su sistema motivacional de cuidados. Sin embargo, entre dos adultos que forman una pareja ambos funcionan como relaciones de apego (Prior y Glaser, 2006), y esto se establece de un modo recíproco (es bidireccional).
- Las **experiencias relacionadas con el apego** son aquellas situaciones relacionales en las que el sistema de apego está implicado. Aunque podríamos considerar como tales las que ocurren entre los miembros adultos de una pareja romántica, en general se hablará de experiencias relacionadas con el apego para hacer referencia a algunas experiencias infantiles con las figuras de apego primarias, en general la madre o el padre. Como veremos, no todo lo que ocurre con los progenitores son experiencias relacionadas con el apego, aunque en ocasiones se dibujan así desde una visión muy general y simplificada.
- El **sistema de apego** es un sistema motivacional neurobiológico orientado a mantener al niño, mientras no tiene autonomía suficiente, junto a un cuidador que se ocupe de él. Las crías de humano, a diferencia de otras especies, no

sobreviven por sí solas al poco de nacer, sino que han de mantener una especie de cordón umbilical virtual con al menos una figura central que les siga aportando protección y cuidado mientras no adquieran la autonomía suficiente, un proceso que lleva años.

- La **conducta de apego** se refiere a patrones conductuales observables, como llamar la atención del adulto o dirigirse hacia él, que indican cuándo este subsistema está activado en el niño.
- Los **estilos de apego** hacen referencia a formas de funcionamiento mental y relacional, que tienen que ver sobre todo con cómo se sitúa la persona en las relaciones con los demás. Se han descrito sobre todo para las relaciones románticas y se han basado en cuestionarios autoadministrados. Esto implica que la categorización depende de los aspectos de los que la persona es consciente.
- Las **clasificaciones de apego** tienen más que ver con lo que vamos a describir en este libro. Definen modelos mentales y relacionales, desarrollados a partir de la interacción con los cuidadores primarios en la infancia, que tienden a permanecer estables en el individuo y configuran patrones de funcionamiento, modos particulares de procesamiento de información.
- Las **estrategias de apego** son distintos patrones que podemos ver en el sujeto dependiendo de la clasificación del apego en la que lo ubiquemos. No implican en sí una patología, pues son modos de funcionamiento mental y relacional. Las iremos viendo en los siguientes capítulos.
- Los **trastornos del apego** son patologías que implican al funcionamiento del sistema de apego en niños que han vivido negligencia emocional o una falta de oportunidades para formar un apego selectivo y estable con los cuidadores. No significa que el sistema de apego funcione de un modo u otro, sino que directamente no funciona porque no ha tenido oportunidad para configurarse. Se han definido dos tipos: el trastorno de apego reactivo (el niño se muestra inhibido, triste, irritable o asustado, y no busca al cuidador para consolarse) y el trastorno de relación social desinhibida (el niño tiene conductas de excesiva

familiaridad, no mide los límites sociales ni discrimina entre unas personas y otras). Hay un cierto paralelismo entre estos trastornos (que son etiquetas diagnósticas) y el patrón de apego desorganizado, pero no son lo mismo (Van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2003). En el apego desorganizado, como veremos, el sistema de apego no funciona en un modo determinado, es altamente incoherente. En los trastornos de apego hay una ausencia virtual de la activación de este sistema.

- El **trauma de apego**. En muchos lugares leeremos este término, el cual (como no) tampoco tiene un significado único. Puede referirse a los trastornos de apego de los que acabo de hablar. También puede relacionarse con las situaciones de rechazo, negligencia, inversión de roles, etc., de los cuidadores principales hacia el niño, que dan lugar a apegos inseguros o desorganizados. Por último, he visto esta expresión en referencia a cualquier evento traumático o adverso que se produce entre una figura de apego y el niño, aunque no se active en ella propiamente el sistema de apego.



A estas alturas imagino que más de uno estará algo confuso o incluso mareado. Esa sensación significa que nos crujen un poquito las neuronas y un nuevo modelo se hace hueco en ellas. Es una buena noticia, aunque todavía no lo parezca. Para poder ver lo que el modelo de apego que se describe en este libro nos puede aportar en la práctica clínica, tendremos que «resetear» nuestros conceptos previos.

Como resumen, la palabra *apego* se usa mucho, pero con distintos significados. Es importante no desesperarnos por hacer que todos ellos encajen: son piezas de distintos puzzles. Muchas personas que hablan de apego no son conscientes de esta confusión central.

Con referencia a las estrategias de apego, también nos encontramos con muchas versiones. Podemos referirnos al apego del niño, al patrón de apego del cuidador y su influencia sobre el niño, al apego adulto en general o al apego en las relaciones de pareja. Además, es importante tener en cuenta que los patrones de apego se han medido de maneras muy diferentes. Dado que la Entrevista de Apego Adulto es costosa de aprender y lleva tiempo administrarla y corregirla, se ha intentado medir el estilo de apego a través de cuestionarios autoadministrados, más eficientes y prácticos. Se han desarrollado múltiples instrumentos de este tipo para evaluar el apego (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011; Tartaro y Baptista, 2021; Justo, Morris y Berry, 2022), pero presentan diversos problemas a nivel psicométrico y no guardan una buena correlación con la medición de referencia que es el AAI. Empieza a haber instrumentos interesantes que permiten evaluar incluso el apego desorganizado (Pollard, Bucci y Berry, 2023). También se están desarrollando metodologías para identificar los patrones de apego a partir de la interacción entre paciente y terapeuta, que muestran una buena correlación con el AAI, como la escala de pensamiento reflexivo en la sesión (*In-session* RF) y la escala de exploración del sistema de codificación del apego del paciente (*Patient Attachment Coding System*, PACS), desarrollada por Talía et al. (2019). Sin embargo, por ahora, si revisamos literatura sobre estilos/patrones de apego basados en muchos de estos instrumentos, puede que nos encontremos con estudios que manejen los mismos términos, pero que no estén hablando de lo mismo.

¿Por qué es difícil que un cuestionario autoadministrado mida bien el apego? Como iremos viendo, el AAI analiza elementos como la idealización (la falta de concordancia entre una valoración muy positiva y el ejemplo que la sustenta) o la falta de coherencia. Estos aspectos los deduce el que analiza la entrevista, pero el paciente está muy lejos de darse cuenta de que esto le ocurre. ¿Cómo podría entonces responder afirmativamente si se le pregunta por ello a través de una escala? Recuerdo a una paciente mía, con un claro apego distanciante y una familia excesivamente patológica, que afirmaba en un breve cuestionario con varias viñetas de estilos de apego que ella tenía un apego seguro. Es por ello que elaborar un cuestionario que identifique bien el patrón de apego no es nada sencillo (Yárnoz-Yabenn y Comino, 2011). Los investigadores siguen en ello.

Estas discrepancias tienen bastante que ver con la confusión actual en el campo de la teoría del apego. Es posible que se intentaran elaborar cuestionarios que midieran este constructo, dado lo costoso que era analizar la Entrevista de Apego Adulto, pero realmente estaban midiendo otra cosa. Sin embargo, en lugar de usar otra palabra, ambas tradiciones de la investigación siguieron adelante manejando los mismos términos y dándoles un contenido diferente. Para cuando la falta de concordancia entre los dos constructos estuvo clara, ya teníamos el lío montado, y era difícil de deshacer. Además, los investigadores que trabajan analizando el «apego 1» (la clasificación de las estrategias o patrones de apego en base a entrevistas) y los que estudiaban el «apego 2» (los estilos de apego a partir del autoinforme del paciente) formaron diversas tribus que hacían congresos diferentes y que no interactuaban demasiado entre sí. Mi sugerencia, si estamos acostumbrados a escuchar sobre el apego en su modalidad 2, es que reseteemos completamente la información y nos hagamos a la idea de que, aunque estemos usando la misma palabra, estamos hablando de cosas diferentes. Intentar encajar las piezas de dos puzzles distintos solo aumentará la confusión.

Apego 1 Clasificación de apego	Apego 2 Estilos de apego
Estrategias, patrones.	Estilos de funcionamiento.
Basado en el análisis cualitativo de entrevistas (transcripciones).	Basado en cuestionarios autoadministrados.
No consciente.	Consciente.
General, constante.	Puede ser diferente en distintas relaciones.
Desarrollado en la infancia, se consolida en torno a los tres años.	No desarrollado en la infancia.
Asociado al comportamiento paterno.	Sin evidencia de asociación al comportamiento de los padres.

Se sitúan de un modo particular en las relaciones románticas.	Se vinculan con un estilo de funcionamiento específico en las relaciones románticas.
Los distintos patrones no son patológicos en sí mismos, pero son un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología.	Son patológicos en sí mismos, describen modos de funcionamiento relacional desajustados y problemáticos.

* Tomado de Alessandro Talia

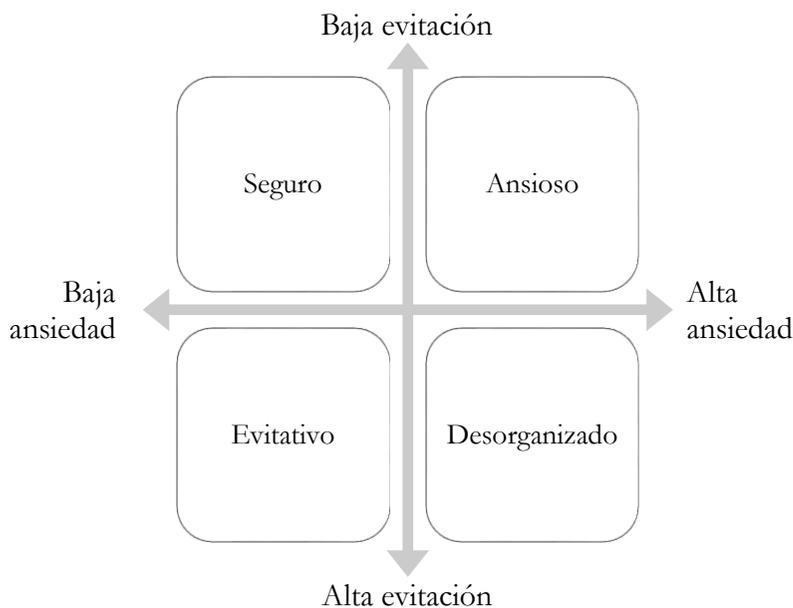
Aquí vamos a hablar sobre todo del «apego 1» por diversos motivos. El más simple es que, aunque los cuestionarios autoadministrados nos puedan dar información interesante, hay muchos matices que solo podemos detectar en una exploración directa, y que tienen un enorme valor no solo para que los terapeutas podamos categorizar el estilo de apego del paciente, sino para orientar su tratamiento del modo más eficiente. Como iremos viendo a lo largo del libro, entender qué es el apego y cómo se explora a partir de la entrevista nos ayuda a comprender los patrones de funcionamiento mental.

El «apego 2», el que tiene que ver con el funcionamiento relacional consciente, describe distintos estilos de situarse en las relaciones. En líneas muy generales, los estilos de apego representan diversas posiciones en lo relativo a los vínculos y las relaciones, que podrían situarse a lo largo de las dimensiones ansiedad/evitación. Podría así dibujarse un *continuum* entre esas dos dimensiones.

- La dimensión *ansiedad* se refiere al nivel de hipervigilancia respecto a temas relacionados con el apego. Una persona con un nivel alto de ansiedad se mostrará preocupada, por ejemplo, sobre la posibilidad de que su figura de apego no responda adecuadamente a sus necesidades, mientras que una persona menos ansiosa se sentirá relativamente segura en esta área.
- La dimensión *evitación* tiene que ver con la búsqueda de contacto. Las personas con evitación alta tienden a desconectar de sus relaciones interpersonales, mientras que las personas con baja evitación se sienten cómodas abriéndose a los demás y confiando en ellos.

Los estilos de apego pueden verse como combinaciones lineales de estas dos dimensiones. Por ejemplo, una persona con un apego ansioso se muestra atenta a cuestiones relacionadas con el apego (tiene alta ansiedad) y no utiliza estrategias evitativas para regular sus comportamientos y sentimientos (baja evitación). Una persona evitativa puntuará alto en evitación y bajo en ansiedad. Pero tengamos cuidado: las palabras *evitación* y *ansiedad* no tienen el mismo significado que cuando las usamos en referencia a rasgos de personalidad o síntomas. Lo veremos más adelante.

El apego seguro no estará ni en los extremos de la ansiedad ni en los de la evitación, y el apego temeroso (supuestamente equivalente al desorganizado) presentará la versión extrema de ambas dimensiones (mucho ansiedad y mucha evitación a la vez). Los cuatro estilos de apego podrían representarse así respecto a estos dos ejes (Modificado de Fraley, Hudson, Heffernan y Segal, 2015):



A pesar de que los conceptos relativos al «apego 1» y al «apego 2» son diferentes, hay cierto grado de solapamiento; es decir, no son distintos al 100%. Incluso dentro del «apego 1», que es del que voy a

hablar en este libro, diversos autores manejan diferentes terminologías. Así que, antes de seguir y para orientarnos en la lectura, veamos un poco todo esto. ¿Por qué los teóricos e investigadores del apego, incluso dentro de la misma línea de estudio, han decidido usar una nomenclatura distinta en lugar de unificarla? Es un misterio para mí. En todo caso, es lo que hay. Voy a usar en este libro principalmente los términos *seguro*, *preocupado*, *distanciante* y *desorganizado*, en parte porque son los que se utilizan en el AAI, y también porque creo que son los que mejor describen cada estrategia y los que menos confusión generan respecto a lo que significa cada una; luego explicaré un poco más sobre esto. De momento, es importante, para que nos orientemos en la torre de Babel del apego, que conozcamos otros términos que también se han empleado para estos mismos subtipos en niños y en adultos. Algunos autores identificarán cada patrón con letras que, como no, serán distintas cuando hablamos de niños, de adultos o de propuestas de diversos autores, como Main o Crittenden.

Terminología que vamos a emplear en este libro	Otras terminologías relacionadas más o menos directamente con el mismo patrón
Seguro	Autónomo B, FF
Preocupado	Ansioso Ambivalente Resistente C, E
Distanciante	Evitativo Rechazante A, Ds
Desorganizado	Desorientado No resuelto Inclasificable Temeroso D, U, CC, A/C, AC

Iremos viendo en los siguientes capítulos cómo se ha desarrollado el concepto de apego, cómo diferenciar entre los patrones principales de funcionamiento y en qué hemos de fijarnos en la exploración.



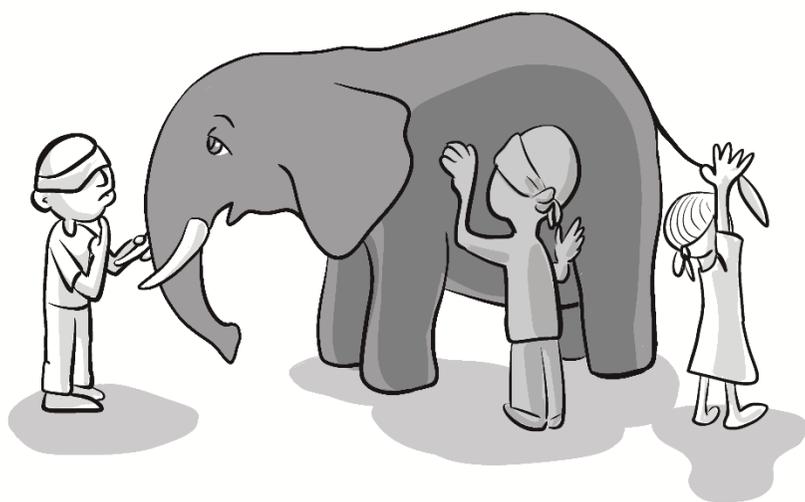
Recordemos: en este libro vamos a hablar de estrategias o patrones de apego. En mi opinión, el trauma y el apego se relacionan, pero creo que es importante no mezclar ambas cosas. Una base de apego inseguro o desorganizado nos hace más vulnerables al trauma, pero no es un trauma. A lo largo del texto iré desarrollando este aspecto.

Animo al lector a confiar en que, cuando lleguemos al último capítulo, tendremos una panorámica de un concepto de apego con una coherencia interna. Para conseguirlo, como mencionaba en párrafos anteriores, hemos de dejar a un lado las ideas que ya traíamos incorporadas sobre el apego.

Dejaremos para el final una reflexión sobre el «¿por qué me importa todo esto a mí, terapeuta, para trabajar con mis pacientes?», pero prometo que la haré, o al menos contaré la que yo me he ido haciendo. Creo que ubicar al paciente en estas categorías, sobre todo en las tres primeras, resulta útil para orientar el trabajo terapéutico. El apego desorganizado, aunque más presente en las muestras clínicas, se asienta por lo general en alguno de los otros estilos. Es decir, tendremos desorganizados sobre una tendencia distanciante o sobre una preocupada. Hay múltiples excepciones, por supuesto, pero creo que aporta claves interesantes para guiar el trabajo terapéutico.

3. EMPECEMOS POR EL PRINCIPIO

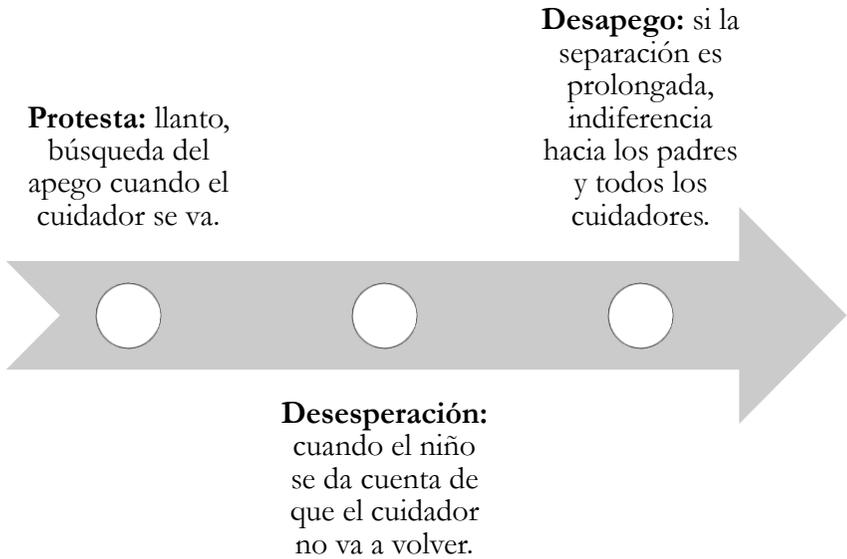
Un recorrido por los inicios del concepto de apego nos ayudará a entender en profundidad su significado. Esta área surge como un cambio de perspectiva con respecto al pensamiento psicoanalítico de la época y, a diferencia de este, trataba de poner el foco no en lo intrapsíquico, sino en lo relacional. Posteriormente, la teoría del apego ha estado en el medio de algunas de esas discusiones bizantinas a las que somos tan aficionados los profesionales y científicos del área de la salud mental: ¿lo importante son los genes o el ambiente? ¿El pasado o el presente? ¿Lo emocional o lo cognitivo? ¿La naturaleza o la crianza? ¿Lo psicológico o lo social? La mayor parte de estas disquisiciones, aunque necesarias, se plantean como dilemas que supuestamente se resolverán con la victoria de uno de los dos lados, habiendo defensores y detractores apasionados a partes iguales. Ya sabéis, el cuento de los hombres ciegos y el elefante, en el que cada uno tocaba una pequeña porción del animal, y en base a ello afirmaban categóricamente qué era lo que tenían delante. En la misma línea, estos debates tratan de definir algo tan complejo e inabarcable como es el funcionamiento de la mente humana y de las relaciones interpersonales basándose solo en un nivel de análisis.



Como gallega que soy, estos debates radicales me dan mucha pereza: estoy acostumbrada a andar por la vía del medio y a entender cada una de estas polaridades como aportaciones complementarias. No es mi intención entrar en ellos, y les dedicaré apenas algunos párrafos. En este libro me voy a centrar en explorar qué cosas del funcionamiento mental podemos entender con las gafas del apego.

¿Cómo empezó a estudiarse este tema? Se ha visto en diversos estudios cómo la **privación de cuidados** produce efectos persistentes en los niños, como retrasos del desarrollo tanto físico como emocional, así como problemas en la vinculación. Por ejemplo, Spitz (1945) observó que muchos niños que tenían que estar durante tiempos prolongados en el hospital morían pese a recibir una buena atención nutricional y médica, y usó el término *depresión anaclítica* para describir un proceso de deterioro físico, emocional, social y cognitivo que evolucionaba hacia una insensibilidad global. Sin la nutrición relacional los niños no podían desarrollarse a ningún nivel.

James Robertson (1953, 1962) documentó este proceso de forma visual en una niña hospitalizada, a la que sus padres visitaban solo cada dos días. Al principio la niña reaccionaba cuando los padres se iban: entraba en pánico, protestaba y los buscaba. Conforme pasaban las visitas, empezó a retraerse y a mostrarse indiferente. Robertson definió tres etapas:



Veremos más adelante que estas reacciones de un sistema nervioso ante los problemas en la disponibilidad y sintonía con el cuidador, que son adaptaciones temporales, pueden acabar configurando patrones que acompañarán a la persona a lo largo de la vida. Metafóricamente, algunos no pueden dejar de protestar, por lo que diremos que tienen un apego **preocupado**. Otros se quedan anclados en el desapego, y los denominaremos **distanciantes**. Por último, algunos viven en la desesperación, oscilando de un extremo al otro, y los llamaremos **desorganizados** o **inclasificables**. Los que no están atascados en ninguna de estas reacciones y pueden activarlas cuando son necesarias y desactivarlas cuando procede son los que tienen un apego **seguro**, que es flexible y adaptable.

Karen (1998) describió que la separación prolongada o repetida de una figura de referencia hace que se desarrollen una amargura y

desconfianza profundas en el niño, en el que deja de funcionar su tendencia natural a la búsqueda de amor y conexión. Esto puede ser recubierto de un afecto superficial (niños sonrientes y complacientes) o de una conducta problemática (niños difíciles o desafiantes). Para poder sentir seguridad en los vínculos necesitamos confiar, pero ¿cómo confiar si el adulto es rechazante o negligente? Y si no creemos con alguien de quien podamos esperar una respuesta de protección y cuidado, tiene sentido que esas primeras experiencias nos hagan decir que así debe de ser el mundo, y que esto se convierta en una predicción. A partir de ahí adquiriremos una perspectiva para interpretar todo lo que vaya sucediendo basada en la desconfianza. El desarrollo o recuperación de la **confianza relacional** será, por tanto, una de las líneas centrales del trabajo para adquirir un apego seguro, en caso de que la persona no lo traiga puesto de casa.

Más tarde, Bowlby (1951) afirmó que es esencial para la salud mental del niño que este experimente una relación cálida, íntima y continua con su madre (o una figura central), en la que ambos encuentren satisfacción y disfrute. Planteó también que los problemas en el vínculo no ocurren solo en los niños institucionalizados, sino que también pueden producirse en los que conviven de forma continuada con sus progenitores. La **satisfacción relacional** es un tema central en el apego. Las personas distanciantes no esperan tal cosa, mientras que las preocupadas viven instaladas en la insatisfacción relacional, pese a buscar desesperadamente algo que les colme.

Bowlby comenzó a estudiar cómo funcionaba la relación con esta figura central y describió una serie de **conductas de apego** en el niño orientadas a mantener ese vínculo, vital para su supervivencia. El niño busca a la madre, se agarra, sonríe y protesta para mantenerla junto a él. Esta proximidad tiene más que ver con el vínculo afectivo que con la alimentación.

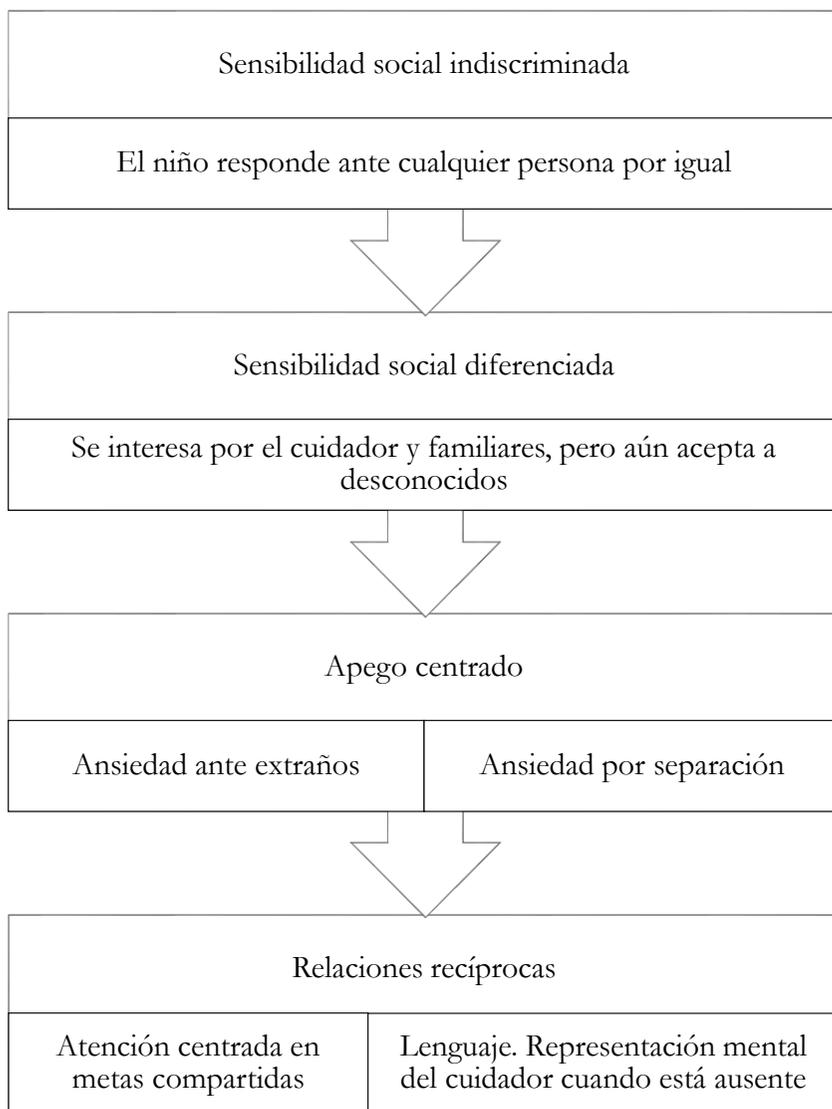
Harlow (1958) estudió este fenómeno en crías de mono, a las que dejaron con madres artificiales, una de tela y otra de alambre. Se vio que las crías, ante la falta de una madre de verdad, pasaban todo el tiempo posible con la madre de tela, más mullida y calentita, y por tanto más similar a una madre real de su especie, prefiriendo esto a la comida.

Si sumamos este dato al hecho de que los bebés humanos que no recibían suficiente atención afectiva morían en un alto número, pese a que sí se les proporcionaban alimentación y cuidados médicos,

podemos entender el papel esencial del vínculo de apego. Va más allá de lo emocional, es una cuestión de vida o muerte para el niño. Recuerdo hace años a Giovanni Liotti en una conferencia insistiendo respecto al apego: «No es amor, es supervivencia». El apego, por tanto, está estrechamente vinculado a la **protección** frente al peligro, tiene que ver con el miedo y con la seguridad.



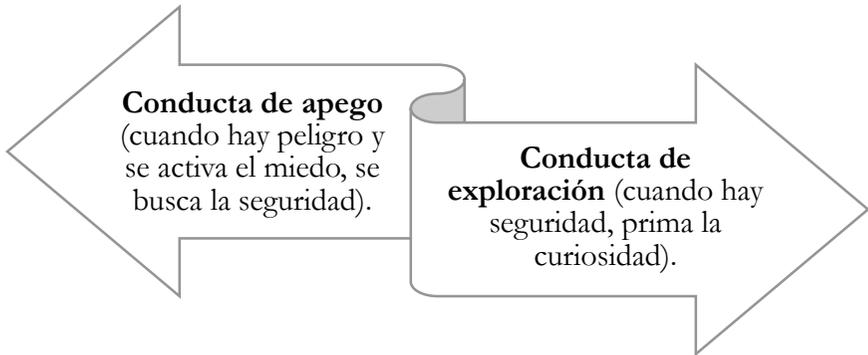
Bowlby (1969) propuso que el apego va evolucionando en los niños, siendo primero indiscriminado para luego focalizarse en figuras específicas, con las que se va produciendo un intercambio dinámico: ambos irán aprendiendo a satisfacer sus necesidades y a buscar sus objetivos. De cómo se sintonice todo esto en la diada surgirán los patrones desde los cuales el niño se relacionará con el mundo.



Bowlby (1973) sugirió más tarde que la disponibilidad y capacidad de respuesta de la madre son esenciales para el fortalecimiento del vínculo de apego. Si el bebé busca proximidad y recibe una respuesta de bienvenida o aceptación, se refuerza la conducta de apego. Si, por el contrario, el bebé se encuentra con que la madre no responde, y sucede de manera repetida, el comportamiento de apego se desactiva.

Bowlby (1969) diferenció **apego** y **dependencia**. Afirmó que la dependencia es máxima al nacer y va disminuyendo de modo progresivo hasta que se alcanza la madurez. En cambio, el apego está totalmente ausente al nacer y no se evidencia de un modo claro hasta después de los seis meses. Un apego seguro, de hecho, irá evolucionando hacia la autonomía y la independencia conforme el niño va estando preparado para ello.

El apego también tiene que ver con la **exploración**. Bowlby (1969, 1973, 1988) observó que cuanto más seguro es un vínculo emocional con el cuidador, más tiende el niño naturalmente a explorar cada vez más lejos de ese cuidador. El niño tiene en el cuidador una fuente de seguridad, y desde ahí se va aventurando a descubrir el mundo, volviendo de vez en cuando a cargarse de seguridad. Si aparece algo que se vive como amenazante, se inhibe esta conducta exploratoria. Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) describen la conducta de apego y la conducta exploratoria como opuestas, pero estrechamente relacionadas.



Si pensamos en muchos de nuestros pacientes, su capacidad de explorar está profundamente alterada. Algunos no se atreven a moverse de los lugares en los que están, pese a que son claramente nocivos para ellos, como las personas adultas inmersas en situaciones de violencia intrafamiliar. Otras se adentran en relaciones sin filtrar con quién ni medir hasta que punto se abren, y pese a repetidas experiencias negativas siguen repitiendo el mismo patrón una y otra vez. Muchas veces, las propuestas del terapeuta de poner a prueba sus creencias distorsionadas o de ensayar nuevas formas de afrontamiento se

encuentran con una especie de «atrincheramiento» del paciente, que parece instalado en su disfunción, defendiendo sus creencias como verdades inapelables o sus patrones de funcionamiento como la única opción viable, todo ello pese a no querer seguir teniendo sus problemas y sus síntomas. Con frecuencia los terapeutas interpretan erróneamente esto como «resistencias» o «defensas», sin tener conciencia de que en ocasiones puede deberse no a una posición activa ni consciente, sino a un infradesarrollo de la capacidad exploratoria, y que la cosa no va simplemente de poner voluntad en el asunto.



Los patrones de apego se establecen, por tanto, en este viaje de ida y vuelta entre el cuidador y el niño, entre la base segura y el entorno y, más adelante, entre la persona adulta y su mundo interno. Un niño con apego seguro va a buscar en la figura de apego protección y cuidado, sobre todo en las situaciones de estrés y separación, y se aleja de ella movido por la curiosidad por explorar el mundo, sabiendo que tiene un lugar seguro al que volver. Y en este circuito constante su sistema nervioso se va configurando.

Lo mismo ocurre en los apegos no seguros, pero el aprendizaje es distinto. «No vale la pena activar el sistema de apego, ya me busco la vida por ahí», aprende el cerebro de los distanciantes. «Tengo que intentarlo más, a ver si esta vez consigo algo. No me muevo de aquí por si acaso», aprende el cerebro de los preocupados. «Tengo que probar de todos los modos posibles», aprende el cerebro de los desorganizados. Iremos viendo más sobre todo esto en los siguientes capítulos.

4. LAS ESTRATEGIAS DE APEGO

Mary Ainsworth definió el concepto de **base segura**. Cuando el cuidador está disponible de modo estable para el bebé, aportándole protección, cuidado y apoyo, el bebé desarrollará una sensación de seguridad en la conexión con ese cuidador, y esa seguridad será la base desde la que explorará el mundo. Si el bebé se aventura demasiado lejos y se asusta o se siente inseguro acerca de la disponibilidad del cuidador, regresará con este y, después de tranquilizarse, volverá a explorar.

A partir de estas observaciones, Ainsworth desarrolló una lista de conductas de apego características de los bebés con apego seguro. Estas incluyen la sonrisa, el saludo, el arrullo y otras vocalizaciones, el llanto, el seguimiento, la búsqueda, enterrar la cara en el regazo de la madre y buscar proximidad con ella cuando el bebé está ansioso.

Diseñó también una situación experimental en la que observar estas conductas, y poder así operacionalizar el concepto de apego y definir sus subtipos. En este paradigma, denominado la **situación extraña**, el bebé y su madre entran a una sala de juegos desconocida, en la que hay juguetes diversos para fomentar el comportamiento exploratorio en el niño. A partir de aquí se van produciendo secuencias, cada una de tres minutos de duración.

