



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO

*“Acerca de la regulación afectiva y su relación  
con la teoría del apego.*

*Repensando un material clínico”.*

Verónica Romero 4.679.427-1

Tutora: Silvana Contino

Montevideo, octubre de 2015

## ÍNDICE:

<b>RESÚMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>MARCO TEÓRICO:</b> .....	4
<b>Capítulo I: Sobre los afectos y su funcionamiento</b> .....	4
<b>I Conceptualizando los Afectos:</b> .....	4
<b>II Desde la perspectiva psicoanalítica Freudiana clásica hacia conceptualizaciones actuales del afecto.</b> .....	4
<b>III De la Regulación afectiva y los “trastornos-dificultades”:</b> .....	7
<b>Conceptualización de la regulación afectiva:</b> .....	7
<b>IV. Capacidades vinculadas a la regulación afectiva: Sobre la Autorregulación, Mentalización y Función Reflexiva</b> .....	10
<b>Capítulo II: De la historia, definición y clasificación del concepto de Apego:</b> ..	13
<b>I Antecedentes históricos:</b> .....	13
<b>II Conceptualización del apego:</b> .....	14
<b>III Algunos aportes de la obra de Melanie Klein y Donald Winnicott. Un posible diálogo con la teoría del apego.</b> .....	15
<b>IV Clasificación del apego:</b> .....	19
<b>Situación extraña:</b> .....	19
<b>Tipo B: Apego seguro:</b> .....	20
<b>Apego inseguro- ansioso:</b> .....	21
<b>Tipo A: Evitativo/ elusivo:</b> .....	21
<b>Tipo C: Ambivalente/ resistente:</b> .....	22
<b>Tipo D: Apego desorganizado:</b> .....	23
<b>ILUSTRACIÓN CLINICA:</b> .....	24
<b>REFLEXIONES FINALES:</b> .....	30
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> .....	33

## **Agradecimientos:**

En primer lugar me gustaría agradecer a quienes han hecho posible este trabajo, a ese primer paciente en quien me inspire para la realización de éste.

A Alfredo Parra docente responsable de la pasantía de la que tomé la ilustración clínica, alguien que me guió e incentivó en esos primeros pasos en la clínica infantil.

A mis amigas y compañeras de curso, Ceci y Noe futuras colegas con quienes compartí esas primeras experiencias y con quienes comparto el interés por la clínica infantil y el apego.

A Silvana Contino mi tutora, quien me acompañó en esta última etapa de la carrera, alguien que comprendió y ayudó a plasmar mi propuesta y con sus aportes enriqueció la realización de este trabajo.

A mis padres Mariela y Nelson, a mi hermano Esteban, quienes cada uno desde su lugar me han apoyado y acompañado en este largo camino de formación.

A Willy mi pareja, esa persona especial que me ha acompañado incondicionalmente desde que comencé y en estas instancias finales.

A todos mis amigos/as y el resto de mi familia, quienes también han brindado su apoyo en todos estos años.

A los lectores, a quienes espero brindar mi granito de arena para la comprensión de los temas que serán abordados.

A todos ellos, Gracias!

## **RESÚMEN**

En el presente trabajo monográfico pretendemos dar cuenta de los puentes existentes entre el apego y la regulación afectiva. Hacemos un recorrido teórico histórico y conceptual por éstos el cual tomamos como base.

Resulta fundamental la conformación de un apego seguro en el encuentro del bebé con el cuidador en los primeros momentos. Es ahí donde comienzan a forjarse los primeros cimientos sobre los que se edificará nuestra personalidad, nuestra forma de ser y estar en el mundo, en la relación con el otro y con nosotros mismos.

Desde esos primeros momentos, la relación que forman el bebé y su cuidador, estará regada de afectos que ambos pondrán en juego. En un momento dado, el mejor capacitado deberá enseñarle al otro a identificar, diferenciar, modular, flexibilizar, sus afectos, en fin le enseñará a regularlos.

En este trabajo referimos a una ilustración clínica donde no han existido las condiciones que habiliten a la conformación de un vínculo de apego seguro, y una adecuada capacidad de regulación afectiva. Damos cuenta a través de esta, de una forma de funcionar donde la base es un apego inseguro y la disregulación parece teñir los afectos, éstos invaden la conducta y no cumplen su función comunicadora, en el sentido de señales.

**PALABRAS CLAVES: Afecto - Regulación Afectiva - Apego**

## **INTRODUCCIÓN**

El propósito en el presente ensayo es conceptualizar, desarrollar y articular los conceptos de afecto, regulación afectiva y apego desde una perspectiva psicoanalítica; a su vez utilizaremos una ilustración clínica como pretexto para pensar en base a éstos.

Nuestro interés por la temática surgió de una experiencia clínica enmarcada en la pasantía “Actualización en técnicas de diagnóstico e intervención psicológica” dictada en el año 2013 por el profesor Adj. Alfredo Parra, en el CIC-P (Centro de Investigación Clínica en Psicología) de la Facultad de Psicología - Udelar.

La ilustración que tomaremos como punto de anclaje de los conceptos teóricos surge de esta experiencia clínica. De la misma en general resaltamos que, entre otras tareas, nuestra labor consistió en la atención psicológica a un niño de 7 años que consultó por conductas agresivas. Establecimos un abordaje psicodinámico con frecuencia semanal y una duración total de 8 meses. En éste realizamos un psicodiagnóstico, intervención psicológica y hacia el final la evaluación de ésta a través del “Modelo de tres niveles para la observación de transformaciones en el paciente,(3-L Model) (Bernardi, 2012)”.

Utilizamos como base teórico-clínica a los nuevos sistemas diagnósticos psicodinámicos (Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD-2; Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM), a partir de los cuales manejamos la hipótesis que el paciente presentaría características de trastorno bipolar de personalidad y de conducta; así como dificultades en la regulación afectiva. La base fundamental con la que trabajamos estas dificultades fueron entrevistas de juego psicodinámicas y “la valoración del estado de ánimo” (Beck, 1995).

Como observación clínica, y a priori sin un acercamiento previo a los conceptos teóricos, veíamos que había “algo” en el vínculo madre-hijo que posiblemente guardaba relación con las dificultades que el paciente presentaba en la regulación afectiva. En este punto nos interesa hacer el recorte clínico y trasladar a un nivel teórico las interrogantes surgidas de esta experiencia, que por diferentes motivos no fueron abordadas desde la perspectiva teórica que aquí analizaremos.

Entenderemos en este trabajo la relación madre-hijo en términos de vínculo de apego y a través del recorrido teórico daremos cuenta de los puentes que este vínculo tiene con la capacidad de regularnos afectivamente. Nos preguntamos **¿Qué relación existe entre el apego y la regulación afectiva del paciente?**, y proponemos como objetivo repensar el caso a posteriori con la finalidad de ampliar su comprensión desde este enfoque.

## **MARCO TEÓRICO:**

### **Capítulo I: Sobre los afectos y su funcionamiento**

#### **I. Conceptualizando los Afectos:**

Nuestra intención no es abarcar el concepto en su totalidad, sino, exponer brevemente cómo se ha desarrollado la noción, algunas de las influencias y modificaciones por las que ha atravesado éste dependiendo de la óptica con que lo miramos.

Nos planteamos algunas interrogantes, ¿qué son los afectos?, ¿cómo surgen y funcionan?, ¿son innatos o se adquieren con el desarrollo?, ¿cómo y a partir de cuándo los regulamos?.

Distinguiremos aquí la noción de afecto de la emoción, para ello nos basaremos entre otras en las exposiciones de Rey (1984).

La emoción es un término utilizado en las ciencias naturales, en neurofisiología y dentro de la psicología en las ramas experimentales. Etimológicamente significa "agitación", sería una agitación interior que se produce en nuestro ánimo y que se acompaña de una constelación vegetativa que se da en forma brusca en forma de perturbación Rey (1984, p 23).

En cuanto a la noción de afecto pone énfasis en el impacto y cómo se impone al sujeto que lo experimenta. Los afectos presuponen un vínculo, implican una relación con el objeto. "Es imposible comprender los afectos si los separamos del sujeto que los experimenta, de sus motivaciones y de los vínculos objetales" (Rey, 1984).

Según Laplanche y Pontalis (1981) el afecto sería a nivel descriptivo una resonancia emocional de una experiencia por lo general intensa. "(...) designa todo estado afectivo, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general" (p.39).

#### **II Desde la perspectiva psicoanalítica Freudiana clásica hacia conceptualizaciones actuales del afecto.**

Freud desarrolla la noción de afecto desde los inicios de su obra y a lo largo de la misma hasta aproximadamente 1927. Desde un punto de vista económico vincula el afecto a la descarga energética. Define el afecto como: "la traducción subjetiva de la cantidad de energía pulsional" (Freud, 1915). Este sería junto con la representación una de las manifestaciones de la pulsión (traducción del alemán: *Trieb*), concepto que introduce por primera vez en 1905.

Si consideramos la vida anímica desde el punto de vista biológico, se nos muestra [la pulsión] como un concepto límite entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos procedentes del interior del cuerpo que arriban al alma y como una magnitud de la exigencia de trabajo impuesto a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo somático Freud (1915, p. 252).

En un inicio (Freud, 1915) planteó una diferenciación entre las pulsiones sexuales y las pulsiones de conservación o del yo. Estas segundas fuertemente vinculadas a las primeras en los primeros tiempos de vida. Posteriormente (Freud, 1920) plantea una nueva división entre las pulsiones de vida y la pulsión de muerte.

Rapaport (1953) refiere a la diferenciación entre la primera conceptualización del afecto de Freud como carga y una segunda en "Inhibición, síntoma y angustia" (1926), el afecto es considerado como una señal del yo, y lo considera el comienzo de un nuevo punto de vista "estructural- adaptativo". Para él la normalidad no refiere al estado de neutralidad afectiva, por el contrario referiría a la capacidad de modulación y variabilidad afectiva.

Después de Freud, se habla de carga de objetos más bien que de cargas afectivas de ideas (Green, 1975).

A partir de este cambio de foco en la visión de los afectos se desarrollaron diferentes escuelas, corrientes de pensamiento que pondrán el foco en la relación con el objeto, considerándola como base de la diferenciación yo-no yo, mundo interno-mundo externo, sujeto-objeto. Un ejemplo de ello es la psicología de las relaciones objetales.

La segunda tendencia, que considera los afectos como señales, ha sido desarrollada especialmente por la psicología de las relaciones objetales y la psicología del self, así como por los estudios de la regulación afectiva, especialmente por los teóricos del apego (Miller, 2013 p.50).

Los afectos aparecen como procesos evaluativos, que arraigan en la biología son activos y adaptativos, incluyen cogniciones y operan tanto consciente como inconscientemente, a través de códigos simbólicos y subsimbólicos, previos al desarrollo del pensamiento (Bucci, 2003), reuniendo lo intrapsíquico con lo intersubjetivo con un objetivo integrador, al organizar el funcionamiento mental y la conducta (Emde 1998) (citado en Miller, 2013 p. 53).

Los afectos son considerados experiencias subjetivas que a la vez que nos hacen sentir condicionan también nuestro actuar (Bernardi, 2011).

Estas "nuevas" conceptualizaciones de los afectos arrojan luz sobre posibles respuestas a las interrogantes que nos planteamos, ¿qué son los afectos, desde cuando y como los regulamos?.



Destacamos en esta concepción, la consideración del afecto como un proceso, desde los primeros momentos de la vida están presentes y van evolucionando (si existen las condiciones), en procesos más complejos. Cuando éstos son bien expresados apuntan a la adaptación del individuo al entorno, lo que dará cuenta de la función organizadora de los afectos. Pues, vinculan y comunican el mundo interno con el externo, actuarían como un doble mensajero, hacia nosotros mismos comunicándonos sobre estados internos, y hacia los otros porque es en base a esa experiencia subjetiva que nuestro actuar estará condicionado. También algo relevante de esta conceptualización, es el hincapié que hace en el vínculo entre afecto y cognición, es decir que el afecto disparará procesos mentales y a su vez estará condicionado por las características que la organización de éstos vaya cobrando a lo largo del desarrollo.

El punto de vista adaptativo comenzaba a vislumbrarse en Freud (1926), donde el afecto actúa como una señal del yo. En este caso el énfasis no está puesto en lo intrapsíquico como en los primeros desarrollos Freudianos, tampoco en lo intersubjetivo. La noción de que exista una adaptación equilibrada es lo relevante desde esta postura. Creemos que la discusión se torna algo simplista si aún debatimos sobre la prevalencia de lo intra por sobre lo intersubjetivo, o viceversa, tanto uno como el otro conforman y son conformados por el mismo individuo.

Resumiendo, los afectos serían pues reguladores natos, pero necesitan también ser regulados, organizados, en un espacio que de contención y permita integrarlos. Es en el vínculo con el afuera principalmente con sus figuras de apego que el sujeto dará sus primeros pasos en la vida emocional, a través de éste identificará, diferenciará y dará un sentido a sus afectos. Cuanto más propicio sea ese espacio, mayor será la comunicación afectiva, y con ello el conocimiento y reconocimiento de nosotros mismos y de los demás, lo que posibilitará un abanico mayor de afectos. Podríamos decir pues, que la modalidad vincular que la diada establezca condicionará y estará condicionada por los afectos que de ella prevalezcan. En una relación de apego seguro prevalecerán afectos positivos por encima de los negativos, justamente esto no ocurre en otras modalidades vinculares como ser los apegos inseguros o desorganizados.

En un estudio Garrido Rojas hace una revisión de varios autores que plantean que existen emociones que son características de ciertos estilos de apego. En este se plantea:

En cuanto a estilos de apego y emociones más frecuentes, en el apego seguro se presentan mayor cantidad de emociones como la confianza, alegría, placer, calma, tranquilidad; en el estilo evitativo predominan emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza y, en el estilo ambivalente, resaltan emociones como preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad (2006, p.502).

¿A qué se debe la prevalencia de ciertos afectos en un estilo y en otro? En este punto nos extenderemos más adelante en donde exponemos con mayor detalle cada estilo de apego.

### **III De la Regulación afectiva y los “trastornos-dificultades”:**

#### **Conceptualización de la regulación afectiva:**

La regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso (Silva, 2005. p 202).

Thompson (1994), define regulación afectiva como el “proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta” (p. 106) (citado en Garrido Rojas, 2003). Esta definición agrega el elemento de intencionalidad en la modulación-regulación de los estados afectivos.

Es la capacidad del yo para modular los estados afectivos. Dicha capacidad se sustenta en una significación experiencial que va más allá de la comprensión intelectual ya que a la vez que habilita a la mentalización se ve condicionada luego por ella. En este sentido la “afectividad mentalizada” estaría en la base de la capacidad madura de regular los afectos y para descubrir el significado subjetivo de los estados afectivos propios Miller (2013, p. 56).

La regulación emocional depende de poder captar la experiencia interna que surge, sobre todo, en el contexto de la temprana relación diádica (con el cuidador). (Gergely y Luatsen, 1996) (citado en Fonagy, 2004. p. 49).

Poder captar esa experiencia interna implica, entre otras cosas, la presencia de un cuidador que sea capaz de modular la respuesta afectiva del bebé, y le refleje un afecto representado que sea acorde con lo que el bebé está sintiendo. Gracias al proceso de internalización que el bebé hace, irá desarrollando cierto grado de madurez de capacidades anteriores en el desarrollo a la adquisición de la regulación afectiva. Tienen que ver con la construcción, identificación y desarrollo de las representaciones internas del “yo” y del otro. La empatía y la capacidad de mentalización, que son además de importantes, necesarias, para un buen desarrollo de la capacidad de regularnos afectivamente. “La lectura acertada del estado emocional del niño por parte de la figura de apego apuntala la regulación afectiva” (citado en Sassenfeld, 2007. p.4), esto permitirá al niño comenzar a conocerse a sí mismo a través del cuidador.

Las personas con apego seguro, las cuales han internalizado las capacidades de autorregulación, contrastan con aquellas que en etapas precoces, o no han llegado al nivel adecuado de regulación de los afectos (evitativas), o han sobrepasado este nivel (resistentes) Sroufe (2000, p. 19-20). “(...) los estilos ambivalentes serían sub-regulados, los estilos evitativos sobre-regulados y los estilos desorganizados carecerían de estrategias coherentes de regulación (lo que se manifestaría en su desorganización conductual)” (Cassidy, 1994) (citado en Fonagy, 2001).

Retomamos nuevamente el estudio de Garrido Rojas anteriormente mencionado, el cual plantea:

Con respecto a las estrategias de regulación emocional, en el estilo seguro se utilizan mayormente estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración; alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social. En el estilo evitativo se tienden a utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo ambivalente se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación, sobre activación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos; activación crónica y disfuncional del sistema de apego Garrido Rojas (2003, p.502).

De acuerdo a Fosha (2001), la aparición de dificultades en la regulación afectiva se debe, en esencia, a la ausencia de relaciones tempranas caracterizadas por lo que llama *coordinación mutua*. Señala que la *coordinación mutua* no requiere de una empatía perfecta o un entonamiento afectivo absoluto; más bien, implica la presencia diádica de una motivación compartida por mantener la conexión y comunicación emocional incluso frente a la disonancia sin retraerse, cerrarse, generar una distancia emocional infranqueable respecto del otro.

Detengámonos en esto último, resulta esclarecedor de lo que sería la *función materna*, muchas veces lleva a confusiones y creemos que el cuidador debe permanecer siempre en una sintonía afectiva perfecta.

La psicopatología incluye en alguna medida dificultades de la regulación afectiva del individuo (Sassenfeld 2007, p.7). Hagamos una salvedad teniendo en cuenta la gran diversidad de “trastornos” que encontramos en el terreno psicopatológico, hay un grupo de éstos que guarda una estrecha relación con la dificultad de regular los afectos a nivel interno y externo, es a ellos a los que nos referiremos.

En los últimos años muchos investigadores vienen diciendo con claridad que un número importante de enfermedades mentales reflejan diferentes patrones de interacción ante los factores genéticos, las experiencias tempranas de apego y los factores ambientales.(...) Algunos proponen esta relación bajo el común denominador de “desórdenes de la regulación afectiva” Marrone (2001, p 336).

Miller utiliza el término “disregulación afectiva” proviene del término inglés “dysregulation” (2013, p.17):

La disregulación afectiva es una respuesta afectiva desadaptada basada en la ineficacia en la identificación, significación y procesamiento de las experiencias, que genera fallas en el reconocimiento de uno mismo y de los demás. Se evidencia a través de un aumento de la agresividad, ansiedad, depresión y problemas atencionales Miller (2013, p.80).

No la considero como un síndrome específico sino como una condición subyacente, dimensional, que condicionará el funcionamiento mental del sujeto pudiendo aparecer en diferentes síntomas o síndromes, como rasgo o como estado, y con diferente intensidad y consecuencia tanto para las manifestaciones comportamentales como para la organización psíquica Miller (2013, p.173).

Las emociones no reguladas actuarán como elementos no asimilados, como agentes de desintegración psico-biológica que habrá de romper la homeostasis del organismo y dar origen a algún tipo de patología, incluyendo enfermedades psicosomáticas (Marrone, 2001. p.336). Para Miller (2013), el afecto no actúa como una señal, por el contrario invade y desorganiza, y al no ser adecuadamente significado se rigidizan los afectos, éstos son siempre los mismos y de valor negativo. “Se podría decir que estos niños parecen no haber tenido el suficiente diálogo afectivo, en el marco de seguridad que puede brindar el apego seguro” (Miller, 2013 p.82).

Debido a que éstos niños no podrían inhibir sus reacciones o tendencias negativas, no podrían llevar a cabo planes efectivos para hacerse cargo de sus respuestas o controlar su atención para reducir el impacto de experiencias tempranas negativas, convirtiéndolas en experiencias más positivas Miller (2013, p.82).

Esto se vincularía directamente con la dificultad que presentan para la generación de nuevas relaciones sociales, sean estas con pares o no, y de esta forma contrarrestar ese primer impacto del que la autora da cuenta.

La disregulación emocional fuerza al niño a usar respuestas rígidas y pobres con un talante de dominio y control (Cole y cols 1994), lo que tiene como consecuencia un empeoramiento de las relaciones interpersonales Fonagy (2004, p.48). Los niños disregulados suelen buscar la proximidad como mecanismo de regulación, pero no pueden extraer de ella la seguridad (Miller 2013, p 188). Habría pues, una activación disfuncional del sistema de apego.

Mencionamos que dentro de las manifestaciones clínicas más comunes de la disregulación afectiva estaría la agresividad, problemas atencionales y ansiedad y

depresión. A los efectos del presente trabajo, en el cual se procurará repensar una viñeta clínica a partir de los conceptos teóricos expuestos, consideramos pertinente detenernos brevemente en la noción de agresividad, en su modalidad “externalizante”. Según Miller (2013) hay una alta frecuencia de niños con disregulación caracterizada por una respuesta agresiva en el nivel clínico, ésta puede ser expresada en síndromes internalizantes o externalizantes.

La agresividad es un término que no tiene una única significación, hay diferencias no solo entre las disciplinas sino por ejemplo dentro del psicoanálisis mismo, las diferencias dependen de la perspectiva y la época.

En el presente trabajo entenderemos la agresividad:

(...) como respuesta natural que tendría su origen en la defensa de uno mismo, de su territorio, de su posicionamiento o jerarquía dentro del mismo. En su expresión (auto agresividad o hetero agresividad) aparecería como no patológica en la medida que resulta adaptada, acorde al estímulo que la dispara y surge en respuesta a un estímulo específico, no manteniéndose una vez que se ha respondido a éste. (...) Podemos, a su vez, considerarla como actividad-descarga, o como una pulsión o como un afecto Miller (2013, p.71).

Para cada uno de nosotros la agresividad tendrá un sentido, éste será determinante para la conformación de nuestra personalidad. En determinada persona en un momento específico la expresión de ésta irá al servicio del yo, en cambio, para otra podemos verla como una expresión patógena no solo por su cronicidad sino por su funcionalidad.

Otto Kernberg (1976), propone diferentes expresiones de la agresividad que corresponderían a diferentes niveles de procesamiento mental. Por un lado la ira, a la que considera como un afecto primario (...). Por el otro lado el odio, (...) será patológico cuando se transforme en una predisposición caracterológica crónica. Para él, el origen del odio estaría en una fijación a una relación traumática con un objeto fundamentalmente necesitado que se experimenta como totalmente malo (citado en Miller, 2013 p.72-73).

#### **IV. Capacidades vinculadas a la regulación afectiva: Sobre la Autorregulación, Mentalización y Función Reflexiva**

La regulación afectiva es una capacidad que, como dijimos, se adquiere con el desarrollo, para lograrla es necesario no solo de un contexto favorecedor de las mismas sino también que otras capacidades se pongan primero en marcha, algunas de ellas serán necesarias para que ésta pueda desarrollarse.

### **Autorregulación:**

Es una noción que aparece en la década del '80 de la mano de la psicología del desarrollo. Aunque se cree que Jung en 1943 ya había hecho referencia al término. La autorregulación hace referencia a la forma en que una persona se ve afectada por su propio comportamiento (Beebe 2000 citado en Sassenfeld, 2010. p 570).

La autorregulación, exige autorreflexión, identificación y comprensión de los estados afectivos, tolerancia a la frustración y capacidad de espera y de contención de respuestas automáticas y reflejas provenientes de los impulsos. Este uso permite al self tomar contacto con el afecto e incidir en su expresión generando una respuesta más adaptativa y sobre todo controlable Miller (2013, p.83).

### **Mentalización:**

Marty (1980) desarrolló el concepto de dificultades de mentalización, trabajando con pacientes que presentaban trastornos psicósomáticos.

El concepto de mentalización de Marty fue retomado por Fonagy en sus primeros escritos, "éste le dio un sentido diferente al concepto, y lo asimilo más a las aportaciones de la psicología del desarrollo sobre la teoría de la mente de Baron Cohen (1994)" (Ibáñez, 2013 p.2).

Según Marrone (2001) la teoría de la mente:

Es una noción sobre la teoría que cada individuo se forma de lo que ocurre en la mente de otra persona. No solo involucra empatía, sino también una profunda comprensión del hecho de que los otros son seres autónomos con sus propias emociones, pensamientos y reacciones (p. 121).

Marrone prefiere llamarla por su contexto intersubjetivo "capacidad de co-pensamiento".

Siguiendo a Fonagy (2004), la mentalización es una capacidad del desarrollo que comienza entre los 2 y los 5 o 6 años, pero se cree que tiene sus raíces en los procesos tempranos de apego e intersubjetivos. El autor refiere que a partir de un vínculo basado en experiencias mentalizadoras, el bebé comenzará a internalizar esa capacidad y llegará con el desarrollo a comprender a los otros en base a estados mentales propios y ajenos.

El apego seguro permite una exploración de la mente más completa, (...) aprenden más respecto a la postura intencional del cuidador (...), el estado mental del cuidador refleja propósitos del niño, éste puede aprender más referente a cómo sus pensamientos y sentimientos pueden afectar su propia conducta (Fonagy, 1995 citado en Fonagy, 2004 p. 108).

La experiencia del afecto es el primer brote a partir del cual la mentalización puede irse desarrollando, pero solo en el contexto de una relación continuada y segura (Fonagy 2004, p. 180).

Para que una relación entre dos individuos cualesquiera se desarrolle armoniosamente, cada uno debe ser consciente del punto de vista del otro, de sus objetivos, sus sentimientos, sus intenciones, y cada uno debe ajustar su propia conducta de manera tal que puedan llegar a una convergencia de objetivos  
Bowlby (1989, p.153).

“(…) este vínculo será sano en la medida en que el cuidador agregue significación a la vivencia del niño respetando lo que dicha vivencia significa para él ubicándolo en su mente” (Miller 2013, p 34).

### **Función Reflexiva:**

Es conceptualizada por primera vez por Peter Fonagy (1998), surge del análisis de los narrativos sobre las experiencias de apego.

Según Fonagy (1998) la función reflexiva comienza con el desarrollo temprano y es un proceso que nunca termina de adquirirse. Poder adquirirla nos permitirá hacer una evaluación adecuada de la realidad y distinguir lo externo de lo interno. Es la capacidad de tener conciencia sobre los estados mentales de uno mismo y de los otros, de considerar la influencia mutua entre los estados mentales y los comportamientos.

Tiene una fuerte relación con la capacidad de mentalización antes expuesta, a tal punto que dentro de la psicología del desarrollo ambos términos se usan indistintamente. “Para Fonagy la Función reflexiva y la capacidad de mentalizar son sinónimas” (Marrone, 2001. p.121). La función reflexiva identificada en la psicología del desarrollo como “la teoría de la mente” (...) (Miller, 2013 p.33).

La “capacidad reflexiva” según Fonagy (2004) habla de una afectividad mentalizada es decir la capacidad madura de regular los afectos, ésta capacidad sería el sustrato que habilita a la mentalización y que se ve luego condicionada por ella (Miller, 2013 p.34).

Pone significado a la conducta de los otros, lo que ayuda al niño a desarrollar la habilidad de calificar y encontrar sentido a su propia experiencia. Esta habilidad juega un papel esencial en la regulación del afecto, control pulsional, dominio sobre el self, y la experiencia del self como agencia (Fonagy y Target 1997) (citado en Fonagy 2004, p. 175).

Según Fonagy (2004) la función reflexiva es un "logro intrapsíquico e interpersonal que emerge completamente sólo en el contexto de una relación de apego seguro". Como hemos mencionado, una madre que puede interpretar de manera correcta las expresiones afectivas del niño puede responder a estas mediante interacciones encaminadas a producir efectos regulatorios eficaces.

## **Capítulo II: De la historia, definición y clasificación del concepto de Apego:**

### **I Antecedentes históricos:**

Sin duda es a John Bowlby (1907-1990), a quien debemos los primeros estudios en el campo del apego. Fue nacido en Londres, formado en la universidad de Cambridge. En 1933 Bowlby obtiene el título de médico, años más tarde trabajó como psiquiatra infantil, en 1939 pasó a formar parte de la Asociación Psicoanalítica Británica. Su principal interés fue el estudio de la tendencia de los bebés de generar vínculos afectivos fuertes con sus cuidadores, el cual más tarde denominó vínculo de apego.

Comienza las investigaciones sobre el apego con niños institucionalizados que han sido privados de determinados cuidados parentales en los primeros años de vida, denominados “carentes de afecto”.

Si bien toma como referencia el cuerpo teórico del psicoanálisis entendía que éste no era suficiente para dar respuestas satisfactorias al tema que él pretendía estudiar. “Bowlby afirmó claramente que él no tenía dificultad en aceptar los puntos de vista estructural, genético y adaptativo. (...) Sin embargo, no adoptó los puntos de vista dinámico y económico” (Marrone, 2001. p.34).

Es así que comienza sus estudios tomando elementos de la etología y de la psicología evolutiva. Consideraba que el psicoanálisis ponía el énfasis en la descarga pulsional y en la apoyatura biológica (por ejemplo la necesidad de alimentación), más que en la relación entre el bebé y su cuidador. Difiere de estas ideas ya que “(...) su intención era postular un nuevo concepto de conducta pulsional dentro del cual la necesidad de formar y mantener relaciones de apego es primaria y diferenciada de la necesidad de alimentación y de la necesidad sexual (...)” (Marrone, 2001. p.34).

La tesis de Bowlby consiste en designar sistemas motivacionales para promover la satisfacción y regulación de las necesidades básicas. (...) Entre estos sistemas podemos encontrar los siguientes: el sistema de apego, sistema de afiliación, sistema de alimentación, sistema sexual y sistema exploratorio (Marrone, 2001. p. 37).

Según Fonagy el sistema de apego es por sobre todo un regulador de la experiencia emocional. Nadie nace con la capacidad de regular sus propias emociones (Marrone, 2001 p. 146-147).



Otro de los emblemas históricos en los primeros estudios y las clasificaciones del apego fue Mary Ainsworth (1913-1999, EEUU). Fue estudiante de Bowlby a partir de su traslado a Londres en 1950, extiende y prueba sus ideas posteriormente, y jugando el rol primario sugiere que existen varios estilos de apego. La Base segura fue descrita por primera vez en 1967 por Ainsworth. Las iniciales clasificaciones son derivadas de una prueba de laboratorio creada en 1978 por la misma autora denominada "Situación extraña", sobre la cual volveremos a comentar.

Posteriormente los estudios sobre el apego se extendieron al ámbito adulto en 1985 Mary Main y cols diseñaron la Adult Attachment interview. Esta prueba mide las representaciones actuales de las experiencias de apego a través de la narrativa. Se establecieron tres patrones de apego: seguro, indiferente y preocupado  
Garrido Rojas (2006, p.495).

Más tarde se formularon dos nuevas categorías: irresuelto/ desorganizado e inclasificable (Marrone, 2001 p.120).

Otro antecedente que sigue en la línea de estudio de los autores anteriores es Patricia Crittenden (1945 a la actualidad), plantea el "modelo dinámico- "madurativo" del apego". Fue estudiante de Mary Ainsworth, y al igual que Bowlby (1980) habla de modelos internos que implican cierta forma de procesar la información procedente de la conducta de las figuras de apego.

El modelo dinámico - "madurativo" caracteriza el funcionamiento psicológico de los patrones ABC en función de dos dimensiones: la fuente de información (Cognitiva versus Afectiva), dimensión horizontal, y el grado de integración de la información (Integrada versus No integrada), dimensión vertical Miro (2002, p.11).

En el desarrollo armónico, saludable la información cognitiva y afectiva se integran para producir representaciones mentales más ricas y precisas de la realidad. Pero, a medida que nos desplazamos en el modelo por el eje vertical de la vertiente superior (Integrada) hacia la vertiente inferior (No- integrada), obtenemos transformaciones distorsionadas (o falsificadas) de la información cognitiva o de la afectiva Miro (2002, p. 12).

## **II Conceptualización del apego:**

Para Bowlby (1989), el comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y sabia. "Un lazo afectivo se convierte en un lazo de apego cuando el individuo busca seguridad y confort en la relación" (Ainsworth, 1989).

La teoría del apego de Bowlby, al igual que el psicoanálisis clásico, tiene un núcleo biológico. (...) por ejemplo el sonreír y vocalizar que alertan al cuidador del interés del niño para la socialización y hacen que él o ella se aproximen al niño. Sonreír y vocalizar constituyen conductas de apego al igual que el lloro Fonagy (2004, p13).

Bowlby (1977) dice:

Lo que por motivos de conveniencia denomino la 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, depresión, el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva Marrone (2001, p.31).

El desarrollo de la conducta de apego como sistema organizado teniendo como objetivo la conservación de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla durante los primeros seis meses de vida. Así a partir de los nueve meses, la gran mayoría de los bebés responden con protestas y llantos cuando se los deja con una persona desconocida y también con el enfado y el rechazo más o menos prolongado hacia dicha persona. Estas observaciones demuestran que durante estos meses el bebé adquiere la capacidad de representación y que su modelo operante de la madre se vuelve accesible para él Bowlby (1989, p.144).

Según Marrone (2001) un punto central en la teoría del apego es el concepto de *modelos operativos internos*, desarrollado por Bowlby (1969). “(...) son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo (como entidad corporal y psíquica única) y de su entorno” (p. 73).

Los modelos operativos internos de uno mismo y de otros se forman durante acontecimientos relevantes con respecto al apego y reflejan el resultado que han tenido las comunicaciones de demanda de cuidados por parte del individuo. (...) Comienzan a formarse en los primeros meses de vida y continúan siendo interpretados, remodelados por todo el ciclo vital (Marrone, 2001. p. 75).

(Bowlby 1980, citado en Garrido Rojas, 2006)

(...) le hacen posible anticipar, interpretar y responder a las conductas de las figuras de apego ya que integran experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales (p.494). Son un ejemplo de la visión estructural que Bowlby tiene del apego. Siguiendo a Miller (2013) la posibilidad de anticipación e interpretación contribuirá a la organización de la experiencia subjetiva y la adaptación de la conducta.

### **III Algunos aportes de la obra de Melanie Klein y Donald Winnicott. Un posible diálogo con la teoría del apego.**

Melanie Klein (1882-1960) nació en Viena, Austria. En su viaje a Budapest se puso en contacto por primera vez con la obra de Freud. Fue una psicoanalista pionera en el trabajo con niños, intentó aplicar la teoría psicoanalítica al análisis con niños. En 1925 pasó a formar parte de la “Sociedad Inglesa de Psicoanálisis”. Utiliza el término *posición* entendiendo que implica una configuración específica de las relaciones objetales, de las ansiedades y defensas persistentes a lo largo de la vida. Define dos posiciones que se desarrollan en la fase oral del bebé, la posición esquizoparanoide y

la posición depresiva (Klein 1935). La gran diferencia entre una y la otra es la percepción de los objetos y el nivel de integración del yo en ambas.

La primera, *posición esquizoparanoide* se desarrolla hasta los primeros tres o cuatro meses de vida. En ella predominan mecanismos de defensa primitivos tales como la escisión, la identificación proyectiva, la negación mágica omnipotente, la proyección e introyección. En esta posición el yo es muy lábil, la percepción de la realidad es parcial, así como las relaciones objetales que tiene el bebé en esta etapa del desarrollo. Las ansiedades predominantes son paranoides y el estado del yo y de los objetos se caracteriza por la escisión, mecanismo de tipo esquizoide.

Es necesario recordar que el bebé normal no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad. (...) Pero todos los bebés tienen períodos de ansiedad, y las ansiedades y defensas que constituyen el núcleo de la *posición esquizoparanoide* son parte normal del desarrollo humano Segal (1980, p.39).

En condiciones favorables el yo se va fortificando identificándose cada vez más al objeto ideal y ordenando los objetos y experiencias buenas sobre las malas. Es así que se da paso a la *posición depresiva* como nueva fase del desarrollo, los procesos integradores se vuelven más estables. Los objetos ideales y los persecutorios que se introyectan en la posición esquizoparanoide serán quienes formen al superyó.

Una analogía menos obvia y, potencialmente, bastante discutible, es la que puede establecerse entre el concepto de posición esquizoparanoide propuesto por Klein (1935), y la inseguridad en el apego. En la posición esquizoparanoide, la relación con el cuidador se presenta como fragmentada, escindida en una relación persecutoria y otra idealizada, y también se asume en dicha posición, que existe una escisión en el yo (*self*) Fonagy (2004, p.191).

En el caso de la *posición depresiva* la percepción del objeto es total, el yo se va integrando cada vez más, no es tan lábil sino que se fortifica. “Una vez alcanzado este momento del desarrollo, el bebé ha establecido su relación con la realidad” (Segal, 1980. p.77). Ahora el bebé se relaciona con una madre total, ésta puede ser buena o mala pero sigue siendo la misma madre.

Las ansiedades también son distintas, surgen de la ambivalencia y la mayor ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos destruyan el objeto amado del cual depende completamente. Los procesos de introyección se intensifican como necesidad de proteger al objeto. Con la diferenciación objetal ocurre también que el bebé comienza a percibirse y a percibir su realidad psíquica. Los mecanismos de defensa que se desarrollan en esta posición son más evolucionados digamos neuróticos tales como la inhibición, la represión y el desplazamiento.

Retomando a Fonagy plantea que las características que se observan en la posición depresiva refieren a un vínculo de apego seguro:

El apego seguro se caracteriza por el reconocimiento, por parte del individuo, del conflicto interpersonal. (...) buena capacidad de simbolización; ello puede compararse a la capacidad de simbolización que va unida a la reparación depresiva (Segal 1957). (...) la posición depresiva tiene lugar cuando el niño logra separarse mentalmente de los objetos, circunstancia que se relaciona con la percepción del objeto como independiente  
Fonagy (2004, p.192).

La perspectiva kleiniana tiene puntos de contacto con la seguridad en el apego cuando habla de una manera de funcionar mentalmente, con fases, a veces rápidas, entre una manera segura y otra insegura. La frecuencia de tales fases es un atributo de la estabilidad personal, y no de la clase o categoría en que se encuadra la persona en cada momento Fonagy (2004, p. 95).

Hay otros autores que se separan de las influencias inglesas kleinianas, es el caso de Donald Winnicott (1896-1971), pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés. Hay concordancia entre los autores en atribuirle el mérito por el papel que le otorga al entorno maternal. Un abordaje por sus vastos aportes teóricos implicaría un recorrido que excede las pretensiones del presente escrito, tan solo mencionaremos algunas de sus contribuciones a la relación madre-infante y de esta forma buscar un posible punto de contacto con la teoría del apego.

Aunque se reconoce su alejamiento del pensamiento kleiniano, siguiendo lo que plantea Fonagy (2004), diremos que tienen algunos puntos de contacto, tanto Winnicott como Klein consideran que el bebé introyecta y preserva lo que siente como bueno y fortalecedor del *self* (el yo) y aísla lo que siente como malo o persecutorio. Coinciden en que, si el proceso de desarrollo viene bien, hacia el primer año de vida el bebé tiene relaciones objetales con objetos totales, en este caso su madre.

Winnicott (1958) propone el concepto de "objeto transicional", a la edad de un año el bebé ya ha adquirido varios de estos objetos, son subjetivos y representan objetos parciales más específicamente el pecho. Es un objeto muy valioso ya que representa el intermediador entre el *self* y el mundo externo.

Introduce también el concepto de verdadero y falso *self* (Winnicott, 1958). Para él la función de este último sería la de ocultar y proteger al primero, lo logra sometiéndose al mundo exterior. Utiliza el '*self*' para describir tanto el yo, como, el *self* como objeto. En cuanto al *self* como 'sí mismo' sería una concepción que se acerca al 'ello' freudiano, al igual que este parte de funcionamiento somático y sería el corazón instintivo de la personalidad.

Para mí el *self*, que no es el yo, es la persona que soy, y solamente yo, que tiene una totalidad basada en el funcionamiento del proceso madurativo. (...) El *self* y la vida del *self* es lo único que otorga sentido a la acción o al vivir (citado en Guerra, 2000 p.38).

Sería pues, ese motor interno que nos da sentido y dirección al proceso de la vida.

Según Fonagy (2001) lo más importante para el desarrollo de una organización cohesiva del self es el estado mental del cuidador que capacite al niño a encontrar en su mente una imagen de sí mismo, motivado por creencias, sentimientos, intenciones. Tal organización involucra una representación de afectos, una representación intencional del cuidador y del self.

La relación nace de la experiencia de estar solo, en presencia de alguien (...) El verdadero *self* sólo puede evolucionar en presencia de una persona no intrusiva para que, de esta manera, no quede interrumpida la continuidad de su propia experiencia (Winnicott, 1958 p. 89). De otra manera, no permitirá al bebé estar solo imaginando a su madre que es parte de él y comenzando a internalizar esa imagen sobre la que formará su self. Acaso, el planteo de falso self de Winnicott, ¿no se asemeja al proceso que referimos anteriormente, con respecto a las bases fundamentales sobre las que es posible adquirir una adecuada regulación afectiva?.

La regulación afectiva juega un papel primordial en la constitución del self ya que no solamente lo habilita al autoconocimiento de los otros sino que focaliza su atención, promueve los mecanismos de defensa y afrontamiento y condiciona el relacionamiento (Miller, 2013 p.67). Encontramos una relación con el pensamiento de Winnicott, un ambiente *suficientemente bueno* que habilite la representación de los afectos propios en la mente del otro de una manera acorde al bebé, esto habilitará no solo la internalización sino también la regulación de los mismos.

Describe un estado particular adoptado por las madres hacia el final del embarazo y pasado un tiempo del parto denominado "*preocupación materna primaria*" (Winnicott, 1958), solo la madre sabe que es lo que el bebé necesita, está identificada con él. Según el autor, la madre cuida al bebé tan bien, que le permite vivir una experiencia de omnipotencia. Si la madre es lo "*suficientemente buena*", se inicia en el bebé un proceso de desarrollo personal. Si la relación de ambos es bien llevada, el yo del bebé se fortifica.

La madre que no es buena es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño (Winnicott, 1960) (citado en Guerra, 2000, p 39).

Una madre suficientemente buena tiene tres funciones (Winnicott 1958, 1971), que posibilitaran un desarrollo sano: el sostenimiento (*holding*), la manipulación (*handling*) y las relaciones de objeto. La primera de ellas estaría relacionada a la forma en que la madre toma al bebé en sus brazos, el cuidado que le brinda lo que va a facilitar la integración de elementos sensorio-motores. La segunda relacionada a un desarrollo de la asociación psicosomática que le permita al bebé diferenciar lo real de lo irreal y disfrutar de la experiencia del funcionamiento corporal, y facilita la personalización (autonomía); la tercera está vinculada a la capacidad del bebé de crear y relacionarse con los objetos, cuando los objetos que la madre le muestra comienzan a satisfacerlo empieza a necesitar lo que ésta le presenta, lo cual dará lugar al establecimiento de una relación humana.

Según Green (1975), la originalidad de Winnicott reside en haber sabido mostrar que un concepto tal como “*el bebé*” no existe y que hay que incluir allí a la madre en la pareja indisoluble que forman.

Existe un importante punto de contacto entre la teoría del apego y las ideas de Winnicott respecto a la sensibilidad del ambiente que rodea al bebé. (...) Ambas teorías concuerdan, evidentemente en considerar al self como el punto esencial de la psicología de la mente, viendo las representaciones del self y del objeto entrelazadas e influenciándose mutuamente, y organizando relaciones para salvaguardar las estructuras del self Fonagy (2004 p. 110).

Si bien hay concordancia diremos que ambas teorías ponen el acento en lugares diferentes, por ejemplo en la noción de bebé y su intencionalidad. En Winnicott éste no existe al comienzo hay un período de dependencia absoluta, no hay interior o exterior para ese ser, la madre es una extensión de sí. Los teóricos del apego consideran que desde un inicio existe una tendencia a establecer lazos afectivos, éstos son independientes de las necesidades biológicas como planteaba Freud.

#### **IV Clasificación del apego:**

##### **Situación extraña:**

Como ya mencionamos las primeras clasificaciones del apego derivan de ésta prueba de laboratorio. Se realiza a niños de entre 1 a 2 años, la misma constituye 2 episodios de separación entre niño y cuidador con la participación de un extraño en los momentos de separación. Se observa la conducta del niño durante la separación y en el reencuentro con el cuidador. Según Marrone (2001) el objetivo de este estudio consistía en activar e intensificar las conductas de apego entre niño y la madre así como también apuntaba a desarrollar la conducta exploratoria en el niño.

De la situación extraña se establecen 4 categorías, tomaremos los desarrollos de Fonagy (2004) para dar cuenta de que acontece en la prueba en cada estilo.

**Tipo B: Apego seguro:** en ese estilo se produce ansiedad en la separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. La confianza en el cuidador caracterizará el modelo de funcionamiento interno.

**Tipo A: Apego ansioso- evitativo:** en este estilo los niños muestran poca ansiedad en la separación y desinterés en el reencuentro, utilizan estrategias donde intentan precozmente controlar o disminuir las emociones. El modelo de funcionamiento interno es interpretado como si al niño le faltara confianza en la disponibilidad del cuidador.

**Tipo C: Apego ansioso- ambivalente/ resistente:** en este estilo se produce ansiedad en la separación pero no se recuperan de ese estado en el reencuentro, dan la sensación de que su estrategia es exagerar el afecto en un intento de asegurarse la atención del cuidador. Tampoco habría confianza en la disponibilidad del cuidador.

**Tipo D: Apego desorganizado** (Main y Solomon, 1990): en este estilo los niños buscan la proximidad de la madre pero lo hacen de maneras extrañas y desorientadas. Por ejemplo, “aproximándose a la madre de espaldas, escondiéndose, quedándose inmóvil a la mitad del camino, mirando fijamente el espacio. (...) movimientos incompletos o interrumpidos, estereotipias, posturas extrañas, situaciones paralizantes, dificultad de mirar a los padres o vagar de un lado a otro desorientado” (Fonagy, 2004 p.43). No contarían con estrategias para mantener al cuidador accesible.

### **Tipo B: Apego seguro:**

El apego seguro provee, la base psico-social para adquirir una comprensión de la mente. El niño con apego seguro se siente tranquilo, seguro, al hacer atribuciones de estados mentales para dar cuenta de la conducta de su cuidador/a (Miller, 2013 p.35)

El apego seguro implica sistemas representacionales donde la figura de apego se siente como accesible y receptiva si se le necesita (Fonagy, 2004. p. 18). Esto le permite, entre otras cosas, hacer propias exploraciones del mundo sin que ello genere ansiedad. Es decir que desarrollan el sistema exploratorio.

Seguendo a Crittenden (2002) los niños seguros al final de la infancia han aprendido “el valor predictivo y comunicativo de muchas señales interpersonales”, logran realizar comunicaciones claras de sus ideas, intenciones y sentimientos. Comprendiendo el “modelo dinámico -“madurativo”, esto se debería a que han logrado dotar de significado, son competentes y flexibilizan la integración de la información cognitiva y la afectiva.

### **Apego inseguro- ansioso:**

Si el apego seguro es producto de una contención exitosa, el apego inseguro puede verse como una identificación del niño con la conducta defensiva del cuidador. Si este es rechazante, puede fracasar en su respuesta a la ansiedad del niño, mientras que el cuidador preocupado, puede reflejar el estado del niño con demasiada claridad. En cualquier caso, la oportunidad del niño de internalizar una representación de su estado mental, se habrá perdido. La proximidad al cuidador es, en este caso, mantenida a costa de comprometer la función reflexiva Fonagy (2004, p.176).

Seguendo a Miller (2013) diremos que los niños con apego inseguro presentan una capacidad limitada para expresar las emociones, presentan fallas en la representación de los afectos propios y de los demás. La capacidad de mentalizar es pobre lo que contribuye a la limitada modulación afectiva.

En estos niños la receptividad del cuidador no se siente como segura, adoptan estrategias para sortear este sentimiento lo que provoca incertidumbre. No solamente no se sienten seguros, sino que no son capaces de extraerla de sus figuras de apego. Es por esta incertidumbre (inseguridad) que el niño tiende a la separación ansiosa, es propenso al aferramiento y se muestra ansioso ante la exploración del mundo.

(...) cuando el cuidador *sobre marca* la respuesta, o sea no modula adecuadamente el afecto, o cuando espeja sin tener en cuenta el afecto del infante, y entonces el reflejo no es contingente con lo que el niño siente, esa va a generar una mentalización muy pobre, un apego inseguro y una capacidad muy limitada para la regulación del afecto Miller (2013 p.35).

Parece que ocurriría algo parecido a lo que desarrolló Winnicott en el caso de las madres que no son “suficientemente buenas”, lo que terminan reflejando al bebé es el afecto propio y esto desarrollaría una falsa identificación y una distorsión en la introyección de la misma.

Dentro de la clasificación denominada como apego inseguro encontramos dos tipos:

### **Tipo A: Evitativo/ elusivo:**

Según Bowlby (1989) estos niños presentan una “disposición a afirmar la propia independencia de los vínculos afectivos”. No confían en que cuando él lo necesite obtendrá una respuesta servicial por parte del entorno y sobre todo de la



figura de apego, por el contrario, esperan ser desairados, es por ello que no buscan o esperan apoyo, empatía, cariño e intimidad en las relaciones personales más específicamente con éstas figuras. Esta desconfianza se debe a la ausencia de una base segura. El individuo intenta volverse autosuficiente como resultado del constante rechazo de la madre cuando éste busca consuelo.

Usando el modelo de Bowlby de conductas de apego, podríamos decir que estos individuos tienden a mantener sus conductas de apego a un bajo nivel de activación debido a la organización de sus defensas, que por su estabilidad se transforman en caracteriales. (...) La defensa subyacente es así la autoprotección en contra de emociones penosas. (...) Estos individuos no pueden tolerar los propios sentimientos de vulnerabilidad. Por eso algunos de ellos necesitan usar el mecanismo de identificación proyectiva para depositar tal vulnerabilidad en el otro Marrone (2001, p. 116).

Nuevamente retomamos el modelo dinámico- “madurativo” el cual plantea que: En la estrategia Tipo A, los niños organizan su conducta cognitivamente, es decir, a partir de resultados predecibles, inhibiendo la manifestación del afecto negativo y tendiendo a mostrar lo que los padres desean (Miro, 2002 p.13).

(...) han aprendido a organizar su conducta sin ser capaces de interpretar o usar señales afectivas, han dado sentido a la cognición pero no al afecto (Crittenden, 2002 p.22).

### **Tipo C: Ambivalente/ resistente:**

El niño ambivalente-resistente se centra en su propio estado de ansiedad y rechaza los intercambios intersubjetivos. Siguiendo a Marrone (2001), plantea que en este estilo las conductas de apego están activadas a un nivel alto, y que ésto podría deberse a que:

La figura de apego ha reactivado y luego frustrado las conductas de apego. El cuidador se muestra accesible en algunas situaciones pero no en otras. A diferencia de los anteriores estos niños aún esperan el amor y cuidado mientras que al mismo tiempo tienen miedo a volver a ser ignorados o abandonados Marrone (2001, p.117).

Siguiendo los planteos de Crittenden (2002), los niños “coercitivos” (ambivalentes) intensifican el afecto, aprenden a depender del afecto para regular su conducta y usan de forma desatenta o defensiva la cognición, sospechan de la veracidad de esta última y en casos extremos funcionan a través de cogniciones falsas. En la relación con sus figuras de apego vemos la dependencia de lo afectivo mencionada por la autora, los niños coercitivos exageran el afecto con el fin de “llamar la atención” del cuidador y mantenerlo accesible.

En la estrategia Tipo C, la transformación de la información que predomina en el sistema de significado del niño es afectiva en lugar de cognitiva. Esto supone que los niños han aprendido a alternar y a exagerar las emociones de cólera, miedo de ser abandonado y deseo de bienestar Miro (2002, p. 13).

### **Tipo D: Apego desorganizado:**

Main y Hesse (1990) relacionaron la conducta del apego desorganizado con un ambiente asustado o asustador, es decir, niños que no han podido hallar la solución a la paradoja de personas que inspiran miedo, a las que desean acercarse para hallar protección en los momentos de ansiedad (Main 1995) (citado en Fonagy, 2004 p.43).

En cuanto a las causas del desarrollo de este tipo de apego, (...) va asociado a factores familiares de riesgo, tales como, malos tratos, depresión mayor o trastorno bipolar, e ingesta de alcohol u otras drogas (Fonagy, 2004. p. 44).

El mismo autor expone que hay tres problemas clínicos que se han relacionado, empíricamente, con el apego desorganizado: agresión infantil, disociación y relaciones violentas.

En el desarrollo de este grupo emergen contradicciones entre conductas y contenidos mentales y, también, entre los mismos contenidos mentales (Fonagy 2004, p.146). La desorganización en este estilo afecta la conducta y el pensamiento, serían quienes tienen más comprometida la posibilidad de recurrir y obtener de otro ayuda, contención y protección, y sobre todo seguridad. Dijimos que esto último también ocurría en los estilos inseguros con la diferencia que sí contaban con estrategias para acceder a su cuidador, las cuales no eran efectivas. En el caso de apego desorganizado éstas simplemente no existen.

## **ILUSTRACIÓN CLÍNICA:**

Como mencionamos anteriormente nuestra intención es utilizar la ilustración para repensar el caso clínico en base a los términos que planteamos a nivel teórico en el trabajo. Desarrollamos conceptos que están muy relacionados, aunque cada uno requiere de procesos específicos, a partir del recorrido que hemos hecho intentamos esclarecer el vínculo entre estos. Quizá resulte más clara su vinculación a través de la interpretación del material.

El siguiente fragmento es extraído de la entrevista de mentalización materna realizada al mes y medio de comenzada la intervención:

*“Cuando él está molesto odia la vida, se empaca, empuja cosas. Como que se repliega en el enojo”. “¿Me podrías contar un momento en el que tú y tu hijo no tuvieron buena conexión?. Que no tuvimos buena conexión si hay pila de momentos cuando él se pone muy majadero no llegamos a un acuerdo de resolver la situación sin enojarme y sin perder o sea el trato, me enojo”.*

Hemos desarrollado la noción de afecto, referimos que son procesos que se ponen en marcha desde los primeros momentos como motores de la interacción, que de a poco los identificamos a partir de un otro que nos los espeja, y así vamos aprendiendo a regularlos. Si todo sigue un cauce más o menos normal, el rol comunicador de los afectos con nosotros mismos y con el entorno, será acorde y éstos actuarán en función del yo, como señales.

En el relato de la madre, se pierde la intención comunicativa, prevalecen los afectos negativos por sobre los positivos, éstos desbordan y son llevados a la acción. Pues, en estas situaciones, el afecto no actúa como una señal del yo, por el contrario invade, y desorganiza.

El paciente presenta dificultades en la autorregulación, capacidad que ya dijimos está fuertemente ligada a la regulación- disregulación afectiva. Al referirnos a una autorregulación comprometida estamos hablando de que la capacidad de mantener los afectos dentro de una homeostasis y equilibrio con el medio se ve afectada. Pero, ¿qué es lo que determina que esta capacidad se encuentre comprometida o disminuida?, ¿acaso la autorregulación no es una capacidad que “se vuelve” interna pero que comienza a forjarse con un otro en los inicios?.

Las formas de manejo afectivo como las que se ven en la ilustración se relacionan a fallas en la regulación afectiva, que hemos conceptualizado en el presente trabajo, siguiendo los planteos de Miller (2013) como disregulación afectiva. Básicamente, lo que falla en los niños disregulados es que no son eficaces en la identificación, significación y procesamiento de experiencias, factor que dificulta el reconocer y reconocerse. Este “desencuentro” lleva al niño a permanecer en estado de alerta, siente a los otros (o a sí mismo) como amenazantes e intenta defenderse.

Tampoco logran una constitución del self organizado, por el contrario las representaciones son pobres y poco flexibles. ¿Qué características podría tener un self que comienza a edificarse sobre estas representaciones?, ¿en qué procesos podría desembocar una organización de este tipo?, retomaremos más adelante sobre estas interrogantes.

En cuanto a la agresividad, o las conductas agresivas como las relatadas por esta madre, creemos que se relacionan en este caso a un síndrome externalizante. Se expresa según Miller (2013), con hostilidad, ataques de rabia o mostrándose críticos, controladores u opositoristas. Sospechan de los otros, manifiestan conflictos con la autoridad y parecen siempre dispuestos a querellar. No muestran empatía, y los vínculos son inestables y superficiales.

Al igual que referimos con los afectos, adherimos a la idea de que un cierto monto de agresividad es necesario siempre que esté en función de nuestra protección, que actúe como respuesta ante un evento específico que la desemboca. Pero, en este caso, ¿será un hecho particular que provoca estas reacciones?, ¿será una forma de decir sin palabras?, y en consecuencia, ¿a qué se debe ese lenguaje puesto en actos?.

El proceso de decodificación de señales se va realizando gracias a la presencia de un cuidador reflexivo, el cual comienza a representar y dotar de significado a los afectos para el bebé, ayudándolo de esta manera a embarcarse en el camino hacia la simbolización.

La función materna y la posibilidad de brindar un entorno de contención y seguridad, no es llevada a cabo de una manera efectiva, esta madre no es capaz de identificar y diferenciar sus afectos de los de su hijo. Por el contrario ocurre que queda “atrapada” en la situación y no logra regularse ni regular al otro. Parecería que los límites entre uno y el otro fueran difusos. Nos referimos a ese proceso donde el cuidador sobre marca, queda pegado al afecto del niño y no modula su respuesta, es así que el espejamiento afectivo no es contingente con lo que el niño siente.

Tomamos como gran eje la teoría del apego, consideramos que el tipo de vínculo establecido en el caso estaría dentro de lo que denominamos un estilo de apego inseguro. Somos conscientes de que hay técnicas específicas de clasificación del apego tanto en niños como en adultos, lo que aquí pretendemos es pensar a través de ésta hipótesis.

Dentro de la clasificación inseguro, vimos había dos tipos A) evitativo y el C) ambivalente. Siguiendo los planteos que hemos referido creemos en este caso nos encontramos frente a muchas características que refieren a un tipo de apego inseguro-ambivalente. En éste hay una sub-regulación del afecto, es por ello que la estrategia es exagerar el afecto con la intención de mantener al cuidador disponible.

Si seguimos el “Modelo Dinámico - “Madurativo” (Crittenden, 2002), en los casos de apego tipo C (inseguro-ambivalente o coercitivo) predomina la transformación de la información afectiva, estos niños exageran las emociones. “Aprenden” dice la autora a utilizar el afecto como estrategia, concuerda en que la finalidad es mantener al cuidador accesible- “disponible”, fallan en extraer de éstos la seguridad que necesitan.

En el fragmento ilustrativo la madre refiere a momentos donde no hay conexión con su hijo y hace mención al enojo, nos cuestionamos si acaso ¿serán esos momentos estrategias ineficaces que el niño “aprendió” a utilizar para tener al cuidador disponible?.

Retomando la regulación afectiva hemos dicho que la misma condiciona y está condicionada por la capacidad de mentalizar, ésta se adquiere con el desarrollo pero tiene sus comienzos en los primeros meses de vida, en el contexto de una relación segura. Es necesario que la madre provea de conductas mentalizadoras al niño y le permita primero a éste, representarse en la mente de su madre, para luego internalizar esa imagen de sí. Un buen establecimiento de esta capacidad permitirá al niño una mayor exploración de la mente del cuidador, por ende, en ocasiones donde se establece una relación de apego inseguro acontece lo contrario. El niño no solo presenta dificultades para ser consciente y pensar en base a estados mentales, intenciones y sentimientos en él y los otros, también y debido a lo anterior, para llevar a cabo planes efectivos en base a éstos.

La función reflexiva según Fonagy (1998) es una capacidad que nunca termina de adquirirse, ésta función se encuentra comprometida en la madre de la ilustración. No es capaz de vincular los estados mentales con los comportamientos. En tanto, la mente de la madre no esté preparada para que el niño se represente en ella, la

capacidad de explorar, identificar, reconocer los mecanismos mentales estará coartada para el niño. También lo estará la capacidad de mediatizar el afecto, de conectarlo, ligarlo, es decir representarlo en su mente, sin ello éste desborda, desorganiza, se pone en actos.

Como hemos dicho, es necesario primero que éste pueda reconocerse a sí mismo para luego reconocer a los otros, mucho más ser consciente de que éstos tienen intenciones y sentimientos propios. Habría un doble proceso, la función reflexiva en la madre se encuentra comprometida lo que dificulta más aún que ésta pueda desarrollarse correctamente en el niño. Si bien, esto repercute sobre el desarrollo de esta capacidad en el niño, éste podría contar con recursos internos que le permitan que esta limitación no se transforme en determinante.

Dentro de esos recursos nos referiremos por ejemplo a la estabilidad en el vínculo con los objetos internos y externos. Como hemos dicho ésta se adquiere, en parte, gracias a que en los primeros meses de vida el bebé y la madre mantienen una relación con sintonía afectiva, proveedora de seguridad y contención y donde la disponibilidad del cuidador se encuentra accesible. Pero a su vez, donde la posibilidad de internalización en el bebé se desarrolle adecuadamente. Resaltamos el “encuentro-desencuentro” entre ambos y no solo las posibilidades de uno u otro. Entonces, podremos establecer relaciones con un grado de intimidad, entre otras cosas, gracias a sentirnos seguros y sentir al otro disponible, sobre el cual recurrir en estados de ansiedad en pos de obtener la seguridad que nos falta.

Cuando no logramos dar prevalencia a objetos y experiencias buenas sobre las malas con un objetivo integrador de la experiencia y del self; ocurre que comenzamos un proceso de desarrollo en el que, la imagen de sí y de los otros que introyectamos a través del reflejo del cuidador, es una imagen distorsionada, y que coincide poco con la realidad.

Dicho de otra manera, el niño internaliza la imagen de sí que el cuidador crea en su propia mente, cuando ésta imagen se distorsiona originariamente también presenta distorsión en la internalización. Estas fallas generarían inconsistencia en las representaciones relacionales internas lo que contribuye a la constitución de un vínculo superficial y concreto.

En esta ocasión la capacidad de intimar se encontraría afectada pudiéndose generar progresivamente solo en algunos vínculos que garanticen estabilidad, ejemplo de ello podría ser la relación terapéutica, hemos sido testigos de ello. Nos cuestionamos, ¿Qué riesgo implicaría para el paciente establecer relaciones íntimas?,

¿Qué será lo que compromete y qué ansiedades se movilizan en él?, ¿Será que entabla relaciones superficiales para no comprometer aún más las condiciones que lo mantienen “estable”?

La capacidad de intimar está fuertemente ligada al vínculo intra e inter subjetivo, cuando éste no es estable y la seguridad es amenazada, permaneceremos en un estado de alerta, donde otorgamos intenciones distorsionadas a los otros, ante lo que nos defendemos permanentemente. Entonces, se visualizarán dificultades en el relacionamiento intersubjetivo pasado y presente. Las posibilidades de establecer nuevos vínculos en donde se encuentre la seguridad que falla en lo interno se vuelven menores.

Tomando la perspectiva winnicottiana, entendimos que el *verdadero self* sería el único capaz de crear y sentirse real, estaría vinculado a los instintos. El *falso self* se ocupa de buscar las condiciones que le permitan al verdadero self apropiarse de lo que le interesa. Su función es protegerlo, una exposición total al self verdadero sería devastador para la persona. Sería algo parecido a estar regido por el principio de placer, lo que haría difícil la vida con el otro en sociedad.

Vimos la relación que había entre una madre que **no** es “suficientemente buena” y la internalización de representaciones falsas, se establece pues una relación con el otro y con la realidad que es falsa, en casos extremos el contacto con la realidad es cada vez más lejano lo que puede desembocar en la construcción de una realidad ficticia en su totalidad. Creemos que la problemática del caso clínico podría tener que ver con la configuración de un *falso self* que se enmascara y en lugar de proteger al *verdadero self* su fin sería sustituirlo.

Vayamos a los *modelos operativos internos* (MOI) que plantea Bowlby (1969), son mapas cognitivo-afectivos de uno mismo y de los demás. Según Marrone (2001) lo que se sustituye es el concepto de objeto interno. Si bien se plantean como esquemas o estructuras estables no son estáticos, se transforman y remodelan a lo largo de toda la vida incorporando nuevas experiencias, de lo contrario la realidad actual podría percibirse con distorsión.

Serían mapas de cómo el niño se siente aceptable o no a los ojos de la figura de apego. Los MOI nos permiten interpretar y anticipar la conducta del cuidador. En cambio, cuando éstas experiencias son llevadas a cabo en un entorno con poca sintonía afectiva, y una actitud poco mentalizadora como en el caso aquí analizado, seremos menos capaces de interpretar las intenciones del cuidador y responder a ellas de una manera efectiva.

También encontraremos dificultades en la remodelación de los esquemas en función de nuevas experiencias, modelos generados en base a un apego inseguro se construirán como menos flexibles, la adaptación a las experiencias presentes se verá dificultada. Hay autores (Marrone, 2001) que manejan la idea de que hay personalidades patológicas que tienden a la repetición de modelos una y otra vez, aun con patrones no adaptativos y no logran “escapar” de esa trama, a pesar de que notan que no dan resultados efectivos. ¿Será que fueron tan traumáticas las primeras experiencias que el individuo no logra “superarlas”, darles un nuevo significado?

Por otra parte, desde la perspectiva kleiniana que manejamos, vimos que hay dos posiciones bien distintas en términos de ansiedades y mecanismos de defensa utilizados en cada una. Podríamos vincular el caso clínico a formas de manejo que corresponderían a la *posición esquizoparanoide*.

Las fallas en la internalización referidas anteriormente, la dificultad para tolerar las separaciones, y el temor por la pérdida del objeto parecen ser características de ésta posición. En estos términos, las fallas podrían deberse a que durante las primeras etapas, el bebé no pudo dar primacía a los objetos buenos por sobre los malos, y de esta manera fortalecer su yo en el proceso de introyección e identificación. “El predominio de objetos malos volverá al sujeto muy vulnerable, dando lugar a dependencia, desvalimiento y sensación de incapacidad” (Miller, 2013 p.39). Hacemos también referencia al punto de contacto que Fonagy desarrolla entre el apego inseguro y la *posición esquizoparanoide*.

La constitución de la fortaleza yoica nos permite contactar con nuestros afectos y con los de los demás sin que nuestra integración se vea dañada. Es sabido que cuanto mayor es el grado de integración de la estructura psíquica, mayor es el contacto con el conflicto debido a que se logra mantener la angustia generada por este dentro de límites tolerados y bajo el control yoico. En casos como el que vemos aquí donde no existe un nivel de estructuración alto, acontece que el yo es débil o lábil, la comunicación con objetos internos y externos se presenta con interferencias, así como la función comunicativa del afecto, el cual no es regulado adecuadamente, ya que como dijimos la regulación afectiva es una capacidad del yo.

En éstas situaciones donde vemos que, entre otras posibles causas, debido a un vínculo de apego inseguro se compromete el logro de capacidades fundamentales para un buen encause del desarrollo, y donde parecería que el lazo con la psicopatología se vuelve más estrecho; ¿qué es lo más relevante, a la hora de pensar en el desarrollo?, ¿pensar en el contacto y resolución conflictiva, o más bien intervenir



para contribuir a la formación de una base segura sobre la cual le sea posible incorporar nuevas experiencias?.

### **REFLEXIONES FINALES:**

Comenzamos un camino en el que tomamos como punto de partida interrogantes que derivaron de una experiencia clínica realizada en CIC-P, Facultad de Psicología. Allí intervenimos con un niño de 7 años que consultó por conductas agresivas, en la introducción mencionamos aspectos generales de la experiencia, diremos que ésta dejó interrogantes abiertas que permitieron la realización de este trabajo.

A priori veíamos que había “algo” en la relación del niño con su madre que podría tener que ver con las dificultades en la regulación afectiva que el paciente evidenciaba, es así que nos cuestionamos ¿Qué relación existe entre el apego y la regulación afectiva del paciente?, esta fue la interrogante que disparó este trabajo.

Emprendimos un recorrido teniendo de referencia postulados de la teoría del apego, éstos proponen que la sensación de seguridad es la finalidad del sistema de apego. El establecimiento de un estilo de apego seguro entre el bebé y su cuidador, permitirá al bebé experimentar una sensación de seguridad necesaria que lo habilite a explorar el mundo circundante. Cuando ésta se ve amenazada, el bebé con apego seguro recurrirá a su cuidador, el que permanecerá disponible para brindarle nuevamente esa sensación de confort, confianza y seguridad. Es así que el sistema de apego y el sistema exploratorio se conjugan y funcionan “en equipo”.

En determinadas circunstancias el bebé recurrirá a su cuidador en busca de seguridad y éste no estará accesible o no siempre, y no será capaz de brindar la seguridad que el bebé necesita. Si estas interacciones permanecen en el tiempo, se irá generando una relación de apego inseguro, donde no habrá una base segura sobre la que encauzar el desarrollo.

La realización de este trabajo nos ha permitido visualizar con mayor claridad algunas de las consecuencias que una relación de apego inseguro puede tener para el desarrollo. No pretendemos generalizar ya que sesgamos nuestra labor a un caso de apego inseguro, con recursos internos y externos propios y con un contexto particular, que ensamblados formaron una singularidad particular sobre la que nos permitimos abrir líneas de análisis.

En tanto, no se generen las condiciones internas y externas que le permitan al niño ir construyendo una base segura sobre la que recurrir en momentos de ansiedad, y sobre la cual edificar nuevas identificaciones y representaciones internas, más precisas, estables y realistas; la evolución de capacidades fundamentales para el desarrollo se verán sumamente condicionadas. En esta ocasión vimos el desenlace que puede tener una de ellas, la regulación afectiva, en ausencia de un apego seguro.

Para aprender a regularnos afectivamente es necesario que en los primeros momentos se establezca una relación diádica con sintonía afectiva, con un cuidador reflexivo y mentalizador que vaya reflejando contingentemente al bebé las señales afectivas de éste. A partir de ello el bebé irá reconociéndose a sí mismo y a los otros a través de este reflejo, identificándose poco a poco con esa imagen que formará de sí mismo. Ese reconocerse es también reconocer los afectos, con el desarrollo progresivamente comenzará a interpretar los mensajes que éstos le envían y qué incidencia tendrían en el comportamiento.

Pensar en estos términos nos permitió reflexionar sobre algunos puentes entre la teoría y la clínica. Realizamos un trabajo teórico que surge justamente de cuestionamientos e incertidumbres que una experiencia clínica nos dejó, y a su vez la realización de éste permitió abrir nuevas interrogantes y llegar a conclusiones que tal vez puedan contribuir en algo al trabajo clínico con niños.

Creemos que sería oportuno incorporar al trabajo terapéutico con niños un abordaje donde tengamos en cuenta los estilos de apego que se ponen en juego en las relaciones humanas, en la relación terapéutica y en cada uno de los interlocutores de la misma. Generar un espacio estructurado de contención y oficiar, de esta manera, como una base segura puede ser a nuestro entender uno de los caminos.

Cada uno de nosotros está atravesado por formas de ser y estar en el mundo, discursos que se imponen sobre qué es lo correcto y que no y cuál la mejor forma de ser padres. Tener conciencia y hacer conciencia, de lo relevante que es un estilo de crianza basado en el apego seguro quizá pueda ser uno de los aportes que este trabajo nos ha dejado.

Los diversos avatares de la vida, las circunstancias que nos tocan vivir, son cosas que no podemos evitar, así como tampoco podemos evitar que a los niños les sucedan cosas, cosas que muchas veces marcan sus días y sus vidas fuertemente, y dan un nuevo cauce al desarrollo. Lo que sí podemos hacer, desde nuestro lugar como futuros profesionales, es contribuir para que éstos niños aprendan a buscar y encuentren las herramientas internas necesarias para hacerle frente a esas

situaciones que la vida les depara hoy y lo hará mañana. En fin, contribuir en el presente a la formación y remodelación de nuevos *modelos operativos internos*, más flexibles, más reales, más seguros.

### **Referencias Bibliográficas:**

Bernardi, R. (2011). Trastornos fronterizos: Comparación de la psicoterapia basada en la transferencia de Kernberg y la terapia basada en la mentalización de Fonagy. *Revista de Psiquiatría Uruguaya* 75(1), pp 35-38.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.

Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la Teoría del Apego*. Valencia: Promolibro.

Fonagy, P. (1998). Apegos patológicos y acción terapéutica. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=104&a=Apegos-patologicos-y-accion-terapeutica>

Fonagy, P. (2001). *El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante en el nuevo milenio*. En: Bernardi, R. (2001) *Psicoanálisis, focos y aperturas*.

Fonagy, P (2004). *La teoría del apego y Psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS

Fosha, D. (2001). La regulación diádica del afecto. *Jornadas de Psicología Clínica*. 57 (2), 227-242.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Obras Completas. Tomo X. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras completas. Tomo XIV Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Obras Completas Tomo XVIII Buenos Aires: Amorrortu

Ibáñez, M. (2013). El estudio del apego y de la función reflexiva: Instrumentos para el diagnóstico y la intervención terapéutica en Salud Mental. *Revista Temas de Psicoanálisis*.5 Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2013/01/Pdf-M-Ib%C3%A1%C3%B1ez1.pdf>

- Garrido Rojas, L. (2006). Apego, Emoción y Regulación Emocional. Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38 (3), pp. 493-507 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80538304.pdf>
- Green, A. (1975). *La concepción psicoanalítica del afecto*. España: Siglo XXI
- Guerra, V. (2000). Sobre diferentes aspectos del falso self. La conformación del falso self motriz. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas corporales*. (0) pp.37-52 Recuperado de: <http://www.promefit.net/self.pdf>
- Segal, H. (1980). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Obras completas Tomo I. Bs As: Paidós
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática
- Miller, D. (2013). *Las huellas del afecto. La regulación afectiva en la conformación de la personalidad*. Montevideo: Grupo Magro
- Miro, M.T (2002). Introducción. En Crittenden, P (Ed) *Nuevas implicaciones clínicas de la Teoría del Apego*. (p. 7-16). Valencia: Promolibro.
- Laplanche, J; Pontalis, J.B (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor
- Rey, J.C (1984). *La Afectividad*. *Revista de la Asociación de psiquiatría y psicopatología de la infancia y adolescencia*. 10 (1-2) pp 19-40.
- Sassenfeld, A. (2007). Dos patrones relacionales de la regulación afectiva en la interacción temprana y en la interacción psicoterapéutica. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 3 (3), pp 300-309. Recuperado de: [http://revistagpu.cl/2007/GPU\\_sept\\_2007\\_PDF/DOS%20PATRONES%20RELACIONALES.pdf](http://revistagpu.cl/2007/GPU_sept_2007_PDF/DOS%20PATRONES%20RELACIONALES.pdf)
- Sassenfeld, A. (2010). Afecto, regulación afectiva y vínculo. *Revista electrónica en psicoterapia CEIR*. 4(3).pp. 562-595. Recuperado de: <http://www.psicoterapiarelacional.es>
- Silva, J. (2003). Biología de la Regulación Emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica* 22(1),163-172. Recuperado de: <http://teps.cl/files/2011/06/cap07.pdf>

Sroufe, A. (2000). *Desarrollo Emocional*. México: Oxford.

Winnicott, D. (1958) *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Paidós

Winnicott, D. (1971). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Hormé