

LA FORMULACIÓN FUNCIONAL DE CASO DEL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y EL ROL DE LA ENTREVISTA DE APEGO ADULTO DENTRO DE LA MISMA

THE DYNAMIC MATURATIONAL MODEL OF ATTACHMENT FUNCTIONAL CASE FORMULATION AND THE ROLE OF THE ADULT ATTACHMENT INTERVIEW WITHIN IT

Silvana Milozzi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6078-3551>

Universidad Salesiana, Facultad de Psicología, Bahía Blanca, Argentina

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Milozzi, S. (2022). La formulación funcional de caso del modelo dinámico maduracional del apego y el rol de la entrevista de apego adulto dentro de la misma. *Revista de Psicoterapia*, 33(123), 133-150. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i123.35949>

Resumen

El presente artículo se propone presentar la formulación de caso desde la perspectiva del Modelo Dinámico Maduracional del Apego y la Adaptación, poniendo especial énfasis en la Entrevista de Apego Adulto. La formulación funcional de caso, propuesta por el DMM permite comprender la funcionalidad del síntoma dentro del contexto en el que aparece. Dentro de este proceso de evaluación y elaboración de hipótesis, se destaca la Entrevista de Apego Adulto como herramienta que brinda al clínico la posibilidad de conocer en profundidad la historia vincular del sujeto, los riesgos que debió afrontar, la forma en que se auto-refiere su experiencia, las situaciones de trauma o pérdidas no resueltas, sus capacidades reflexivas y la estrategia de apego que desarrolló.

Palabras Clave: apego, formulación de caso, entrevista de apego adulto, modelo dinámico maduracional del apego y la adaptación

Abstract

The aim of this article is to introduce readers to the Dynamic Madurational Model of Attachment and Adaptation focusing on the Adult Attachment interview. The Functional Formulation proposed by DMM helps to understand the symptom's functionality within the context it appears. In this process of evaluation and hypothesis formulation The Adult Attachment Interview has an important role. This interview allows the clinician to get a deep understanding of the patient's attachment history, the dangers he had to go through, the way he refers his own history to himself, unresolved losses or trauma he could have faced, reflective abilities and attachment strategy developed.

Keywords: attachment, case formulation, adult attachment interview, dynamic madurational model of attachment and adaptation.



El Modelo Dinámico Maduracional del Apego y la Adaptación (DMM) fue desarrollado por Patricia Crittenden en 1992, y constituye una extensión de la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth (Crittenden, 2016; Miró, 2002).

La teoría del apego, es básicamente una teoría sobre la supervivencia, sobre cómo nos mantenemos a salvo de los riesgos a los que estamos expuestos como individuos; pero también de cómo formamos lazos afectivos con otras personas y nos reproducimos, es decir, cómo sobrevivimos como especie (Baim et al., 2022; Bowlby, 1980, 1990; Brown y Elliott, 2016; Cassidy y Shaver, 1999; Crittenden, 2006; Crittenden y Ainsworth, 1989; Crittenden et al., 2021a).

Las observaciones iniciales sobre apego se focalizaron sobre la interacción padres-hijo, y los aportes provenientes de ellas sirvieron de base para comprender las diferencias individuales en etapas posteriores de la vida (Baim et al., 2022). En los últimos años las investigaciones demostraron que las estrategias de apego constituyen un importante rasgo del funcionamiento del individuo a lo largo de todo su ciclo de vida (Baim et al., 2022; Crittenden y Baim, 2017; Crittenden, 2014, 2016).

El apego es una disposición innata a la búsqueda de proximidad física y emocional con una figura de protectora. Esta conducta se activa principalmente cuando el niño tiene hambre, está cansado o se siente estresado por alguna razón. En estas situaciones, el infante desplegará señales como llanto y búsqueda de contacto físico con sus cuidadores (Bowlby, 1990). Los niños no son capaces de protegerse a sí mismos cuando vienen al mundo, pero nacen con la habilidad de mostrar su malestar, y de organizar la forma en que lo despliegan de una manera crecientemente adaptada a las respuestas de sus cuidadores (Baim et al., 2022). La manera en que la figura de apego responde al malestar del niño contribuye a moldear la forma de vincularse con otras personas y de regular las emociones (Milozzi y Marmo, 2022; Schore 1994, 1997, 2001)

El modelo del apego intenta comprender de qué forma, la conducta que despliega una persona cuando se encuentra bajo estrés le permite satisfacer sus necesidades de seguridad, consuelo, proximidad y predictibilidad.

Crittenden ha hecho un enorme esfuerzo por integrar los aportes de Bowlby con los provenientes de las diversas corrientes de psicología evolutiva, de las neurociencias, la terapia familiar y de datos empíricos obtenidos con poblaciones de riesgo (Miró, 2002). La autora sostiene que las figuras de apego deben proteger y confortar a sus hijos cuando están estresados, enseñarles a protegerse y confortarse por sí mismos y alentarlos a afrontar gradualmente responsabilidades que les permitan expandir su zona de desarrollo próximo (Crittenden, 2016).

Los padres sensibles, están sincronizados con sus hijos y pueden interpretar adecuadamente sus señales, de forma que suavizan el malestar y contienen las ansiedades cuando el niño no lo puede hacer por sus propios medios (Baim et al., 2022; Cassidy y Shaver, 1999; Fonagy, 2001). Cuando este proceso de co-regulación es exitoso, el infante puede ir desarrollando su propia capacidad autorregulatoria (Milozzi y Marmo, 2022). En los casos en que esto no sucede, el niño se siente

inseguro y no confía en la predictibilidad de las respuestas de su cuidador, es por eso por lo que necesita desarrollar estrategias que le permitan satisfacer sus necesidades de apego apelando muchas veces a comportamientos que pueden parecer bizarros, peligrosos o atemorizantes (Baim et al., 2022).

Otro concepto central para el DMM es el de procesamiento de la información (Bowlby, 1980; Crittenden y Landini, 2011; Tulving, 1979), es decir, la forma en que el cerebro percibe la información y crea representaciones del mundo a partir de ésta. Crittenden y Landini (2011) enfatizan la noción de disposiciones representacionales, que son patrones de actividad neuronal que tienden a activarse en una determinada secuencia y de esta forma influyen en la percepción de la realidad de un sujeto y su tendencia a responder de una cierta forma (Damasio, 1994). Desde el momento del nacimiento, los niños son capaces de formar representaciones mentales basadas en dos fuentes de información: la externa al cuerpo, relacionada al orden temporal de los acontecimientos (causa-efecto) y el interior del cuerpo, es decir, la experiencia subjetiva de activación fisiológica. Estas dos fuentes de información serán cruciales a la hora del establecimiento de las estrategias de apego.

El DMM describe tres estrategias básicas de apego: A, B y C. Es importante comprender que ninguna estrategia de apego es superior a otra, sino que cada una es la mejor en el contexto en el que aparece. La estrategia de apego es una contribución del niño a su propio bienestar, ya que funciona de tal manera que hace que la conducta de la figura de apego se vuelva más previsible (Crittenden, 2016, 2020, Crittenden y Landini, 2011). En la estrategia B, o balanceada, el individuo integra tanto la información cognitiva como la afectiva (tanto sus pensamientos como sus sentimientos, emociones y sensaciones corporales) a la hora de afrontar situaciones estresantes o interactuar con personas emocionalmente cercanas. Para que un niño desarrolle una estrategia de apego tipo B se requiere que los cuidadores actúen de forma previsible y logren interpretar y responder de forma adecuada a las señales y el estado mental que este presenta (Fonagy, 2001; Marrone, 2014; Stern, 1985/2019). Cuando esto sucede, el pequeño comprende que tanto la información cognitiva como la afectiva tienen valor predictivo para lograr protección, confort y seguridad (Baim et al., 2022). En cambio, la estrategia A funciona de forma que la persona se distancia de las personas significativas y de sus propias emociones displacenteras. Esta estrategia se desarrolla cuando el cuidador se comporta consistentemente de forma rechazante o indiferente frente a la expresión de necesidades del niño (Crittenden, 2012, 2014, 2016). En estas circunstancias, el infante aprende a confiar en la información cognitiva y externa y desconfía de la información interna, principalmente de sus emociones negativas como miedo, tristeza y enojo. Esto puede incluir el desconocimiento de la información somática como dolor, náuseas, sueño, etcétera. Cuando se usa esta estrategia de apego, se ignora el malestar y se despliega un comportamiento valiente, de cuidado de otras personas, etcétera. En último lugar, la estrategia C prioriza la información interna basada en el afecto sobre la externa y cognitiva. Se desarrolla en aquellas personas que

tuvieron cuidadores con dificultades para actuar de forma previsible. Estas figuras de apego se comportan de manera que en ocasiones responden frente a la expresión de necesidad de los niños y en otras oportunidades no. Esto hace que los pequeños no puedan predecir cuándo sus padres van a responder y cuándo no, de forma que se intensifica su estrés y su necesidad de confort externo. Ellos rápidamente aprenden que cuanto más se despliega afecto negativo, más posibilidades hay de ser atendidos. De esta forma, los niños se vuelven quejosos, inconsolables, intrusivos y comienzan a comunicarse de manera confusa. Esta modalidad posiblemente caracterizará sus relaciones posteriores (Baim et al., 2022; Holmes, 2001; Howe, 2005; Hudson-Allez, 2009;). Las estrategias A, B y C representan un continuum de estrategias auto-protectoras que van a depender del riesgo al cuál el niño está expuesto (Baim et al., 2022).

El DMM se focaliza en la forma en que las estrategias de apego se complejizan a medida que la persona se va desarrollando y afronta tareas como ir al jardín, al colegio, formar amistades, encontrar una pareja, etc. Es un modelo basado en la evidencia que permite conceptualizar las dificultades emocionales y psicológicas enfatizando su función (en contraposición al enfoque basado en los síntomas), una teoría bio-psico-social (Crittenden y Landini, 2011; Crittenden et al., 2021a,b; Thompson y Raikes, 2003), acerca de cómo las personas se organizan para protegerse del peligro.

Desde esta perspectiva, se consideran las estrategias de apego potenciales fortalezas, en lugar de disfunciones o desórdenes. El DMM es un modelo que no etiqueta ni patologiza, sino que se enfatiza el abordaje de los recursos, la flexibilidad, las metas de vida, la adaptación y el crecimiento personal (Baim y Morrison, 2011; Baim et al., 2022). Durante los últimos años la investigación ha demostrado que se pueden hacer cambios significativos y aprender nuevos patrones a lo largo del ciclo vital (Barrett, 2017; Cozolino, 2002; Barrett, 2017; Eagleman, 2020; Siegel, 2007) y que las estrategias de apego pueden cambiar y volverse más flexibles (Baim et al., 2022; Crittenden, 2016).

Para el DMM, el terapeuta constituye una figura transitoria de apego. Alguien que, en términos de Bowlby (1990), posee más conocimientos y está más preparado para enfrentar al mundo y resolver problemas. La relación con el paciente es fundamental y será la herramienta de trabajo del terapeuta, quién realizará intervenciones graduales y que estén dentro de la zona de desarrollo próximo del sujeto (Baim y Morrison 2011, Baim et al., 2022).

El tratamiento psicoterapéutico tiene la potencialidad cambiar la forma en que el individuo procesa la información, promoviendo el desarrollo de una conducta adaptativa y funcional. Puede ser un proceso liberador, que permite al individuo distanciarse de su historia y desarrollarse plenamente, eligiendo la forma en que desea vivir, más allá de las circunstancias de su pasado. El terapeuta actuará de manera compasiva y empática y facilitará la integración reflexiva (Baim et al., 2022; Crittenden, 2016).

El tratamiento para el DMM incluye distintos tipos de abordaje, la modalidad podrá variar de acuerdo a la apreciación del terapeuta desde la psicoeducación hasta la psicoterapia individual, de pareja o familiar de largo plazo.

La Formulación de Caso Integrativa del DMM

La formulación de caso ofrece un puente entre teoría y la práctica de la psicoterapia con sensibilidad cultural y contextual (Quiñones, 2022). También Beck (1995) sostiene que esta conceptualización, que se lleva adelante desde el inicio de la terapia, es un proceso dinámico, que está en constante evolución y ofrece al terapeuta la información necesaria para comprender el mundo psicológico, social y espiritual del paciente. Este proceso, permite reflexionar sobre la forma en que se desarrolla y mantiene el problema que presenta el individuo, seleccionar las técnicas más adecuadas para abordarlo, e identificar fortalezas personales y obstáculos que podrían surgir en el transcurso del tratamiento.

Crittenden y Ainsworth (1989) consideran que, a la hora de formular un caso, es fundamental comprender las causas críticas para planificar las intervenciones. Por causa crítica, se refieren a aquello que al ser modificado inicia una cascada de cambios que resuelven la mayor parte de las amenazas a las que está expuesta una persona o familia. Las autoras afirman que el apego constituye una causa crítica, y Crittenden (2016) agrega que el procesamiento distorsionado de la información (acerca de los peligros potenciales y las posibilidades de reproducción) es la causa crítica de la disfunción. Por lo tanto, acceder al procesamiento abierto de esa información, reflexionar sobre ella e integrarla puede dar lugar a un proceso de adaptación más funcional.

El DMM considera que a la hora de formular el caso se debe tener en cuenta el poderoso efecto que tienen las experiencias tempranas y situaciones adversas que puede haber afrontado la persona a lo largo de su desarrollo. Estas pueden implicar pérdidas afectivas, traumas no resueltos, ser expuestos al prejuicio, la inequidad social, la falta de oportunidad y otras fuerzas que pueden afectar el bienestar social y emocional de individuos y familias (Baim et al., 2022; Crittenden, 2006).

La formulación de caso del DMM pone énfasis en la función adaptativa de los síntomas, se focaliza en el aspecto protector de los mismos, ya sea para sí mismo o para la progenie (Crittenden, 1995, 2016; Crittenden et al., 2011). Es por eso, que la denomina “Formulación Funcional”. Esta postura, resalta la relevancia de la “función” del comportamiento a la hora de analizar las disfunciones o problemas (Baim et al., 2022; Crittenden, 2016; Hautamäki, 2014). Para la formulación funcional, la atención está puesta en examinar la información y generar explicaciones acerca de las distintas conductas que presenta el individuo.

Al formular el caso, se debe definir en primer lugar el problema que requiere una intervención. Este modelo considera que los síntomas pueden cumplir diferentes funciones en cada individuo, por lo que son imprecisos a la hora de diseñar un tratamiento (Crittenden, 2016; Wilkinson, 2003). Para el DMM, una disfunción requiere

tratamiento cuando genera gran malestar o pone en riesgo al individuo. De acuerdo con Crittenden (2016), hay tres puntos cruciales a tener en cuenta: Hay amenazas en todo desarrollo humano, pero el riesgo por sí mismo no genera psicopatología. Tampoco los aspectos genéticos o los adquiridos a lo largo del desarrollo pueden por sí mismos generarla. La disfunción es un proceso interpersonal que indica una falta de sincronía entre las necesidades de protección de la persona vulnerable y las respuestas de sus figuras de apego.

En segundo lugar, se analizará la naturaleza de las amenazas a las que está y estuvo expuesto el individuo. Las amenazas pueden tomar distintas formas, ya sea a través de la presencia de eventos peligrosos (como el abuso de sustancias o la violencia doméstica) como de la falta de protección y confort. Cuando los riesgos son claramente percibidos producen menos distorsiones que aquellos que son ambiguos o están ocultos (Fonagy, 1999; Crittenden, 2016).

En tercer lugar, se debe tener en cuenta la maduración, aspecto crucial para la formulación funcional del DMM. Las disfunciones aparecen cuando hay un desequilibrio entre los riesgos a los que estamos expuestos y la maduración biológica que nos permite organizar una respuesta protectora.

El cuarto aspecto a considerar en la formulación funcional es el procesamiento de la información. Las situaciones del pasado afectan la conducta actual a partir de este procesamiento. Cuando este es disfuncional, hay una interpretación errónea de las percepciones que puede ir acompañada de una falla en la capacidad de autorregulación y resolución de problemas (Milozzi y Marmo, 2022; Ribero-Marulanda y Vargas-Gutiérrez, 2013; Vargas-Gutiérrez y Muñoz-Martínez, 2013). Estos errores en el procesamiento de la información dan lugar entonces a alteraciones en la conducta. El DMM asume que la conducta que un sujeto despliega está provista de significado, aunque vista desde afuera pueda parecer totalmente inadecuada.

Crittenden enfatiza que, aunque hay mecanismos por los que las dificultades se auto-sostienen, la maduración puede facilitar los cambios, en la medida en que permite descubrir discrepancias y generar soluciones que no eran posibles anteriormente.

Crittenden (2016) sostiene que la formulación funcional tiene distintos componentes (Tabla 1): Los individuales, los contextuales y los relacionados al propio terapeuta. Los componentes individuales a tener en cuenta son varios: En primer lugar, los aspectos biológicos, tales como antecedentes genéticos, estado general de salud, hábitos de alimentación, sueño, ejercicio y aspectos neuroquímicos que podrían requerir atención. En segundo lugar, la autora incluye la historia de desarrollo del individuo y la de sus padres, particularmente los eventos de riesgo a los que hayan podido estar expuestos (negligencia, abuso, engaño, separación, enfermedades recurrentes, bullying, conflictos domésticos, etc.). En tercer lugar, el contexto actual; nuevamente aquí, se buscan principalmente factores de riesgo como ingresos bajos, condiciones de vivienda inadecuada, acceso limitado a los servicios de salud, violencia doméstica o marginalidad. Se debe considerar también

la adaptación actual a las distintas áreas de la vida como el matrimonio, el empleo, la vida social, la familia extensa y las relaciones con cada uno de los hijos en el caso de que los tenga (Crittenden, 2016).

Entre los componentes contextuales se debe evaluar la posibilidad que tiene y tuvo el sujeto a lo largo de su historia de acceder a los distintos servicios de apoyo. En los casos en que el acceso a estos servicios es limitado o inadecuado el riesgo se incrementa, al igual que el nivel de sufrimiento que experimentan las personas (Crittenden, 1998; Crittenden et al., 1991).

La formulación funcional del DMM considera que es importante tener en cuenta también aquellos aspectos vinculados al propio terapeuta. Particularmente, se han de considerar su historia temprana, la estrategia de apego y el procesamiento de la información. Para poder guiar al paciente, los terapeutas deben conocerse a sí mismos y saber lo que tienen para ofrecer. Adicionalmente, se deben considerar el entrenamiento y las herramientas de las que se dispone y las limitaciones que podrían afectar el tratamiento del sujeto en cuestión. (Crittenden, 2016).

Tabla 1

Componentes de la Formulación Funcional del DMM (Crittenden, 2016)

Individuales	Contextuales	Del Terapeuta
Aspectos biológicos	Servicios de apoyo de los que se dispone y se dispuso en el pasado	Historia temprana
Desarrollo temprano propio y de los progenitores		Historia temprana
Contexto actual		Entrenamiento
Adaptación actual y estrategia de apego		Habilidades
		Limitaciones

En la formulación funcional de caso es fundamental, por último, determinar claramente qué tanta conciencia tiene el individuo de la necesidad de cambio, y esto se relaciona estrechamente con la capacidad de percibir las discrepancias. Cuando esta capacidad está presente, ya sea porque la persona puede reconocer los problemas, o porque alguien externo define una conducta como problemática, es que los cambios pueden empezar a generarse (Crittenden, 2020). Cuando no se perciben las discrepancias, o al menos no con la suficiente fuerza, difícilmente se busque hacer un cambio. En los casos en que las discrepancias son muy severas, el tratamiento termina siendo impuesto ya sea por los servicios de protección infantil, o por internaciones psiquiátricas, hospitalizaciones, etc. (Crittenden, 2016). La hipótesis de Crittenden y Ainsworth (1989) es que volver explícito lo implícito, acceder tanto a la información cognitiva como a la afectiva, y ser capaz de razonar reflexivamente, tiene la potencialidad de cambiar la historia de la persona.

La Entrevista de Apego Adulto

El DMM dispone de una serie de evaluaciones que complementan la información recabada por el terapeuta durante las entrevistas iniciales y contribuyen a la formulación de caso. Hay una evaluación específica para cada etapa del ciclo vital. Estas evaluaciones son codificadas “a ciegas”. Es decir, por evaluadores que desconocen la historia clínica del paciente, sus antecedentes o el motivo de consulta actual. Esto se hace con la finalidad de lograr la mayor objetividad posible y es de gran utilidad para los terapeutas, ya que reciben una mirada lo menos contaminada posible sobre el paciente que ha sido evaluado por un codificador neutro (Crittenden, 2012, 2014, 2019, 2020).

En el caso de los adultos, la adaptación de Patricia Crittenden de la Entrevista de Apego Adulta (AAI) (George et al., 1985) constituye la técnica de evaluación más importante. Se trata de una entrevista semi-estructurada, con algunas preguntas establecidas y otras de seguimiento que irá formulando el entrevistador en base a las respuestas que reciba y que tienen la finalidad de completar la información que omite el entrevistado o que es necesaria para clarificar alguna situación relatada. La entrevista posee una estructura en la cual hay un aumento sistemático de la amenaza para el self en cada sección de preguntas. El objetivo de esto es que el entrevistado despliegue su estrategia autoprotectora (de apego) al responder a las mismas.

La entrevista comienza con preguntas acerca de la situación general en la infancia e indaga sobre los recuerdos más tempranos de la persona. En la sección siguiente se busca información sobre la relación con ambas figuras de apego, solicitando adjetivos que definan dicha relación y episodios específicos que sustenten la información brindada. Posteriormente se pregunta por la forma en que se presentaban situaciones comunes en la infancia como el hecho de tener que irse a dormir, estar enfermo, etcétera, y sobre la presencia de situaciones amenazantes o atemorizantes en esa etapa, como por ejemplo el hecho de haber sido abusado o cuidado negligentemente. En las últimas secciones de la entrevista se rastrea la etapa de la adolescencia y el vínculo con los padres durante la misma, las pérdidas a las que pudo estar expuesto a lo largo de su vida, las relaciones de pareja que ha tenido y finalmente se realizan una serie de preguntas integrativas en las que se interroga, entre otras cosas, sobre la explicación que la persona se da sobre el comportamiento de sus padres durante su infancia y lo que aprendió de su experiencia como niño (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini, 2011)

La entrevista de apego adulto presta especial atención a las fuentes de información a través de las cuales el individuo percibe información y a la manera en que están organizados los distintos tipos de memoria. Para el DMM, la forma de la información es tan importante como el contenido (Crittenden, 2016, 2020). La hipótesis que sostiene este modelo es que el significado funcional se evidencia en la forma en que el individuo se expresa y que esta coincidirá con el contenido sólo en los casos en que haya una alta coherencia intra e interpersonal (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini, 2011)

La toma, codificación y análisis del AAI requiere de un observador altamente calificado, que conozca en profundidad los aspectos teóricos del DMM y el complejo método de clasificación de la entrevista.

La codificación, consta de distintos pasos. Primero, se elabora una cronología de las situaciones de riesgo vividas por el individuo y se le asigna un puntaje de acuerdo a la Escala de Riesgo del AAI (Crittenden, 2020). Posteriormente, se realiza un análisis del discurso, que permite observar la forma en que los distintos sistemas de memoria están organizados (Memoria procedural, de imágenes, semántica, episódica). El codificador buscará evidencia de transformaciones en la información (información verdadera, distorsionada, omitida, errónea, falsa, negada y delirante) y rastreará en la transcripción de la entrevista indicios de pérdida no resuelta y trauma psicológico. Finalmente, se buscarán modificadores (Somatización, Irrupción de Afecto negativo, reorganización de la estrategia de apego). Las máximas de Grice (1975) son utilizadas para evaluar la cantidad de información brindada por la persona evaluada, la relevancia de la misma, la calidad que posee y la forma en que es aportada. Finalmente, en base a todo lo mencionado, se establecerá la estrategia de apego del individuo.

Otro aspecto fundamental a considerar es la historia relatada por el sujeto. Se buscará en ella evidencia de protección frente a los peligros, consuelo frente al malestar, inversión de roles, negligencia física y emocional, exposición a situaciones peligrosas, sensación de rechazo, violencia entre los padres, demanda de rendimiento (académico, deportivo, conducta complaciente), triangulación, engaño y referencias a la sexualidad (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini, 2011).

El análisis de la última parte de la entrevista permite comprender la forma en que el individuo se auto-refiere su historia y el comportamiento que sus padres tuvieron hacia él. Cuando se cuenta con una buena capacidad reflexiva el sujeto es capaz de observar las discrepancias, encontrar nuevas explicaciones, rescatar los aspectos positivos de su historia y reconocer los negativos. Además, se observa optimismo en relación con el futuro y sensación de control sobre su propia vida.

Los datos arrojados por la entrevista permitirán dar sentido a los problemas que presenta el paciente, comprenderlos en relación a su historia de apego, determinar situaciones no resueltas que ameritan ser exploradas en terapia y establecer la capacidad reflexiva con la que se cuenta. Esta información, sumada a la obtenida en las entrevistas permitirá seleccionar las técnicas de abordaje más adecuadas para esa persona, establecer la secuencia en que serán aplicadas y formular objetivos terapéuticos (Baim, 2011; Baim et al. 2022).

Las Estrategias de Apego en la Edad Adulta y los Indicadores en el AAI

Crittenden (2016) sostiene que la estrategia de apego es funcional en la medida en que le permite al individuo protegerse efectivamente tanto sí mismo como a la pareja y los hijos de los riesgos que impone la vida. Además, una estrategia funcional permite al sujeto actuar de forma que sus comportamientos se orienten

al logro sus objetivos y metas.

Aquellas personas que llegan a la adultez habiendo encontrado en su vida seguridad, confort y estabilidad, suelen auto-realizarse y lograr independencia económica y psicológica, lo que les permite iniciar su propia familia. Para aquellos que no han tenido tanta suerte, esta etapa de la vida ofrece múltiples posibilidades de cambio, ya que es un período en el que hay una gran maduración que puede dar lugar a una reorganización de la estrategia de apego y además, está la posibilidad de encontrar un compañero afectivo que utilice una estrategia balanceada (Crittenden, 2016).

Como se observa en la Tabla 2, hay indicadores generales en el AAI que son distintivos de cada estrategia de apego. Los individuos con una estrategia de apego A o evitativa, se manejan predominantemente con información cognitiva, suelen desestimar el self tomando la perspectiva de los demás y mostrándose deferente con ellos. Al relatar su historia minimizan los problemas e intentan distanciarse del pasado (Crittenden y Landini, 2011). Estos sujetos, típicamente presentan AAI en las que se utiliza un lenguaje denotativo, que tiene la finalidad de regular los estados afectivos propios y minimizar la importancia de los problemas. Las transcripciones de sus entrevistas son claras, de fácil lectura y presentan un buen orden temporal. Se evidencia en las mismas que los hechos son relatados omitiendo los aspectos negativos de las situaciones, tomando la perspectiva de otras personas, desestimando el self e intentando poner distancia con el pasado. En el otro extremo, las personas con una estrategia de apego de tipo C, presentan típicamente manuscritos con disfluencias significativas, que hacen difícil la lectura del mismo, por lo que el codificador debe revisar las mismas situaciones varias veces para comprenderlas. Estos individuos exageran la importancia de los problemas y suelen responsabilizar por ellos a las figuras de apego omitiendo su contribución a estos (Crittenden, 2020). Los individuos con una estrategia C se manejan predominantemente con información emocional, desestimando la información cognitiva, utilizan un lenguaje evocativo, con la finalidad de producir una respuesta emocional en el entrevistador y predominan las imágenes visuales vívidas, el tiempo presente en los relatos y otros indicadores de que el problema pasado permanentemente se trae al presente. En relación a las estrategias de apego de tipo B, se observan manuscritos que se pueden leer fluidamente, donde el sujeto presenta tanto los aspectos positivos como los negativos del sí mismo y de los demás. Es capaz de reflejar su propia perspectiva y al mismo tiempo considerar la de los otros y de integrar cognición y afecto. Además, es posible para el sujeto identificar tanto su propia contribución como la de los demás a los problemas relatados (Baim, 2011; Crittenden y Landini, 2011; Crittenden, 2020).

Tabla 2*Estrategias de Apego A, B y C. Características Generales (Crittenden, 2020)*

Estrategia A	Estrategia B	Estrategia C
Cognitivamente organizado	Minimiza los aspectos negativos	Afectivamente organizado
Toma la perspectiva de los otros en el discurso	Toma la perspectiva propia y la de los otros en el discurso	Muestra su propia perspectiva en el discurso
Desestima el Self Se encuentra más preocupado por los demás que por sí mismo	Considerado consigo mismo y los otros	Desestima a los demás
Omite los afectos negativos	Expresa adecuadamente afectos positivos y negativos	Exagera los afectos negativos
Minimiza los aspectos negativos	Integra aspectos positivos y negativos	Maximiza los aspectos negativos
Se distancia del pasado	Reconoce el pasado y puede reflexionar sobre él	Se encuentra más preocupado por los demás que por sí mismo

La entrevista de apego adulto permite al codificador entrenado, establecer también la sub-estrategia A, B o C de la persona evaluada. Para esto, hará un cuidadoso análisis de indicadores del discurso y la conducta. En el Apéndice 1 se encuentran los indicadores típicos de las estrategias B y los más característicos de las sub-estrategias A y C (Crittenden, 2020).

Conclusión

La formulación funcional del DMM es un proceso que se encuentra aún en etapa de desarrollo, tiene como propósito atribuir significado a los problemas que presenta el paciente. Esto implica para el profesional intentar comprender la realidad desde la perspectiva que el sujeto trae y analizarlo a la luz de su historia evolutiva. Constituye un proceso complejo, que requiere por parte del profesional experiencia clínica, entrenamiento, empatía y madurez .

La entrevista de Apego Adulto constituye una valiosa herramienta de evaluación que facilita el proceso de Formulación de Caso ya que permite conocer las condiciones de partida de la vida del individuo, los riesgos que afrontó a lo largo de su historia, la forma en que se defiende del peligro, se auto-refiere su experiencia, y se auto-regula. Brinda además valiosa información sobre la capacidad de percibir la discrepancia que posee la persona y de razonar reflexivamente. Los datos arrojados por el AAI y los recabados en las entrevistas, permitirán al terapeuta sacar hipótesis acerca de la función que tienen los problemas que presenta el sujeto, planificar intervenciones y seleccionar las técnicas más adecuadas a las características singulares de ese paciente dentro del contexto en el que se encuentra y con los recursos que cuenta.

Referencias

- Baim, C., Guthrie, L., Loh, E. y Bhogal, K. (2022). *Attachment-based practice with children, adolescents, and families [Práctica basada en el apego con niños, adolescentes y familias]*. Pavilion Publishing.
- Baim, C. y Morrison, T. (2011). *Attachment based practice with adults. Understanding strategies and promoting positive changes [Práctica basada en el apego con adultos. Entender estrategias y promover cambios positivos]*. Pavilion Publishing.
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain [Cómo se fabrican las emociones: La vida secreta del cerebro]*. Macmillan.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy, Basics and beyond [Terapia cognitiva, conceptos básicos y más allá]*. Guilford Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss (vol. 3): Loss, sadness and depression [Apego y pérdida (vol. 3): Pérdida, tristeza y depresión]*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1990). *Una base segura*. Paidós.
- Brown, D. y Elliott, D. (2016). *Attachment disturbances in adults: treatment for comprehensive repair [Trastornos del apego en adultos: tratamiento para la reparación integral]*. Norton.
- Cassidy, J. y Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications [Manual de apego: teoría, investigación y aplicaciones clínicas]*. Guilford Press.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain [La neurociencia de la psicoterapia: construir y reconstruir el cerebro humano]*. Norton.
- Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families [Patrones familiares y diádicos de funcionamiento en familias maltratadora]. En K. Browne, C. Davies y P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 161-189). John Wiley.
- Crittenden, P. (1995). Attachment and risk for psychopathology: The early years [Apego y riesgo de psicopatología: Los primeros años]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16(3, Suppl), S12–S16. <https://doi.org/10.1097/00004703-199506001-00004>
- Crittenden, P. (1998). Dangerous behavior and dangerous context: A 35-year perspective on research on the developmental effect of child neglect and physical abuse [Comportamiento peligroso y contexto peligroso: una perspectiva de 35 años sobre la investigación sobre el efecto del desarrollo de la negligencia infantil y el abuso físico]. En P. Trickett (Ed.), *Violence to children* (pp.11-38). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10292-001>
- Crittenden, P. (2006). A dynamic maturational model of attachment [Un modelo dinámico de maduración del apego]. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27(2), 105-115. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x>
- Crittenden, P. (2012). *Infant care index [Índice de cuidado infantil]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. (2014). *Pre-school assessment of attachment [Evaluación preescolar del apego]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. (2016). *Raising parents: Attachment, representation and treatment [La crianza de los padres: apego, representación y trato]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315726069>
- Crittenden, P. (2019). *Toddler CARE-Index [Índice CARE para niños pequeños]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. (2020). *Adult attachment interview [Entrevista de apego para adultos]*. Family Relations Institute Booklet.
- Crittenden, P. y Ainsworth M. (1989). Child maltreatment and attachment theory [Maltrato infantil y teoría del apego]. En D. Cicchetti y V. Carlson (eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 432-463). Cambridge University Press.
- Crittenden, P. y Baim, C. (2017). Using assessment of attachment in child care proceedings to guide intervention [Uso de la evaluación del apego en los procedimientos de cuidado infantil para guiar la intervención]. En L. Dixon, D. Perkins, C. Hamilton-Giachritsis y L. Craig (Eds.), *What works in child protection: an evidenced-based approach to assessment and intervention in care proceedings* (pp. 385-402). Wiley.
- Crittenden, P. y Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic maturational approach to discourse analysis [Evaluación del apego adulto: un enfoque madurativo dinámico para el análisis del discurso]*. Norton.
- Crittenden, P., Landini, A. y Spieker, S. (2021a). Staying alive: A 21st century agenda for mental health, child protection and forensic services [Mantenerse con vida: una agenda del siglo XXI para los servicios de salud mental, protección infantil y forenses]. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), 29-51. <https://doi.org/10.1177/26344041211007831>

- Crittenden, P., Partridge, M. y Claussen, A. (1991). Family patterns of relationship in normative and dysfunctional families [Patrones familiares de relación en familias normativas y disfuncionales]. *Development and Psychopathology*, 3(4), 491-512. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007653>
- Crittenden, P., Spieker, S. y Farnfield, S. (2021b). *Turning points in the assessment and clinical applications of individual differences in attachment [Puntos de inflexión en la evaluación y aplicaciones clínicas de las diferencias individuales en el apego]*. Oxford Bibliographies. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199828340-0271>
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain [El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano]*. Putnam.
- Eagleman, D. (2020). *Livewired: The inside story of the ever-changing brain [Cableado viviente: La historia interna del cerebro en constante cambio]*. Vintage
- Fonagy, P. (1999). The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learnt from the Analysis of an adolescent with obsessive compulsive disorder [La transmisión transgeneracional del trauma del holocausto: lecciones aprendidas del análisis de un adolescente con trastorno obsesivo compulsivo]. *Attachment and Human Development*, 1(1), 92-114. <https://doi.org/10.1080/14616739900134041>
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis [Teoría del apego y psicoanálisis]*. Other Press.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *The adult attachment interview protocol [El protocolo de entrevista de apego adulto]*. Universidad de California.
- Grice, H. P. (2002). Logic and conversation [Lógica y conversación]. En D. J. Levitin (Ed.), *Foundations of cognitive psychology: Core readings* (pp. 719-732). MIT Press.
- Hautamäki, A. (2014). The dynamic-maturational model of attachment and adaptation - Theory and practice [El modelo dinámico-maduracional de apego y adaptación - Teoría y práctica]. Swedish school of social science.
- Holmes, J. (2001). *The search for the secure base: Attachment theory and psychotherapy [La búsqueda de la base segura: teoría del apego y psicoterapia]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315783260>
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention [Abuso y negligencia infantil: apego, desarrollo e intervención]*. Springer.
- Hudson-Allee, G. (2009). *Infant losses, adult searches: A neural and developmental perspective on psychopathology and sexual offending [Pérdidas infantiles, búsquedas de adultos: una perspectiva neural y evolutiva de la psicopatología y los delitos sexuales]*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429475856>
- Marrone, M. (2014). *Attachment and interaction: From Bowlby to current theory and practice [Apego e interacción: de Bowlby a la teoría y la práctica actuales]*. Jessica Kingsley.
- Milozzi, S. y Mermo, J. (2022). Revisión sistemática de la relación entre apego y regulación emocional. *Revista Ojos Unemi*, 6(11), 70-86. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1443>
- Miró, M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Promolibro.
- Quiñones, A. (2022). *Formulación de caso evolucionista: Un lenguaje común en psicoterapia*. Ril Editores.
- Ribero-Marulanda, S. y Vargas-Gutiérrez, R. (2013). Análisis bibliométrico del concepto del concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 495-525.
- Schore, A. (1994). Attachment and regulation of the right brain [Apego y regulación del cerebro derecho]. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47. <https://doi.org/10.1080/146167300361309>
- Schore, A. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders [Organización temprana del cerebro derecho no lineal y desarrollo de una predisposición a los trastornos psiquiátricos]. *Development and Psychopathology*, 9(4), 595-631. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001363>
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health [Efectos de una relación de apego seguro en el desarrollo del cerebro derecho, la regulación afectiva y la salud mental infantil]. *Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C7::AID-IMHJ2%3E3.0.CO;2-N)
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of wellbeing [El cerebro consciente: Reflexión y sintonía en el cultivo del bienestar]*. Norton.
- Stern, D. (2019). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology [El mundo interpersonal del infante: una mirada desde el psicoanálisis y la psicología del desarrollo]*. Routledge (Trabajo original publicado en 1985) <https://doi.org/10.4324/9780429482137>
- Thompson, A. y Raikes, H. (2003). Towards the next quarter-century: conceptual and methodological challenges for attachment theory [Hacia el próximo cuarto de siglo: desafíos conceptuales y metodológicos para la teoría del apego]. *Development and Psychopathology*, 15(3), 691-718. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000348>

- Tulving, E. (1979). Memory research: What kind of progress? [Investigación de la memoria: ¿Qué tipo de progreso?] En L.G. Nilsson (Ed.), *Perspectives on memory research: Essays in honor of Uppsala University's 500th anniversary* (pp. 19–34). Psychology press.
- Vargas-Gutiérrez, R. y Muñoz-Martínez, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24(2), 225-240. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200003>
- Wilkinson, S. (2003). *Coping and complaining: Attachment and the language of disease* [Afrontamiento y quejas: el apego y el lenguaje de la enfermedad]. Brunner-Routledge.

Apéndices

Apéndice I

Indicadores cada Estrategia de Apego en el AAI (Crittenden, 2020; Crittenden y Landini 2011)

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
B Tipo Balanceado	La información está integrada y se usa de forma balanceada, sin transformaciones	La estructura de la oración es coherente, sin omisiones o intrusiones, respondiendo a lo que se le pregunta
A1 Inhibido	Se idealizan a las figuras de apego desestimando sus aspectos negativos. La conducta es predecible y responsable, se evitan problemas.	El lenguaje es telegráfico, se utilizan adjetivos positivos absolutos (ej. Magnífico), hay omisión del self en las oraciones, oraciones sin terminar y dificultad para recordar episodios infantiles.
A2 Socialmente fácil	Se idealizan a las figuras de apego y desvaloriza el self. Presentan una conducta superficialmente social, pero evitan las relaciones cercanas	Presenta los mismos que la estrategia A1. Se observan clichés en lugar de integración reflexiva.
A3 Cuidador compulsivo	Se inhibe la información acerca de las propias necesidades y se focaliza en la de los demás. En la infancia, intentan alegrar a los padres emocionalmente retirados o tristes. En la adultez suelen tener trabajos relacionados con cuidar de otros física o emocionalmente.	Se observa deferencia a las necesidades del entrevistador, falso afecto positivo (reírse cuando se tocan temas tristes por ejemplo), y perspectiva parental tomada como si fuera propia, Desplazan las imágenes y episodios relatados como si pertenecieran a otras personas (ej. Relatan situaciones vividas por los hermanos)

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
A4 Compaciente compulsivo	Disocian los afectos negativos del self. Se esfuerzan por prevenir el peligro haciendo lo que desea la figura de apego. Se observa vigilancia excesiva, anticipación a las necesidades y expectativas de otros. Generalmente se muestran agitados y ansiosos, con tendencia a somatizar.	Se evidencia negación de los afectos negativos y una mirada distante del self, como si se lo analizara críticamente. Se observa hipervigilancia hacia el entrevistador, perspectiva parental, episodios desplazados y metacogniciones fallidas acerca del self.
A5 Compulsivamente promiscuo	Idealizan a las personas distantes o desconocidas. Niegan el miedo y el dolor y buscar a personas desconocidas y proximidad con extraños.	Incluyen términos sexuales Exoneran a los padres del daño causado. Presentan metacogniciones fallidas
A6 Autosuficiente compulsivo	Son capaces de reconocer la imperfección de los padres, pero toman la responsabilidad personal por esa limitación. Evitan relaciones que eliciten sentimientos. Presentan una conducta responsable, distante, evitan relaciones interpersonales. Son excesivamente independientes.	Se refieren al self en términos profesionales o académicos (artificiales), Presentan imágenes desconectadas. Toman la responsabilidad por la conducta dañina de los padres. Hay episodios de culpa distorsionada.
A7 Idealización delirante	Generar información positiva de figuras de apego peligrosas, negar su conducta dañina. Es una estrategia desesperada de creer falsamente que se está seguro.	Se observa negación del dolor, deferencia hacia los demás, episodios delirantes, no factibles de ser reales, y una errónea atribución de la conducta peligrosa y dañina de los padres
A8 Self externamente ensamblado	Atienden especialmente a lo que los profesionales de la salud han dicho sobre ellos. Ignoran o niegan los propios sentimientos y perspectivas. Hacen lo que los demás requieren, e intentan protegerse a sí mismos confiando absolutamente en los demás.	Se autodescriben como fueron diagnosticados. Las memorias que refieren fueron asignadas por profesionales o historias clínicas

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
C1 Amenazante	Exageran el enojo para influir sobre la conducta de otros. Presentan comportamientos como rabietas sin conducta agresiva abierta	En la transcripción se observan oraciones largas, con despliegue de enojo y falta de claridad. Se utiliza el tiempo presente, y hay imágenes visuales y auditivas intensas de lugares y personas peligrosas. Los episodios confusos y pierden los lazos temporales
C2 Desarmante	Se exagera el deseo de consuelo. Utilizan conducta encantadora para desarmar amenazas.	Presentan conclusiones semánticas omitidas para la evidencia episódica. Despliegan risa desarmante frente a las afirmaciones agresivas
C3 agresivo	Se exagera el enojo y la conducta agresiva. No asumen la responsabilidad de los resultados adversos. Presentan conducta agresiva que elicitó complacencia en los demás	Las oraciones son largas, y pueden presentar incoherencias. Se utiliza con frecuencia el conector "pero". Confrontan con el entrevistador y los episodios narrados omiten la conducta instigadora del hablante
C4 Indefensión fingida	Hay despliegue exagerado de miedo y deseo de confort. Desestiman los sentimientos y deseos de los otros. Despliegan conducta indefensa aparente que elicitó rescate por parte de los demás.	Se muestran seductores con el entrevistador. Suelen hacer acusaciones reduccionistas hacia los demás que eliminan la complejidad de la causalidad. Hay falta de episodios negativos para los descriptores que utiliza.
C5 Obsesionado con la venganza	Se alterna con C6. Brindan mucha información irrelevante sobre el self. Luchan, agreden y se presentan engañosamente como inocentes.	Utilizan lenguaje escatológico, imágenes animadas y actuadas. Devalúan abiertamente a las figuras de apego. Pueden brindar información falsa y aclamar que los eventos negativos no afectaron su self

Estrategia	Conducta	Marcadores en el discurso
C6 Obsesionado con ser rescatado	Presentan una gran disociación que los muestra en ocasiones vulnerables, inocentes y victimizados y en otras desconsiderado y poderosos.	Tienen una actitud seductora con el entrevistador acompañada de señales fuertes de distrés. Alteran los hechos con el propósito de hacer ver la conducta de los demás como dañina Hay una mala atribución de causalidad. Se observan episodios triangulados
C7 Intimidante	Presentan enojo generalizado. No asocian las propias contribuciones a los eventos peligrosos. Se encuentran listos para atacar a cualquier persona que pueda ser percibida como amenaza.	Tienen una actitud de distanciamiento de los otros y desconsideración. Muestran frialdad frente al distrés de los demás. Se observan delirios de poder y lenguaje que afecta el estado de ánimo.
C8 Paranoide	Presentan una conducta esquivada y falta de miedo junto con comportamientos agresivos imprevisibles.	Relatan episodios en los que se evidencia sentimiento de poder y venganza sobre otras personas.