

MODELO DINÁMICO-MADURACIONAL DEL APEGO

Patricia Crittenden

Este artículo presenta las generalidades de un enfoque basado en el apego para la formulación de trastornos comportamentales y psiquiátricos. El Modelo Dinámico Maduracional (DMM por sus siglas en inglés) del apego ubica muchos de esos problemas en el contexto de las relaciones de apego familiares. En el DMM, la maduración neurológica en interacción con la experiencia es central para las estrategias auto protectoras que los individuos desarrollan para regular los apegos familiares. Cuando las relaciones fracasan en proteger a los niños (o a los padres) se organizan estrategias más extremas para arrancar alguna medida de seguridad y confort de un entorno que, de lo contrario, sería amenazante. Se han descrito una amplia gama de tales estrategias. Se sostiene que el reconocer estrategias de apego en pacientes es crucial para proporcionarles tratamiento útil (y reducir el riesgo de un tratamiento inapropiado).

Modelo Dinámico Maduracional del Apego

La teoría del apego es la más importante nueva teoría acerca del funcionamiento de adaptación e inadaptación, y, en los aproximadamente 50 años que van desde su formulación por Bowlby (1969–1982, 1973, 1980), ha interesado bastante y desarrollado muchas variantes. El enfoque que se plantea aquí es el del Modelo Dinámico Maduracional (DMM) de la teoría del apego.

En el DMM el apego es una teoría acerca de a) protegerse a uno mismo y a su progenie del peligro y b) encontrar un compañero para reproducirse (Crittenden, 1995). Como teoría evolutiva, se interesa en los efectos de la herencia genética, los procesos maduracionales y la experiencia específica que producen diferencias individuales en las estrategias para mantenerse seguro a uno mismo. Estas estrategias, o sea, estos patrones de apego, proporcionan tanto una descripción de conducta interpersonal como un sistema funcional para diagnosticar patología. Comparado a muchos enfoques de psicopatología evolutiva, el DMM pone relativamente más énfasis en el efecto de la maduración al crear la posibilidad para el cambio en los senderos del desarrollo, y menos en los efectos acumulativos de las condiciones tempranas para limitar el potencial individual (Maughan & Kim-Cohen, 2005). Igualmente, el DMM interpreta la adaptación, especialmente en la infancia, en términos del encaje de la estrategia al contexto, y enfatiza la importancia de la adaptación como opuesta a enfocarse exclusivamente en la seguridad.

Como teoría de la psicopatología, el DMM se interesa en los efectos de la exposición al peligro en el funcionamiento psicológico y comportamental (Bowlby, 1973, 1980) y en el fallo en encontrar una relación reproductiva satisfactoria (Crittenden, 1997a). A

diferencia de otras teorías de la psicopatología, la teoría del apego comenzó con estudios empíricos de infantes y sus madres en vez de con trastornos adultos. Esto produjo algunas hipótesis inesperadas respecto a cómo la mente inmadura construye la experiencia amenazante, junto con un creciente apoyo empírico para éstas. Las contribuciones centrales del DMM para entender la psicopatología son (1) que diferencia entre muchas estrategias atípicas (en oposición a considerar a la mayoría de los pacientes psiquiátricos como “desorganizados”) (2) proporciona un modelo teórico sobre cómo se desarrollan las estrategias, en términos de maduración de las capacidades para procesar la información, y (3) especifica la función auto-protectora de las estrategias atípicas. Esto es, a través de los lentes del DMM, la conducta inadaptada se vuelve significativa en términos de la historia evolutiva del individuo. Esto puede ayudar a los terapeutas a definir a las perturbaciones psicológicas en términos de intentos de auto mejora en lugar de formas de auto denigración.

Sin embargo, la teoría del apego no es una teoría del tratamiento. En lugar de eso, el modelo dinámico maduracional puede ayudar a redefinir el problema, ofrecer nuevos métodos de evaluación y sugerir cuando y con quien utilizar las distintas herramientas para el cambio psicológico.

Cinco ideas centrales subyacen en el DMM:

1. Los patrones de apego (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) son estrategias auto-protectoras.

2. Las estrategias auto-protectoras se aprenden en la interacción con las figures protectoras (figuras de apego, generalmente los padres).

3. Los síntomas son aspectos funcionales de la estrategia diádica (por ejemplo, acting out, inhibición) o son consecuentes con una estrategia (por ejemplo, conductas ansiosas).

4. Las estrategias cambiarán cuando los individuos (a) perciban que no encajan con el contexto (b) tienen respuestas alternativas para ofrecer, y (c) ambos creen y sienten que es seguro comportarse de maneras alternativas.

5. Por lo tanto, el foco del tratamiento debería estar en posibilitar a los individuos el reflexionar sobre las condiciones en torno a sus conductas, en practicar nuevas respuestas de forma segura, y por último en aprender a encajar la estrategia al contexto para procurar un confort y una seguridad máximos

INSERT HERE (your picture La correspondencia relacionada con este artículo debe enviarse a Patricia M. Crittenden, 9841 SW 147 ST., Miami, FL 33176, USA, e-mail: pmcrittenden@att.net. Una versión anterior de este artículo existe en italiano. Una versión mas corta en ingles figura en el sitio web de la autora. y

Estrategias Auto-Protectoras Organizadas

La teoría del apego propone que los humanos tienen una propensión innata para organizar estrategias auto-protectoras y, después de la pubertad, estrategias sexuales (Bowlby, 1969/82; Crittenden, 1997a). Las bases para esta organización son formas universales (transmitidas genéticamente) de procesamiento de la información que tiene como consecuencia el orientar la atención del individuo preferentemente a los estímulos ligados al peligro y al sexo. Específicamente, las estrategias son el resultado de procesar dos tipos de información: el orden temporal de estimulación (es decir, el orden en el que los estímulos suceden) y su intensidad. Estos dos tipos de información son procesados separadamente por el cerebro, para producir la información "cognitiva" acerca de las relaciones causales y la información. Estos dos tipos de información son procesados separadamente por el cerebro y arrojan información "cognitiva" acerca de las relaciones causales e información "afectiva" acerca de los sentimientos somáticos asociados con los contextos. En otras palabras, la *cognición* es para la teoría del aprendizaje la base (las contingencias temporales entre los acontecimientos) mientras que el *afecto* está ligado a la activación (los sentimientos que uno tiene tales como el aumento del latido cardíaco, o el sentimiento de intranquilidad por un presentimiento)

Cognición, Afecto y Estrategias de apego

Estas dos formas de información predictivas (basadas en las secuencias y en el contexto) conducen a dos estrategias básicas de apego.

Las de tipo A y C respectivamente. Los individuos que usan la estrategia de tipo A se organizan en torno a resultados experimentados a los cuales esperan poder recurrir en el futuro. Tales individuos minimizan la conciencia de los sentimientos negativos, los cuales esperan ser reforzados, y evitan hacer lo que esperan que sea castigado. Los trastornos de inhibición y de compulsión pueden ser relacionados con una gran confiabilidad en la información cognitiva. Los individuos que utilizan el tipo de estrategia C están motivados por los sentimientos somáticos (ligados a la intensidad de la estimulación y al procesamiento a través de las estructuras límbicas). Al faltarles confianza en lo que sucederá, se focalizan en los sentimientos como guías de su conducta. Los sentimientos cruciales son negativos, en una graduación de activación en aumento desde el deseo de confort, a la rabia, el miedo, el deseo sexual y el dolor. La activación elevada, puede expresarse de varias maneras. Estas varían en (a) la fisiología, es decir, la preparación del cuerpo para la acción auto-protectora y sexual; (b) las señales no-verbales, por ejemplo, la conducta nerviosa, la intensa activación positiva, señales sexuales; y c) la denominación verbal dada al sentimiento, por ejemplo, la activación puede ser denominada angustia, excitación, o deseo sexual. Algunos sentimientos explícitamente señalan un estado inconfortable, por ejemplo, la rabia, el deseo de confort, y el deseo de contacto sexual, todos estos cuando son satisfechos, generan una disminución de la activación y aumentan en confort. Otros representan falsamente un estado positivo, por ejemplo sonreír cuando están enojados o asustados, llevando a cabo bravuconadas cuando están asustados, una activación elevada auto-inducida cuando están deprimidos. Muchos, pero no todos los trastornos ansiosos están relacionados a una gran confianza en las funciones de organización, motivacionales y comunicativas del afecto negativo. Tales trastornos incluyen el miedo ansioso, la agitación, trastornos de la agresión, y trastornos basados en la separación.

El tipo B, integra la cognición y el afecto y consiste en la comunicación recíproca, abierta y directa de las expectativas y de los sentimientos. La reflexión intra-personal (integración), el debate y la negociación interpersonales son cruciales para evitar los sesgos inherentes a demasiada confianza ya sea en la información cognitiva o afectiva. La estrategia de Tipo B de *equilibrio* psicológico, es por lo tanto menos vulnerable a la psicopatología. Además, el equilibrio les permite a los individuos estar seguros y sentirse cómodos, en una amplia variedad de circunstancias. Sin embargo, el equilibrio

no es sinónimo de seguridad; porque las personas en peligro pueden ser psicológicamente equilibradas, y las personas seguras pueden tener la buena fortuna de vivir en un contexto seguro y protegido. El “equilibrio”, en otras palabras, es más exigente psicológicamente y menos dependiente de la condición del contexto que de la seguridad.

Estrategias Auto-protectoras y Figuras de Apego

En la temprana infancia y en la niñez, las figuras de apego les proporcionan a los niños protección y les enseñan a como darle significado a la información. Después de la pubertad, un compañero sexual proporciona las funciones protectoras y reproductoras. Esta relación produce la próxima generación de niños cuyos padres serán figuras de apego protectoras. En este rol, actúan con su propio entendimiento de lo que es peligroso y lo que es seguro, creando de este modo un entorno en el cual los niños aprenden a dar significados auto-relevantes. Sin embargo estos significados reflejan la experiencia del niño y pueden no ser los mismos significados y estrategias que los usados por sus padres.

Sexualidad y Apego

Asociar la sexualidad al apego es algo único del DMM. La decisión de vincular los dos se basa en varias consideraciones. En teoría, el apego falla en promover la supervivencia de las especies si la reproducción y la protección de la descendencia no están ligadas a la auto-protección. Desde lo comportamental, es casi imposible diferenciar el apego y la conducta sexual dada su extensa superposición; ambos dependen del acercamiento, la vocalización, sonreír, acariciar y sostener/aferrar. Dado que la sexualidad generalmente culmina en relaciones de apego, se podría considerar como un comportamiento de maduración tardía. Afectivamente, los límites entre el afecto, la agresión, y el miedo por un lado, y la activación sexual, por el otro son sumamente permeables. Los estados de activación elevada, pueden transformarse de un estado afectivo a otro o mezclarse, por ejemplo, rabia, miedo, y el deseo intenso de ser consolado, todos pueden experimentarse como activación sexual.

Funcionalmente, ambos, el apego y la sexualidad promueven proximidad, sostienen los vínculos diádicos, y la supervivencia de la próxima generación. Por otra parte, cuando falla en su función ya sea el apego o la sexualidad; el otro puede cumplir con la función, aunque de un modo distorsionado. Es decir, cuando el apego se distorsiona de tal modo que un vínculo no puede mantenerse o se puede volver peligroso, la actividad sexual puede iniciar nuevas uniones, aliviar uniones deterioradas, y eludir la agresión. Por otro lado, cuando la sexualidad se bloquea, el apego mantiene las uniones. Efectivamente, las distorsiones severas del apego casi siempre involucran también alteraciones sexuales hasta el punto de que la psicopatología esencialmente siempre implica alteración del apego y de la sexualidad. Los dos sistemas están tan entrelazados que diferenciarlos puede ser en parte un objeto de valores culturales en un intento de regular la reproducción de maneras protectoras.

El peligro y el desarrollo de estrategias

El postular el rol de la protección y de la reproducción en la organización de la conducta humana, permite a los teóricos del apego interpretar el comportamiento psicopatológico como intentos inadaptados de proteger el self o de encontrar un compañero reproductor. Es decir, que en lugar de tener una amplia variedad de patologías como el DSM o el ICD, el DMM hipotetiza que la inadaptación en cada edad reflejará tanto la exposición al peligro en esa edad y en las edades previas; y también reflejará el conjunto de estrategias que son posibles en esa edad. Cuando el peligro no puede ser resuelto utilizando las estrategias que están disponibles para el todavía no maduro cerebro, el niño probablemente empleará una estrategia inadecuada de un modo no totalmente adaptativo. Por ejemplo., un infante puede aprender a inhibir el despliegue

de afectos negativos si ha sido severamente castigado por ello. Los preescolares pueden aprender a exagerar el despliegue de afectos negativos si esto aumenta la probabilidad de suscitar la atención parental que de otra manera es impredecible. Aun en algunos casos donde una estrategia adecuada es posible desde el punto de vista del desarrollo, puede no ser usada si el niño ya aprendió a no prestar atención a la información relevante o a no actuar de la manera necesaria. Por ejemplo, la inhibición o el afecto negativo puede continuar aplicándose de modo omnipresente, incluso aún después de que el lenguaje posibilita resolver el problema verbalmente. La misma lógica se aplica al acting-out.

Por otro lado, las injurias biológicas (por ejemplo, anomalías genéticas, el daño cerebral o los trastornos químicos) pueden repercutir en una conducta inapropiada o en su ausencia. Es crucial en esos casos determinar si la conducta está relacionada con contingencias interpersonales o es al azar. Por ejemplo, un tic el tartamudeo puede manifestarse cuando los padres estaban enojados, o cuando una separación era inminente. Que tales conductas están bajo un control operante se deduce por la efectividad de las intervenciones comportamentales para modificar su despliegue. Si la conducta es verdaderamente azarosa, esta fuera del DMM, pero si está relacionada a, o modificada por el comportamiento interpersonal, la conducta puede considerarse dentro de un modelo estratégico. Después de todo, *toda* la conducta está basada en la genética, usando estructuras neurológicas y reguladas por los procesos bioquímicos. La pregunta crucial tiene que ver con cuándo y cómo se despliega la conducta interpersonalmente.

Transformaciones de la información y la expansión de la secuencia de las estrategias

En esta sección se presenta el proceso desde la percepción del estímulo hasta su procesamiento; generando múltiples representaciones a partir de él, y finalmente, actuando estratégicamente (y no estratégicamente) sobre la base de la representación. La discusión aquí está condensada y es abstracta, pero puede encontrarse en una forma más elaborada en otro lugar (ver Crittenden, 2006)

Transformaciones de la información

La única información que *tenemos* es información acerca del pasado, mientras que la única información que *necesitamos* es información acerca del futuro. Una función central de cerebro es transformar la información sobre el pasado para obtener representaciones de la probable relación del self con el contexto en el futuro.

Las transformaciones más simples son las representaciones cognitivas y afectivas descritas. Estas pueden transformarse de 5 maneras (Crittenden, 1997c). Cuando la información predice las futuras condiciones, puede considerarse *verdaderamente predictiva*. Algunas veces se genera información predictiva, pero es descartada del futuro procesamiento (de tal forma que no afecta al comportamiento). Los individuos que utilizan una estrategia "pura" de tipo A excluyen su *afecto negativo* del posterior procesamiento, mientras que los individuos que usan una estrategia pura de tipo C excluyen la *cognición* del procesamiento ulterior. Esto es información *omitida*. Adicionalmente, sin embargo, alguna información temporal retenida no predice las futuras consecuencias y algunos sentimientos guardados no indican futuras condiciones. Cuando se hacen asociaciones supersticiosas entre las condiciones actuales y los resultados futuros, la información generada se considera *errónea*. El comportamiento compulsivo y los sentimientos ansiosos que no predicen la seguridad o el peligro son ejemplos de información predictiva errónea. Los infantes son capaces de hacer todas esas tres transformaciones.

Las representaciones más complejas se generan cuando el cerebro madura y la información puede procesarse a través de partes adicionales del cerebro; esos significados crean una brecha entre lo que se experimentó y lo que se representa. Es

decir que las apariencias no siempre son la realidad y se necesita información más complejamente transformada para poder reflejar esto. Por ejemplo, los niños pueden omitir alguna información sobre el pasado del procesamiento ulterior; exagerando por lo tanto el impacto de la información restante en la forma como ellos se representan el futuro probable. Tanto la cognición como el afecto pueden producir esas predicciones *distorsionadas* del futuro. Los niños en edad preescolar pueden distorsionar parte de la información retenida, mientras que conjuntamente excluyen otra información de la conducta. Por ejemplo, un preescolar activado puede desplegar rabia exagerada al mismo tiempo que inhibir el despliegue de miedo y deseo de ser confortado. La información también puede producir predicción falsificada. Los niños preescolares pueden falsificar el afecto. Los niños (y los adultos) que usan las estrategia de tipo A a menudo transforman el verdadero, pero prohibido afecto negativo en aparente falso afecto positivo.

El falso afecto positivo posiblemente actúa del mismo modo si el estado interno motiva la conducta actual. En los años escolares, los niños pueden falsificar la cognición, es decir, pueden transmitir lo opuesto de lo que se espera y al actuar en esa representación, pueden desorientar a los demás acerca de su conducta futura. La conducta de los delincuentes a menudo se apoya en la falsa cognición. Estos 5 tipos de transformaciones (por ejemplo., verdaderamente predictivas, omitidas de la predictibilidad, erróneamente predictivas, predicción distorsionada, y predicción falsificada) les permite a los individuos regular la probabilidad con la que identifican el peligro y organizan las respuestas auto-protectoras (Crittenden, 1997b). Cuanto más amenazados se siente los individuos por el peligro inminente y severo, menos es el error que pueden tolerar; por consiguiente, las transformaciones distorsionadas generalmente aumentan la probabilidad de sobre-identificar el peligro, y también son usadas más a menudo por gente que ha estado en peligro. Por ejemplo, las personas que han padecido los bombardeos durante la Segunda Guerra mundial, pueden responder de manera más drástica e inapropiadamente auto protectora al sonido de los fuegos artificiales o despertarse con sudores fríos con el sonido de los aviones (Kozlowska, Foley, & Crittenden).

La mente y sus representaciones

Estas transformaciones producen representaciones disposicionales, es decir, patrones de actividad neurológica que dispone a los individuos para actuar de determinada manera (Damasio, 1994). Dependiendo de que la representación se base en el orden temporal o en la intensidad de la estimulación, los individuos son propensos a comportarse, según se basen en las consecuencias esperadas o en los sentimientos. Por esto, las distintas representaciones pueden disponer un individuo a respuestas incompatibles. En este caso, la mente debe seleccionar, ya sea una respuesta para realizar o construir una nueva respuesta integrada. Cuando los individuos estiman que el peligro puede ser muy elevado, son impulsados a la acción, basado en la representación pre-cortical que claramente señala la amenaza. Esta representación es probablemente una sobre estimación de la amenaza, y debido a que ha sido procesada sólo pre-corticalmente, el error no es fácilmente discernido o corregido. Por lo tanto, la conducta será a menudo inadaptada. Cuando esto sucede frecuentemente, puede ser considerada psicopatológica. Dada la inmadurez cortical y la gran vulnerabilidad al peligro, los niños se encuentran en particular riesgo de sobre-atribuciones del peligro y de las respuestas inadaptadas. La maduración y el desarrollo promueven la corrección de estos errores-excepto en casos de severidad, continuos, y de peligro engañosos. En esos casos, la naturaleza dominante y ambigua de la amenaza aumenta la probabilidad de que el individuo procese de forma incompleta la información que regula su comportamiento. El resultado en la adolescencia o en la adultez temprana pueden ser patrones de comportamiento muy complejamente distorsionados.

Múltiples Representaciones conceptualizadas como “Sistemas de Memoria”

El procesamiento de la información produce numerosas diferentes representaciones disposicionales. En una descripción simplificada de un proceso complejo e incompletamente comprendido, uno podría decir que hay tres niveles de transformación: (a) pre-consciente y no-verbal, (b) consciente y verbal, y (c) integración reflexiva. Estos producen seis sistemas de memoria (Schacter & Tulving, 1994) que pueden proporcionar un modelo de trabajo de cómo se organiza el comportamiento. Los sistemas de memoria pre-consciente y no verbal, son la memoria procedimental (para la información, cognitiva, temporalmente ordenada) y la memoria de imágenes (para la información sensorial, afectiva). Esto funciona desde el nacimiento en adelante, generando comportamiento de forma rápida y auto protectora. Los procedimientos son esquemas sensorio-motores que operan sobre la base de contingencias reforzadas, de formas pre-conscientes casi reflexivas. Los esquemas procedimentales o bien inhiben ciertos comportamientos (por ejemplo, gritar o llorar) o producen tipos de conductas repetitivas (por ejemplo, compulsiones) que los individuos usualmente no pueden explicar racionalmente. Las imágenes sensoriales asocian algún aspecto del contexto sensorial (por ejemplo, visual, auditivo, gustativo, olfativo y sensaciones táctiles) con la expectativa de cuáles sensaciones ocurrirán seguido, causando cambios en el cuerpo (imágenes somáticas) preparatorias de la expectativa. La salivación del perro de Pavlov es un ejemplo de esto.

Las formas más lentas, pero más abiertas a la revisión consciente, de cognición y afecto son la *memoria semántica* el lenguaje connotativo, respectivamente. La memoria semántica es verbal y consiste en generalizaciones relacionadas con la forma en que las cosas han sido en el pasado y en cómo se espera que sean en el futuro. Sin embargo, a menudo la información semántica trata de cómo las cosas deberían ser. Como consecuencia, puede haber una brecha considerable entre las representaciones semánticas y el comportamiento. El lenguaje connotativo comunica los sentimientos (o la ausencia de los mismos) verbalmente y también suscita los sentimientos del que escucha. Aunque estos cuatro tipos de representación se integran con la información acerca del contexto inmediato temporo-espacial en la memoria de trabajo, la integración de generar sentido se asocia con procesos más complejos (Fig. 1). Las diversas representaciones cognitivas y afectivas pueden tejerse juntas para producir episodios de ocasiones específicas (sea recordados o imaginados), comenzando alrededor de los 3 años de edad. Después de los 6 años más o menos, el funcionamiento reflexivo puede ser usado tanto para modificar la información existente como para generar nueva información. Dado que la integración reflexiva requiere un procesamiento cortical amplio, se desarrolla lentamente a lo largo de la infancia y en la adultez temprana, y lleva más tiempo para completarse que el procesamiento pre-consciente. Por consiguiente la integración reflexiva raramente es usada cuando el peligro está próximo en el tiempo o en el espacio. (Fig. 1).INSERT FIGURE 1 pa109

Organizaciones auto-protectoras del comportamiento

El trabajo clásico de Ainsworth identificó tres patrones básicos de apego (Ainsworth, 1979); la lucidez de esa tricotomía ha sido confirmada en una abundancia de estudios por otros investigadores. Para plantearlo sucintamente, los individuos de Tipo A tienden a omitir sus sentimientos negativos del procesamiento y a actuar de acuerdo con las consecuencias esperadas. El tipo de individuos C hacen lo contrario; actúan de acuerdo a sus sentimientos negativos, prestándoles poca atención a las consecuencias. Ambos tienden a sobreestimar la probabilidad del peligro y a actuar de un modo innecesariamente auto protector. Los individuos de tipo B utilizan ambas fuentes de información; han equilibrado los procesos mentales y la conducta adaptativa (Fig. 2).INSERT FIGURE 2 PAG 109

Tanto Crittenden como Main han expandido el modelo de Ainsworth. El modelo ABCD de Main se basa en el trabajo de Main y Solomon (1990) y define casi todo fuera

de los patrones de Ainsworth como patrones “desorganizados” o “no se pueden clasificar”. Empíricamente, reduce el número de individuos asignados a la categoría de tipo C, e incluyen la mayoría de los niños de Tipo C en la categoría ‘D’ (van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992; see Fig. 3). **INSERT FIG 3 PAG 109**

El DMM ha expandido la serie de estrategias que incluyen las estrategias de tipo A compulsivas y las obsesivas de Tipo C (Crittenden, 1995, 2002). Las estrategias de los números más altos reflejan transformaciones de la información y organización de la conducta que los infantes no pueden manejar. Esto es, el afecto y la cognición distorsionados ocurren en las estrategias de la mitad del modelo, mientras que el afecto y la cognición falsificados ocurren hacia la parte inferior del modelo. El rango de patrones se incrementa en sintonía con la maduración, siendo posible la psicopatía sólo hacia los veinte años (ver figura 4). **INSERT FIGURE 4 (which appears in the article as FIGURE 2 PAGE 109**

Sucintamente, las estrategias de tipo B son equilibradas en lo que respecta a la cognición y el afecto. A1–2 tiende a descartar del afecto negativo, pero bajo seria amenaza, los individuos que utilizan estas estrategias pueden conseguir acceder al afecto necesario. Los individuos que usan las estrategias de cuidador compulsivo (A3, Bowlby, 1973) y compulsivo complaciente (A4, Crittenden & DiLalla, 1988), inhiben el afecto negativo más firmemente bajo situaciones de amenaza y también pueden producir comportamientos forzados (por ejemplo, inversión de roles y conducta obediente, respectivamente) que es reforzada por las figuras de apego. Si esas estrategias fracasan en suscitar protección o terminar con la agresión, el individuo puede retirarse de las relaciones hacia la autosuficiencia compulsiva (A6, Bowlby, 1980), o involucrarse sólo en intimidad superficial, por ejemplo, en la promiscuidad compulsiva (A5, Crittenden, 1995). Los individuos muy amenazados pueden idealizar engañosamente a figuras de apego amenazantes (the “hostage síndrome”, A7, Crittenden, 2002) o confiar plenamente en otros para que les definan (self externamente ensamblado A8, Crittenden, 2002).

El lado opuesto (afectivo) del modelo, C1–2 es una ligera exageración del afecto negativo que puede volver a estar bajo control cuando la seguridad lo requiere. Los individuos que usan una estrategia agresiva y fingidamente desvalida (C3–4, Crittenden, 1992), por otro lado, intensifican el despliegue de afecto -incluso cuando llega a tener consecuencias indeseables. Los individuos que usan una estrategia punitiva o seductora (C5–6, Crittenden, 1994) no solo están obsesionados con relaciones de apego específicas, sino que también confunde a otros, especialmente a figuras de apego, acerca de sus intenciones. Los individuos que usan una estrategia amenazante o paranoide (C7–8, Crittenden, 1995) amenazan o asustan a todos, se comportan de manera engañosa y en general no se siente seguros casi nunca.

También existen diversas combinaciones de estrategias A y C de las cuales la psicopatía (A1–8C1–8, Crittenden, 1995) es la más distorsionada, peligrosa y arriesgada.

Estas estrategias compulsivas y obsesivas están pensadas para que reflejen la gradación de los procesos dimensionales, y no categorías absolutas. Además, se espera que los individuos se muevan entre ellas, como función de una interacción dinámica continua entre la experiencia pasada, la maduración y las condiciones actuales. Las estrategias abarcan muchas formas comúnmente reconocidas de comportamiento inadaptado. Difieren de diagnósticos basados en los síntomas en que las estrategias son vistas como un intento funcional para reducir el peligro representado o deformado por el individuo.

Las representaciones como variables mediadoras

El reconocer que la experiencia y el comportamiento están conectados por el proceso de la representación mental, ayuda a explicar por qué distintos individuos expuestos a peligros similares pueden tener resultados diferentes. La representación, a

su vez, reflejen los efectos de la experiencia anterior y del procedimiento de la organización cerebral. El proceso representacional en sí, más que los genes o la experiencia directa, organiza el comportamiento de los individuos. Esto sugiere la necesidad de diferenciar entre las condiciones que contribuyen y las necesarias y las suficientes para la psicopatología. Hay poca evidencia de que los genes por si solos sean suficientes para causar enfermedad mental, así como tampoco es evidente que sean una condición esencial. Por el contrario, la influencia genética, más a menudo funciona como un factor contribuyente. Sin embargo, ninguno de los dos, determina los resultados de la experiencia. La teoría del apego, por medio de su énfasis en las representaciones individuales de los acontecimientos, sugiere un proceso por el cual las circunstancias similares podrían producir diferentes resultados.

Trayectorias del Desarrollo

El Modelo Dinámico Maduracional de la teoría del apego se dirige al proceso por el cual el potencial normal se diferencia en una amplia variedad de despliegues humanos, incluyendo aquellos que se consideran psicopatológicos.

Una ventaja de esta perspectiva es que la mayoría de los trastornos serios de la adolescencia y la adultez, los trastornos de personalidad y las psicosis, pueden ser considerados como efectos acumulativos de una serie de agravios del desarrollo y sus consiguientes transformaciones de la información. Cada una suma más distorsión un funcionamiento previamente distorsionado. Esto es, dados los numerosos puntos de ramificación a lo largo del desarrollo, el efecto acumulativo de siempre seleccionar un camino distorsionado, alejado del equilibrio y la normalidad será un rango de trastornos serios que, cuando se ven sólo a la luz de la adultez, parecen incomprensibles. Seguir el comportamiento hacia adelante desde la infancia muestra el grado de distorsión de forma comprensible

Siguiendo el comportamiento hacia adelante a partir de la infancia muestra suma de distorsiones de una forma comprensible, aunque lo hace para una persona específica. Esto, a su vez, puede hacer posible el identificar los riegos e intervenir de forma precoz.

Desarrollo en la infancia

La maduración combinada con la experiencia permite a los niños desarrollar nuevas estrategias que representen mejor la relación del self con el contexto. Hasta la adultez, sin embargo, los niños no pueden contar adecuadamente explicar todos los tipos de información. Además, el contexto continúa cambiando mientras que los niños maduran, los desafíos no son estáticos. Por consiguiente, cada paso adelante en el desarrollo contiene tanto la oportunidad de corregir errores pasados como la de generar comportamientos mas adaptados, y también el riesgo que nuevos desafíos prevendrán la integración y suscitaran respuestas más extremas. En la infancia, los problemas son (1) aprender cuales son las señales que afectan el comportamiento de los adultos (2) compartir los estados afectivos con otros (por ejemplo la sintonización), y (3) regular la activación para mantener, por periodos de tiempo cada vez mayores, un estado de activación moderado y atento. El fracaso en poder lograr estos con las figuras de apego conduce a despliegues de inhibición o exageración afectivas (Por ejemplo, estrategias de tipo A o C). Si estas no funcionan para cambiar las probabilidades de que los padres se comporten de un modo particular, el infante puede transformarse en no-estratégico (por ejemplo deprimido con baja activación, desorientado con activación elevada, o vulnerable a las intrusiones de activación elevada en una estrategia inhibitoria.). En la infancia, estos tres estados aparecen como: (1) triste, pasividad retraída (2) agitación sin finalidad, agitación sin foco en lo interpersonal, y a veces, con auto-estimulación (por ejemplo síntomas de espectro autista), y (3) breves arrebatos como pérdida de la inhibición o control inhibitorio en momentos de estrés intenso.

Los años Preescolares

En los años preescolares, uno de los riesgos es que algunos niños fallen en establecer relaciones con adultos no familiares y niños, y los que eligen una estrategia de escalada del afecto, se pueden dañar o suscitar el daño por parte de otros, mientras que lo que están intentando es provocar una respuesta. Es decir, que los patrones de tipo C extremos acarrearán riesgos más inmediatos y obvios que las estrategias inhibitorias del tipo A. Adicionalmente, los niños en edad preescolar hacen la transición de la acción al lenguaje. El riesgo es que los niños del tipo A aprenderán que sus verdaderos afectos negativos, no pueden comunicarlos en palabras a sus padres, por ejemplo porque no son sentimientos apropiados desde la perspectiva de los padres.

Por eso, los niños utilizan el lenguaje para agradar al oyente más que para expresarse. Por eso es más probable que los niños de tipo C que aprendan que los demás pueden usar el lenguaje para engañarlos, especialmente acerca del futuro. El riesgo es que continuarán comunicándose por medio de la acción en vez de por el lenguaje

Los años escolares

Durante los años escolares, el cortex madura de tal forma, que por primera vez, les permite a los niños reflexionar sobre su propio comportamiento. Los niños que no reciben ayuda para hacer esto de sus figuras de apego, encontrarán crecientes dificultades para regular su conducta. Esto afectará tanto a su experiencia interna de sí mismos como a su experiencia de las relaciones con sus pares (incluidos tanto un mejor apego de pares y también grupos de amigos). Generalmente esta falla sucede cuando 1) los costos de fallar en ser bueno son tan grandes que el niño confía en exceso en las perspectivas de los adultos o (2) las consecuencias son tan impredecibles que los niños confían excesivamente en sus propias perspectivas. Lo anterior satisface a los adultos y resulta en castigos y derivaciones a servicios de salud mental o de corrección. Para evitar el último resultado citado, algunos niños de tipo C comienzan a utilizar el lenguaje para engañar a los demás.

Pubertad y Adolescencia

En la pubertad, el sistema reproductivo se vuelve funcional y los desafíos son (1) integrar el deseo sexual con los sentimientos previamente existentes, tanto de confort y de alegría, como también el deseo de ser consolado, la rabia el miedo y el dolor y (2) comprometerse en una relación heterosexual íntima que puede volverse el cimiento de selección de un compañero reproductivo durante la vida. El fallar en integrar el comienzo de la sexualidad con el apego puede conducir al aislamiento, la promiscuidad, o a enredos sexuales peligrosos. Adicionalmente, la falla en integrar diferentes fuentes de información interferirá con la capacidad de los adolescentes de diferenciar la apariencia de la realidad. En tales casos, los adolescentes no estarán preparados para seleccionar un compañero atinadamente en la adultez.

La maduración cortical se completa alrededor de los 30 años. Por consiguiente, la transición hacia la adultez presenta riesgos incomparables. Algunos adolescentes no han aprendido a usar los procesos reflexivos integrados para guiar su conducta. Para ellos, hacerse responsables de su propio medio de vida, elegir una pareja y tener niños, representan retos muy difíciles. Entre los jóvenes adultos que usan las estrategias de tipo A compulsivas, el riesgo es que ellos cumplirán esas tareas para la satisfacción de los demás sin tener una participación propia o sin encontrar alguna satisfacción. La depresión, las aflicciones psicósomáticas, y los fracasos en la familia o en el trabajo, pueden estar aguardando en su futuro. En casos extremos, cuando no es posible alejarse de la familia físicamente, los brotes psicóticos en los cuales el afecto negativo prohibido y el comportamiento se despliegan repentinamente en formas desorganizadas extremas que pueden reflejar la lucha interna entre el entendimiento de los adolescentes sobre las perspectivas de las figuras de apego y la perspectiva inhibida de sí mismo. Dentro de los C obsesivos, los riesgos son de adherirse a una forma de lucha que oscurece la causalidad; en términos de diagnósticos convencionales, estos son los

trastornos de la alimentación y de la personalidad. Durante la transición a la adultez, los tipos de individuos A y los de tipo C, hacen elecciones que los afectarán a ellos, a sus parejas y a sus hijos por décadas. El costo de las representaciones disposicionales sin corregir y severamente distorsionadas puede ser muy alto y de una extensa duración.

“ La maduración cortical se completa en el entorno de los 30 años. Consecuentemente, la transición a la etapa adulta presenta riesgos únicos.”

Evaluación

Los investigadores del apego han desarrollado una serie de procedimientos específicos para cada edad, para permitir a los investigadores y clínicos evaluar las representaciones de los individuos y su conducta. Todos diferencian los tipos A, B y C (y también incluyen sub-clasificaciones). Las evaluaciones basadas en el discurso también permiten la evaluación de la capacidad integradora. Las series DMM de evaluación se describen a continuación.

Utilizando procedimientos preverbales actuados: Infancia y años preescolares.

El CARE-Index (Crittenden, 1981, 1988, 1979-2005) puede ser utilizado a partir del nacimiento y hasta los tres años. El *Ainsworth Strange Situation* (Situación extraña de Ainsworth) (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1979) desde los 11 a los 15 meses, el *Preschool Assessment of Attachment* (Evaluación del Apego Prescolar, PAA) (Crittenden, 1992, 2004) a partir de los 18 meses hasta los cinco años. Cada uno de ellos evalúa el comportamiento del niño en el contexto de la figura de apego, pero depende solo en aquellos procesos psicológicos y conductuales que están disponibles para los niños de esa edad. Por lo tanto, los procesos integrativos no son evaluados por estas herramientas. En su lugar, cuando se identifican problemas sustanciales en estas evaluaciones, la(s) figura(s) de apego del niño deberían ser evaluadas en lo referente a su capacidad integradora.

Utilizando Procedimientos Verbales: Los años escolares, la adolescencia y la adultez

Las evaluaciones basadas en el discurso incluyen el School-Aged Assessment of Attachment (SAA) (Evaluación de apego en Edad Escolar), el Transition to Adulthood Attachment Interview (TAAI) (Entrevista del Apego en la Transición a la Adultez) adaptada para personas comprendidas entre los 16 y 25 años, y la Adult Attachment Interview (AAI, Geroge, Kaplan & Main, 1986) (Entrevista de Apego Adulto). Las TAAI y la AAI han sido modificadas para ajustarlas al DMM (Crittenden, 1999, 2004). Estas herramientas permiten evaluar tanto la asignación de estrategia como la forma de integración: integrada, reorganizadora, alterada (por traumas o pérdidas sin resolver), desorientada, intrusiones afectivas, y depresiva. Aunque los resultados de estas evaluaciones pueden ser comprendidos y aplicados a la planificación de tratamiento por profesionales entrenados de forma adecuada, sólo profesionales altamente entrenados que son confiables en cada evaluación pueden producir la clasificación. Esto es, por supuesto, es verdad en la mayoría de las evaluaciones clínicas.

Síntomas, Estrategias y Tratamiento

Los actuales procedimientos diagnósticos se basan en cúmulos de síntomas y tienden a no referirse a la etiología del desorden, el contexto de su observación o su tratamiento. El enfoque que se ofrece aquí se refiere a la formulación funcional del problema, sin centrarse en hipótesis acerca de vías de desarrollo e implicaciones para el tratamiento. En el DMM, se ve a los síntomas sirviendo a una función o como siendo imaginados

(preconscientemente) como si sirviesen a una función (cosa en realidad no hacen). Un ejemplo de lo anterior serían el comportamiento supersticioso basado en información errónea. Debajo de los síntomas están las representaciones disposicionales. Determinar cuál representación disposicional regula el comportamiento, por ejemplo, cual organiza la estrategia comportamental y cual permanece latente e invisible, es crucial para identificar hacia dónde dirigir el tratamiento (y por lo tanto para seleccionar los métodos o herramientas).

Identificar el proceso por el cual se agregan capas de distorsión, en una secuencia de desarrollo relacionada con la maduración del cerebro, tiene varias ventajas. Debido a que la perspectiva maduracional le da un sentido al comportamiento inadaptado, puede ayudar a los terapeutas a comunicarse con los pacientes. Más aún, sugiere puntos del desarrollo previos que pueden estar abiertos a intervención y prevención. Por último, sugiere nuevas aproximaciones al tratamiento, particularmente tratamientos que se apuntan a la función estratégica del proceso distorsionado.

Opuestos psicológicos

En el DMM, los tipos A y C son opuestos psicológicos. Las transformaciones que llevan a la estrategia de tipo A se basan en una característica diferente de la señal entrante (por ejemplo orden temporal o intensidad) y son procesadas por partes diferentes del cerebro que están involucradas en el procesamiento de la información asociado con el tipo C.

Debido a que resultan de procesos opuestos, seguramente están corregidas por formas opuestas de tratamiento. Por ejemplo, un individuo de tipo A puede beneficiarse de técnicas que se enfocan en el sentir y en la representación somática de sentir, mientras que este tratamiento puede incrementar los ya exagerados síntomas somáticos de malestar en un individuo de tipo C. De forma similar, un individuo de tipo C puede beneficiarse de una aproximación conductual que enfatice las consecuencias predictivas de las acciones individuales, mientras que esto puede expandir el repertorio de comportamientos compulsivos de una persona de tipo A. Si estas hipótesis se demostrasen, implicaría que agrupar pacientes por diagnósticos basados en síntomas frecuentemente llevaría a mezclas de individuos que utilizan diferentes estrategias psicológicas y conductuales. Tratar a todos los miembros de grupos de individuos con estrategias mezcladas con la misma técnica sería beneficioso para algunos y perjudicial para otros. La mayoría de terapeutas sabe que son incapaces de ayudar a algunos pacientes, pero pocos imaginan que pueden aumentar sus trastornos al aplicar estrategias de tratamiento que confirman sus estrategias desadaptativas.

Objetivos del tratamiento y Procesos

El tratamiento psicológico se ha enfocado ya sea en los síntomas o en el cambio profundo de la personalidad. Más recientemente el apego a impulsado un enfoque en lograr un apego (de tipo B) seguro. El DMM sugiere un enfoque algo diferente que combina elementos de otras aproximaciones. Desde la teoría psicoanalítica, el DMM ha tomado prestadas las ideas de (1) el cambio profundo; en este caso, cambio en cómo el individuo procesa la información relacionada a la seguridad versus el peligro, y de la oportunidad sexual versus el aislamiento. (2) el poder de los sentimientos para motivar el comportamiento (3) la noción de que los síntomas pueden servir a diferentes funciones y de que es la función, y no el síntoma, lo que requiere de atención, y (4) el uso de la relación paciente-terapeuta como parte del tratamiento. El tratamiento conductual ha contribuido a aumentar la conciencia de la importancia de (a) el orden temporal y (b) los planes de refuerzo, especialmente porque la incertidumbre referente a los refuerzos afectan a la organización de la estrategia de los tipo C. De hecho, el poder de los planes de refuerzo confirma implícitamente (c) la importancia de los procesos interpersonales para el cambio conductual. Desde la teoría familiar sistémica, el DMM toma prestadas las ideas de (1) que el contexto familiar provee las primeras ocasiones para emplear y mantener estrategias de auto-protección, (2) el cambio familiar es una

forma importante de cambiar las estrategias individuales, y (3) el reconocimiento consciente de procedimientos y actuaciones preconscientes durante las sesiones de terapia es crucial para el cambio. La terapia Cognitiva contribuye su foco en (a) el comportamiento procedimental y (b) las representaciones semánticas al igual de la importancia de (c) especificar y evaluar la efectividad de la psicoterapia.

El tema central del tratamiento es permitir al individuo el generar y aplicar estrategias adaptativas de auto-protección en el momento correcto y en el contexto correcto. Esto es, la meta es el equilibrio psicológico y no la seguridad. El equilibrio psicológico es posible para todos, ya sea que la seguridad dependa parcialmente de las circunstancias externas más allá del control de los individuos. El equilibrio psicológico se refiere a la habilidad del individuo de usar todo tipo de información (cognitiva y afectiva, y de todos los sistemas de memoria), sin prejuicios preconscientes en favor o en contra de cualquier tipo de información; de una forma conscientemente reflexiva, que le permitan a él o ella elegir la estrategia que probablemente sea la más eficaz en cada contexto. Esto es, no hay una estrategia conductual "correcta", cada una debe encajar con la ocasión y el contexto. De todas formas, la estrategia psicológica más adaptativa es un acceso reflexivo al mayor rango de información posible y la habilidad de integrarla de nuevas formas.

El foco en la protección clarifica la importancia de crear un entorno seguro en el tratamiento (desde la perspectiva del paciente) en el que las nuevas estrategias puedan ser aprendidas sin temor o amenaza. En oposición a la reducción de síntomas, el DMM asume que la estrategia existente del paciente es (o fue) útil en algún contexto y necesita ser (1) reparada (si está en una forma deprimida, desorientada o desorganizada) (2) liberada de información distorsionada, errónea y falsa, y (3) aplicada con una mayor especificidad. La combinación de utilizar estrategias existentes de forma apropiada y desarrollar un mayor repertorio de estrategias debería aportar mucho en hacer el comportamiento del individuo adaptativo en el presente. El manejar futuros desafíos, sin embargo, significa que el paciente debe aprender a utilizar una integración reflexiva. Sin esto, la terapia es como una venda para la herida sin la habilidad de evitarla en el futuro o sin la posibilidad de que se dé una recuperación en el futuro.

El DMM sugiere que el cambio se logra de una mejor forma con la guía y el soporte de una figura de apego. Dada la falta de tales figuras en la vida de los pacientes, o su falta de habilidad para promover el cambio, los terapeutas pueden funcionar como figuras de apego transicionales. En este rol acompañan a sus pacientes (y en algunas ocasiones les guían) durante la sensación de amenaza, que es la realidad del paciente, hacia el entendimiento del terapeuta de la posibilidad de seguridad y consuelo. En este sentido, la terapia es co-creada. Esto es, las terapias no pueden ser embaladas, estar sujetas a copyright o encorsetadas en un "manual" antes de que se vea al paciente. Es crucial en el proceso terapéutico que los pacientes tenga cierto grado de control sobre lo que les sucede, de otra forma no pueden sentirse seguros. Para los niños, esto implica que los padres deben formar parte de este proceso.

Validez y lineamientos para futuras investigaciones

Infantes y niños de edad pre-escolar.

Estudios publicados para infantes (Cassidy, Zoccolillo & Hughes, 1996; Crittenden, 1985; Jacobsen & Miller, 1998; Leadbeater & Bishop, 1994; Leadbeater, Bishop & Raver, 1996; Leventhal, Jacobsen & Miller, 2004; Muller-Nix, Forcada-Guex, Pierrehumbert, Jaunin, Borghini & Ansermet, 2004; Pacquette, Zoccolillo & Bigras, 1999; Robert-Tissot, Cramer, Stern, Serpa et al., 1996; Ward, Kessler & Altman, 1993) and preschool-aged children (Chisolm, 1998; DiVito & Hopkins, 2001; Fagot & Pears, 1996; Gunnar, Morison, Chisholm & Schuder, 2001; Teti & Gelfand, 1997; Vondra, Shaw, Swearingen, Cohen & Owens, 2001; Vondra, Hommerding & Shaw, 1999) sugieren que el DMM es válido para el maltrato y los desórdenes comportamentales o psiquiátricos.

Adolescentes y adultos.

Desafortunadamente hay menos estudios publicados utilizando este modelo con adolescentes y adultos (Black, Jaeger, McCartney & Crittenden on adolescents, 2000; Crittenden & Heller on post-traumatic stress disorder, under review; Hughes, Kendrick & Hardy on anxiety disorders, 2001; Ringer & Crittenden on the eating disorders, under review) Sin embargo, muchas disertaciones sin publicar son consistentes con este pensamiento (Seefeldt on maltreatment, 1997; Rindal on avoidant personality disorder, 2000; Zachrisson on eating disorders, 2004).

Temas de investigación

Juntos estos estudios sugieren que las estrategias de apego y las distorsiones en el procesamiento de la información pueden estar asociadas de diferente forma con varios tipos de trastornos psiquiátricos. Adicionalmente, estos estudios sugieren que trastornos con diferente sintomatología pueden en algunas ocasiones ser funcionalmente similares a nivel de las transformaciones distorsionadas y de la estrategia funcional de auto-protección. Si este es el caso, el tratamiento puede mejorarse al agrupar pacientes sobre la base de estas similitudes en lugar de sobre la base de diagnósticos basados en los síntomas. Esta justificado, ciertamente, el continuar explorando la relación entre los diagnóstico DSM o ICD y la clasificación DMM.

Más importante, sin embargo, puede ser la exploración de las relaciones entre técnica de tratamiento, estrategia de apego del paciente y resultado del tratamiento (exitoso, sin efecto, y dañino). Una serie de disertaciones doctorales podría evaluar la relación entre estrategias de tratamiento particulares y cambios en el procesamiento mental de la información. El contar con esta información podría ser una gran ayuda para el campo de la psicopatología en su conjunto, independientemente del modelo diagnóstico que se utilice.

Conclusiones

La teoría del modelo dinámico maduracional del apego se enfoca en la protección y reproducción como funciones centrales organizadoras, y en el rango de formas en que ellas se pueden manifestar. Se entiende por "representación" a un proceso intra-personal derivado del contexto inter- personal, especialmente de las figuras de apego. Las conductas comportamentales, por otra parte, son siempre interpersonales, y deberían ser descritas como algo que una persona hace y no como una característica de la persona, eso es, "un individuo que *utiliza* una estrategia de tipo C" en oposición a "una persona Tipo C". Tanto la representación y la acción estratégica se tratan en la teoría del apego como resultado interactivo de procesos universales de maduración, de diferencias genéticas individuales y de contextos ambientales únicos.

Las contribuciones de la teoría del apego para comprender la psicopatología incluyen (a) un modelo de formulaciones funcionales (como contraposición a diagnósticos basados en síntomas) (b) hipótesis basadas en el desarrollo que consideran la relación de las experiencias de la niñez a la psicopatología posterior, y (c) un modelo de procesamiento de información con implicaciones para el tratamiento. Sus contribuciones al tratamiento son (1) sugerir que los pacientes pueden ser agrupados de nuevas formas que pueden facilitar el tratamiento y también reducir el daño a pacientes de psicoterapia mal aplicada, y (2) brindar fundamentos para evaluar los efectos específicos de estrategias de tratamiento sobre el procesamiento de la información. Si los pacientes se agrupasen en términos de su patrón de transformación del a información y luego se eligiesen las técnicas de tratamiento sobre la base de cómo afectan al procesamiento de la información, podríamos mejorar la efectividad de la psicoterapia y reducir su duración. Hacer esto requeriría que los terapeutas fuesen hábiles con una amplia variedad de métodos para el tratamiento sin limitarse a la creencia en una teoría de tratamiento. Más aún, para trastornos que requieren más de un breve counselling, la terapia será más efectiva si los terapeutas funcionan como

figuras de apego transitorias –que establecen relaciones personales con los pacientes y limitan esas relaciones al contexto de la terapia.

Incentivar a los terapeutas a que logren habilidades fuera de su entrenamiento actual, puede ser difícil, y algunos terapeutas pueden encontrar muy incómodo el funcionar como figuras de apego transicionales de los pacientes. La esperanza de volverse más efectivos con los pacientes puede ser suficiente, sin embargo, para incentivar a los psicoterapeutas a sumara su repertorio de estrategias –precisamente lo que el modelo dinámico maduracional indica a los pacientes que deberían hacer para mejorar su efectividad al lidiar con los problemas de la vida. El establecer puentes entre las diferentes aproximaciones a la psicoterapia parece muy similar a la intervención psicológica. Posiblemente este es el momento de embarcarse en un proceso para integrar las escuelas de psicoterapia con la esperanza de mejemploorar los porcentajes de éxito de la psicoterapia, reduciendo el coste a largo plazo del tratamiento, e incrementando la calidad de vida de seres humanos en vías de extinción, en peligro y vulnerables.

Notas finales

- 1 La tricotomía ABC fue introducida por Ainsworth y es utilizada por la mayoría de investigadores del apego. Debido a que los términos “seguro”, “ansioso evitativo” y “ansioso ambivalente” fueron aplicados al comportamiento infantil, pero no describen apropiadamente el comportamiento de individuos más desarrollados no se utilizan en el DMM.
- 2 Este término se utiliza en referencia al “modelo de trabajo interno” porque los datos actuales de las neurociencias cognitivas indican que siempre hay representaciones múltiples y que las representaciones no son guardadas o retenidas (como modelos), sino que son eventos emergentes, conectados temporalmente solo con la probabilidad de que secuencias sinápticas particulares sean reactivadas.
- 3 Aunque Ainsworth no plasmó sus patrones en una figura como esta, cuando yo lo hice y sume A/C al final para cerrar el círculo para mi disertación doctoral bajo su supervisión, su comentario fue: “Siempre supe que ellos [los patrones] se unirían en un círculo” La expansión del círculo para incluir estrategias compulsivas y coercitivas en Crittenden (1994) también contaron con la aprobación de Ainsworth previo a su publicación.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., 1979. Infant–mother Attachment, *American Psychologist*, 34: 932–937.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S., 1978. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Black, K. A., Jaeger, E., McCartney, K. & Crittenden, P. M., 2000. Attachment Models, Peer Interaction Behaviour, and Feelings about the Self: Indications of Maladjustment in Dismissing/Preoccupied (Ds/E) Adolescents. In P. M. Crittenden and A. H. Claussen (Eds), *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context*, NY, Cambridge University.
- Bowlby, J., 1969/1982. *Attachment and Loss. Vol. I: Attachment*, NY, Basic.
- Bowlby, J., 1973. *Attachment and Loss. Vol. II: Separation*, NY, Basic.
- Bowlby, J., 1980. *Attachment and Loss. Vol. III: Loss*, NY, Basic.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M. & Hughes, S., 1996. Psychopathology in Adolescent Mothers and its Effects on Mother–infant Interactions: A Pilot Study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 41: 379–384.

- Chisholm, K., 1998. A Three Year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages, *Child Development*, 69: 1092–1106.
- Crittenden, P. M., 1979–2005. CARE-Index: Coding Manual. Unpublished manuscript, Miami, FL. available from the author.
- Crittenden, P. M., 1981. Abusing, Neglecting, Problematic, and Adequate Dyads: Differentiating by Patterns of Interaction, *Merrill-Palmer Quarterly*, 27: 1–18.
- Crittenden, P. M., 1985. Maltreated Infants: Vulnerability and Resilience, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26: 85–96.
- Crittenden, P. M., 1988. Relationships at Risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds), *The Clinical Implications of Attachment*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Crittenden, P. M., 1992. Quality of Attachment in the Preschool Years, *Development and Psychopathology*, 4: 209–241.
- Crittenden, P. M., 1994. Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 5. The Self and its Disorders*, Rochester, NY, University of Rochester.
- Crittenden P. M., 1995. Attachment and Psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds) *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical, and Social Significance*, NY, Analytic Press.
- Crittenden, P. M., 1997a. Patterns of Attachment and Sexuality: Risk of Dysfunction Versus Opportunity for Creative Integration. In L. Atkinson & K. J. Zuckerman (Eds), *Attachment and Psychopathology*, NY, Guilford.
- Crittenden, P. M., 1997b. Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturational Approach. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes*, Rochester, NY, University of Rochester.
- Crittenden, P. M., 1997c. Truth, Error, Omission, Distortion, and Deception: The Application of Attachment Theory to the Assessment and Treatment of Psychological Disorder. In S. M. C. Dollinger and L. F. DiLalla (Eds), *Assessment and Intervention across the Lifespan*, Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Crittenden, P. M., 1999. *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*, Milano, Cortina.
- Crittenden, P. M., 2002. Attachment Theory, Information Processing, and Psychiatric Disorder, *World Journal of Psychiatry*, 1: 72–75.
- Crittenden, P. M., 2004. Attachment in Adulthood: Coding Manual for the Dynamic-Maturational Approach to the Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Miami.
- Crittenden, P. M., 2006. Why Do Inadequate Parents Do What They Do? In O. Mayseless (Ed.) *Parenting Representations: Theory, Research, and Clinical Implications*, Cambridge, Cambridge University.
- Crittenden, P. M. & DiLalla, D. L., 1988. Compulsive Compliance: The Development of an Inhibitory Coping Strategy in Infancy, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16: 585–599.
- Crittenden, P. M. & Heller, M. B. (under review). Chronic PTSD and Attachment: A Comparison Study of Selfprotective Strategies and Unresolved Childhood Trauma.
- Damasio, A. R., 1994. *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, NY, Avon.
- DeVito, C. & Hopkins, J., 2001. Attachment, Parenting, and Marital Dissatisfaction as Predictors of Disruptive Behaviour in Preschoolers, *Development and Psychopathology*, 13: 215–231.

- Fagot, B. & Pears, K., 1996. From Infancy to Seven Years: Continuities and Change, *Development and Psychopathology*, 8: 325–344.
- George C., Kaplan N. & Main M., 1986. Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K. & Schuder, M., 2001. Salivary Cortisol Levels in Children Adopted from Romanian Orphanages, *Development & Psychopathology*, 13: 611–628.
- Hughes, J., Hardy, G. & Kendrick, D., 2000. Assessing Adult Attachment Status with Clinically Orientated Interviews: A Brief Report, *British Journal of Medical Psychology*, 73: 279–283.
- Jacobsen, T. & Miller, L. J., 1998. Compulsive Compliance in a Young Maltreated Child, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 462–463.
- Leadbeater, B. & Bishop, S. J., 1994. Predictors of Behaviour Problems in Preschool Children of Inner City Afro-American and Puerto Rican Mothers, *Child development*, 65: 638–648.
- Leadbeater, B. J., Bishop, S. J. & Raver, C. C., 1996. Quality of Mother–Toddler Interaction, Maternal Depressive Symptoms, and Behaviour Problems of Adolescent Mothers, *Developmental Psychology*, 32: 280–288.
- Leventhal, A., Jacobsen, T., Miller, L. J. & Quintana, E., 2004. Caregiving Attitudes and At-Risk Maternal Behaviour among Mothers with Major Mental Illness, *Psychiatric Services*, 55: 1431–1433.
- Main, M. & Solomon, J., 1990. Procedures for Identifying Infants as Disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds), *Attachment in the Preschool Years*, Chicago, University of Chicago.
- Maughan, B. & Kim-Cohen, J., 2005. Continuities between Childhood and Adult Life, *British Journal of Psychiatry*, 187: 301–303.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., aunin, L., Borghini, A. & Ansermet, F., 2004. Prematurity, Maternal Stress and Mother–Child Interactions, *Early Human Development*, 79: 145–158.
- Pacquette, D., Zoccolillo, M. & Bigras, M., 1999. L'Efficacité des Interventions en Foyers de Groupe pour Mères en Difficulté d'Adaptation, *Défi Jeunesse*, VI: 30–35.
- Rindal, G., 2000. Attachment Patterns in Patients diagnosed with Avoidant Personality Disorder (Maskespill, Tilknytningsmxxnster Hos Pasienter med Unnvikende Personlighetsforstyrrelse) Dissertation presented to the Institute of Psychology, University of Oslo, ISBN 82-569-1568-4.
- Ringer, F. & Crittenden, P. M. (under review). Eating Disorders: Disease or Self-Defeating Strategy? Robert- Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Serpa, S. et al., 1996. Outcome Evaluation in Brief Mother–infant Psychotherapies: Report on 75 Cases, *Infant-Mental-Health-Journal*, 17: 97– 114.
- Schacter, D. L. & Tulving, E., 1994. What are the Memory Systems of 1994? In D. L. Schacter & E. Tulving (Eds), *Memory Systems 1994*, Cambridge, MA, Bradford.
- Seefeldt, L., 1997. Models of Parenting in Maltreating and Non-Maltreating Mothers. Dissertation presented to the Faculty of the School of Nursing, University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee, USA.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M., 1997. The Preschool Assessment of Attachment: Construct Validity in a Sample of Depressed and Non-Depressed Families, *Development and Psychopathology*, 9: 517–536.
- Vondra, J. I., Shaw, D. S., Swearingen, L., Cohen, M. & Owens, E. B., 2001. Attachment Stability and Emotional and Behavioural Regulation from Infancy to Preschool Age, *Development and Psychopathology*, 13: 13–33.
- Vondra, J. I., Hommerding, K. D. & Shaw, D. S., 1999. Stability and Change in Infant Attachment in a Lowincome Sample. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds), *Atypical Patterns of Attachment in Infancy and Early Childhood*, *Monographs of the*

Society for Research in Child Development, Serial No. 258, Malden, MA, Blackwell. van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M. & Frenkel, O. J., 1992. The Relative Effects of Maternal and Child Problems on the Quality of Attachment: A Metaanalysis of Attachment in Clinical Samples, *Child Development*, 63: 840–858.

Ward, M. J., Kessler, D. B. & Altman, S. C., 1993. Infant–Mother Attachment in Children with Failure to Thrive, *Infant Mental Health Journal*, 14: 208–220.

Zachrisson, H. D., 2004. The Function of Attachment Processes in Anorexia Nervosa. A Theoretical Examination and a Study using the Adult Attachment Interview. Master thesis, Institute of Psychology. University of Aarhus.