

EL ESTUDIO DEL APEGO Y DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA: INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN SALUD MENTAL

Margarita Ibáñez

Introducción

La clínica y la práctica psicoanalítica en la décadas de los 40 a los 70 aportaron herramientas para comprender el funcionamiento psicológico de la persona, tanto el normal como el patológico, así como para entender los mecanismos psicológicos en juego en los procesos de los trastornos mentales. Durante estos años la práctica del psicoanálisis fue la fuente de conocimiento más productiva y tuvo gran influencia en el pensamiento sobre la psicopatología de la época. La aplicación de estos conocimientos se extendió en la práctica de la psiquiatría en los servicios públicos de salud y se abrió a personas que no habrían sido candidatas a realizar un trabajo psicoanalítico “stricto sensu”, por las características de su funcionamiento mental. Principalmente porque el psicoanálisis trabaja con la capacidad de representación mental del paciente, de su sistema asociativo, de su capacidad de haber construido un narrativo autobiográfico, que por mínimo que sea, le permite al sujeto acceder a sus recuerdos infantiles y revivir sus experiencias a través de la relación terapéutica y re-elaborarlos.

Esta posibilidad de aplicar los conocimientos que procedían de la práctica psicoanalítica en un marco asistencial más amplio, como era el de la Salud Mental de los

sistemas públicos, encontró un obstáculo considerable en las personas que tenían poca capacidad de representación mental de sus experiencias, que tendían a responder a las situaciones conflictivas, personales e interpersonales, con actuaciones más que con valoraciones reflexivas de la situación y que tenían poca capacidad para revisar las propias experiencias autobiográficas. Este obstáculo fue a la vez un estímulo para reformular las nuevas clínicas a las que se enfrentaban los profesionales formados en el método psicoanalítico. En general, a estos pacientes se les agrupó bajo el epígrafe de psicopatología de la carencia, entendiendo que habían presentado fallos en la organización de las bases del aparato psíquico. No haremos un repaso exhaustivo de las numerosas y útiles formulaciones que se produjeron en este periodo, dado que no es el objetivo de este trabajo. Sin embargo, citaremos que el núcleo central de las disfunciones se localizaban en el desarrollo del narcisismo primario, de la organización de los procesos primarios de integración pulsional que tienen lugar en los primeros años de vida, tanto a nivel subjetivo como intersubjetivo.

La creación del concepto de Función Reflexiva (FR) de Fonagy et al., (1998) se muestra útil en estas poblaciones con trastornos narcisistas. La escala, que construyeron para su evaluación en 1998, surge del análisis de los narrativos sobre las experiencias de apego y se ampara, entre otros, en el concepto de mentalización de P. Marty (1980).

Recordaremos aquí que los primeros trabajos sobre el apego de Bowlby surgieron de su trabajo clínico y de investigación con delincuentes infantiles y juveniles, con niños en situación de separación de sus cuidadores principales por circunstancias de hospitalizaciones prolongadas, de ellos mismos o de sus madres, o con niños criados institucionalmente por orfandad. También recordar que Marty, de la escuela Psicosomática de París, desarrolló el concepto de dificultades de mentalización, trabajando con pacientes que presentaban trastornos psicosomáticos. El concepto de mentalización de Marty fue retomado por Fonagy en sus primeros escritos, aunque posteriormente éste le dio un sentido diferente al concepto, y lo asimiló más a las aportaciones de la psicología del desarrollo sobre la teoría de la mente de Baron-Cohen (1994).

Fonagy et al. (1998) han presentado una descripción operativa de una función mental, la FR, que organiza la comprensión de la experiencia intra-subjetiva e

intersubjetiva. En líneas generales, la definen como la capacidad de tener conciencia sobre los estados mentales de uno mismo y de los otros, de considerar la influencia mutua entre los estados mentales y los comportamientos, de considerar también la perspectiva del desarrollo para entender los cambios en los estados mentales y la necesidad de tener en cuenta el curso del contexto coloquial en el que tiene lugar la relación (Fonagy et al, 1998; Steele & Steele, 2008).

Los estudios realizados sobre la FR han mostrado que los individuos la presentan en intensidad y calidad diferente. Fonagy y muchos otros autores han desarrollado investigaciones sobre esta función para darle relevancia evidente, de modo que pueda ser utilizada por todos los clínicos, sea cual sea su orientación teórica.

De hecho, Fonagy explora la mentalización tal como lo hizo Bowlby con el sistema de apego, como un conjunto de representaciones presentes en el funcionamiento psicológico del ser humano que guían las conductas sociales y de relación con uno mismo y con los demás, tanto los otros significativos como los otros más generales.

Fonagy no se interesa tanto en describir hipotéticos mecanismos como podían hacer autores psicoanalistas de las décadas citadas más arriba, sino a diferenciar esta función, a la que denomina primero FR y más adelante mentalización, del sistema de apego. Fonagy (2002) focaliza su trabajo de investigación en matizar los límites del apego aportando como variable diferente la FR. Él formula dos hipótesis al respecto de estos dos sistemas de representaciones, el del apego y el de FR/mentalización. Hipótesis 1ª: O bien el apego es un sistema principal del que se deriva la FR/mentalización. Hipótesis 2ª: O bien la FR/mentalización es un sistema diferente al del apego que también es estimulado y bloqueado por los mismos procesos que estimulan o bloquean el apego, pero sin ser dependiente de él. En resumen, las dos funciones diferenciadas pueden ser dependientes de los sistemas de cuidados y de estimulación afectiva precoz y estar afectadas por estados de carencias afectivas y de perturbaciones en los cuidados precoces.

Las investigaciones muestran que en personas que presentan sintomatología que se expresa a través del cuerpo, del comportamiento o de la relación perturbada, estas dos funciones mentales citadas, las representaciones de apego y la FR, están alteradas.

El concepto de Función Reflexiva/Mentalización

El concepto de Función Reflexiva fue descrito por primera vez por Fonagy, Steele, Steele, Moran y Higgitt (1991), y surgió de investigaciones que querían explorar los mecanismos subyacentes en la transmisión intergeneracional de los patrones de apego. Para ello realizaron un estudio cuidadoso del narrativo autobiográfico de apego obtenido a partir de la Adult Attachment Interview (AAI) de Main et al. (1985), explorando cómo los adultos usaban o no lenguaje referido al estado mental (creencias y deseos) cuando se les solicitaba dar cuenta de su historia personal de crianza. Se mostró como un aspecto de la psicología humana que a través de representaciones mentales cognitivas y emocionales regula una parte de la orientación y la comprensión de las relaciones consigo mismo y con los otros.

Los clínicos se interesaron rápidamente por el concepto, que se asociaba a una función próxima a la noción de capacidad de “alteridad,” de “insight”, descrita por los psicoanalistas y a nociones más recientes como la de la teoría de la mente. A través de las exploraciones clínicas se observó que cuando esta función existía plenamente contribuía a que la persona presentara mejores capacidades en su vida de relación, tanto laboral, social, amorosa y familiar (Yeomans et al., 2008). Les parecía que habían encontrado un aspecto del funcionamiento mental que protegía de las situaciones de riesgo, que podía tener que ver con la resiliencia. En su estudio Fonagy, et al. (1998) hallaron que la FR es distinta de la personalidad pero está algo relacionada con la inteligencia verbal y el nivel académico.

Respecto a cómo se relaciona con el apego, hallamos que la FR no correlaciona con las escalas de experiencia infantil de la AAI como podríamos haber esperado, como por ejemplo la escala de cuidado amoroso en la infancia, ya que adultos con seguridad ganada en experiencias relacionales posteriores a la infancia (psicoterapia, relaciones amorosas de calidad, etc.) pueden tener pobres experiencias amorosas en la infancia y tener coherencia en el relato, seguridad de apego y buena FR.

En los estudios longitudinales realizados por estos autores constataron que la FR tanto del padre como de la madre, evaluada durante el embarazo, influía de forma importante en el estilo de apego de los padres con el hijo cuando éste tenía un año. También encontraron que influía la clasificación del apego en la AAI de la madre y del

padre evaluada durante el embarazo, aunque en menor medida (Fonagy et al., 1991 y 1998; Steele et al., 2005).

Respecto a la transmisión a lo largo del desarrollo del apego y la FR, Steele et al. (1996) mostraron cómo la información de la AAI de las madres no era útil para predecir el apego de los padres con el hijo, ni tampoco la información de la AAI de los padres lo era para predecir el apego de las madres con el hijo, mostrando claramente que la transmisión del apego a través de las generaciones se realiza a través de dos líneas independientes, la de la madre y la del padre. Sus estudios también muestran esta independencia entre las dos líneas de los progenitores en la transmisión de la FR.

Los Modelos Operativos Internos (MOI) y la Adult Attachment Interview

Fonagy, Steele et al. consideran la FR como un aspecto del funcionamiento psicológico diferente a los MOI (Bowlby, 1969).

Los MOI son descritos como esquemas de representaciones cognitivas y emocionales que sintetizan las experiencias tempranas con los cuidadores principales. Los MOI están formados por una representación de sí mismo como merecedor de ser cuidado, del otro como cuidador y de la relación posible entre los dos.

A través de las investigaciones realizadas sobre gran número de poblaciones, pertenecientes a diferentes continentes, razas y culturas, primero estudiando los comportamientos de apego de los niños de 1 año a través de la Situación Extraña (Ainsworth, 1978), y después las representaciones de apego de los adultos a través de la Adult Attachment Interview (George et al. 1985, Main et al., 1985), se han encontrado 4 modelos posibles que describiremos a continuación para que el lector pueda calibrar el interés de tener en cuenta este sistema representacional en la clínica:

- El MOI *seguro*: el individuo frente a un conflicto que le activa el sistema de apego capta la situación de conflicto, siente la necesidad de pedir ayuda a el otro significativo, se representa a sí mismo como alguien que merece ser ayudado y se representa la relación entre los dos en la confianza de que el otro lo ayudará si lo

- necesita, en una relación que será eficaz, que ayudará a mejorar el problema y le confortará.
- El MOI *inseguro preocupado*: el individuo siente la necesidad de ayuda, capta la situación de peligro y pide ayuda al otro significativo, pero se representa a sí mismo como alguien que no merece ser ayudado, que el otro no le ayudará si lo necesita y esto pasará en una relación de emociones negativas de ira y recriminaciones hacia el otro porque no tiene interés por ayudarlo. La ayuda del otro no será eficaz, el problema no se resolverá y él no se sentirá confortado. Este individuo preocupado en relación al apego desarrollará una estrategia secundaria de reclamar mucha ayuda pero no podrá construir el sentimiento de seguridad. Vemos que en este MOI las emociones se expresan libremente y entran en la relación, sobre todo las negativas.
 - El MOI *inseguro evitativo*: el individuo no siente la necesidad de ayuda por parte del otro significativo, capta de alguna manera la situación de conflicto pero no pide ayuda al otro significativo, se representa a sí mismo como no merecedor de ayuda, en una relación en la que él minimiza su propia necesidad y exculpa al otro que no le ayuda. Se idealiza al otro y el sujeto se siente más capaz de lo que en realidad es de protegerse por sí mismo. Integra como algo normal el rechazo del otro significativo, lo valora positivamente, no puede conectar con la representación de “niño necesitado de ayuda” y el problema no se resolverá. El sujeto lo negará como problema, no se sentirá confortado pero pensará que le es indiferente, ya que a él no le hace falta, al no tener necesidad de nadie. Vemos que en este MOI la expresión de las emociones está restringida, tanto las positivas como las negativas. Este individuo evitativo respecto al apego ha desarrollado una estrategia secundaria para mantener al cuidador principal cerca de él, no reclamando ayuda y construyendo una representación de sí mismo con orgullo de ser capaz de protegerse solo, sin poder conectar con sus sentimientos de malestar ni con su “parte infantil”.
 - MOI *Desorganizado*: Descrito en los niños y relacionado con estados mentales de duelos y traumas (maltrato, abuso) no resueltos en los cuidadores principales. El niño ve el conflicto, pero todo el encuadre experiencial se vuelve caótico. El otro

significativo es representado como incapaz de ayudar en el problema, el adulto se infantiliza, el niño se representa en actitudes de adulto, protegiendo a los cuidadores principales. La relación se representa como caótica, bizarra y destructiva, los encuentros relacionales conllevan violencia, destrucción de ambos partenaires, y el encuadre externo no animado (mobiliario, decoración, etc.) se destruye con la violencia de la relación y cobra cierto animismo bizarro. Este MOI está muy asociado a la psicopatología.

Los estudios han mostrado que la transmisión de los MOI está en parte relacionada con el estilo de apego de los cuidadores principales. Hay una alta correlación entre los estilos de padres y de los hijos, sobre todo en seguridad y en duelos y traumas no resueltos en los padres y desorganización del apego en los hijos. Asimismo, se ha demostrado que los MOI están relacionados con la capacidad de expresar y comprender las emociones, de regulación emocional, de introspección, y de vivir conflictos en las relaciones sin romperlas.

Este dato es interesante para el trabajo clínico, ya que trabajar terapéuticamente para desarrollar seguridad en el apego entre padres e hijos puede repercutir positivamente en aspectos importantes del desarrollo psicológico de ambos. Asimismo, en el trabajo terapéutico con adultos, estimular el desarrollo de representaciones de apego seguras combinado con otros focos del trabajo terapéutico puede ayudar a mejorar la discriminación entre uno mismo y los otros, y mejorar el interés y la capacidad introspectiva. Seguramente, un adulto con un trastorno neurótico ganará seguridad en el apego sin que el terapeuta trabaje abiertamente sobre las representaciones de apego, ya que estas mejorarán a través del trabajo de la transferencia y de las re-elaboraciones de la “novela familiar”. Sin embargo, un adulto con trastornos no neuróticos, con dificultades para recordar sus experiencias infantiles y con poca capacidad de simbolización y de metaforizar sus experiencias, no ganará espontáneamente seguridad en su sistema de apego, al contrario, sus representaciones de apego inseguras o no resueltas pueden dificultar el trabajo terapéutico, hasta el abandono del mismo. En estos casos, focalizar el trabajo en las representaciones de apego y en la FR puede favorecer adherencias al tratamiento y progresos hacia la capacidad de diferenciación y de “insight”.

La Adult Attachment Interview (George et al., 1985 y Main, 1985) es una entrevista que evalúa los MOI. Propone preguntas orientadas y abiertas con el objetivo es obtener un narrativo sobre las experiencias de cuidados infantiles. Un aspecto muy interesante es que su sistema de codificación no evalúa únicamente los contenidos del narrativo sino que evalúa la “dinámica psíquica” utilizada por el individuo entrevistado para responder a las preguntas que se le hacen sobre su experiencia de apego. Es por ello que es un instrumento muy importante dado que permite la investigación y validación de ciertas evidencias sobre algunos procesos psíquicos, del mundo interno psicológico.

La entrevista consta de:

- Una primera parte dedicada a los recuerdos infantiles, en la que se pide al entrevistado que busque 5 adjetivos que puedan describir la relación que tuvo con su madre y con su padre, tal como la recuerde entre los 4 y los 12 años de edad. Después se le piden recuerdos para ilustrar cada adjetivo escogido. Esta parte es importante para evaluar la coherencia del discurso y de la mente, la capacidad de sostener los adjetivos con recuerdos personales y creíbles.
- Una segunda parte dedicada a preguntar al entrevistado la valoración actual sobre su experiencia infantil. Esta tarea propuesta facilita que el entrevistado reflexione sobre la intención, los pensamientos y los sentimientos propios y de los padres en las escenas infantiles evocadas. Las preguntas que se formulan son: *¿Por qué cree que su padre y su madre se comportaron con Ud. tal como me ha explicado?, ¿Cree que estas experiencias que Ud. ha vivido han podido repercutir en su vida adulta? , ¿Cómo?*
- Una tercera parte dedicada a explorar las experiencias de pérdidas por deceso de personas significativas y a posibles experiencias traumáticas por abuso, maltrato u otras causas.
- Una cuarta parte dedicada a explorar las relaciones actuales con los padres y otras figuras significativas de la infancia, así como con los hijos propios si el entrevistado tiene.

El tipo de narrativo que codifica para el estado de la mente *seguro* respecto al apego consiste en que el entrevistado puede evocar recuerdos sobre las relaciones infantiles con

los padres, tanto positivos como negativos sin perder la calidad del discurso lo que permite una comunicación buena entre entrevistado y entrevistador. Esta calidad, según Grice (1975), reposa en:

- la calidad del discurso: que sea certero y apoyado con evidencias (adjetivos sostenidos por recuerdos creíbles).
- la cantidad del discurso: que sea sucinto y sin embargo completo.
- la relación del discurso al tema tratado: que sea relevante.
- la forma del discurso: que sea claro y ordenado.

La persona puede conectar con sus experiencias difíciles siendo un niño pequeño, guardando la óptica del niño entre adultos y a la vez describir las actitudes más o menos acertadas de los adultos, pero sin resentimientos ni negación de los aspectos negativos ni idealizaciones exageradas. También puede comprender las limitaciones de los padres como cuidadores con compasión y empatía. Podríamos decir desde la clínica que este estado mental denota que la persona ha elaborado estas experiencias infantiles y ha podido desarrollar una mirada adulta respecto a sus experiencias infantiles de ser cuidado identificándose a la experiencia del niño que necesita cuidados y a la experiencia del adulto que los da.

El tipo de narrativo que codifica para el estado mental *inseguro preocupado* respecto al apego consiste en que el entrevistado puede seguir la demanda del entrevistador y abrirse a los recuerdos de cómo fue cuidado de pequeño, pero ello comporta una pérdida de calidad comunicativa con el entrevistador, ya que el discurso pierde calidad, es excesivo, poco relevante y con mala forma. El individuo se ve desbordado por las emociones negativas que le despiertan los recuerdos infantiles no elaborados en los que no se siente bien cuidado por los padres. En el discurso preocupado, el individuo puede conectar con las necesidades de cuando era niño pero siente ira hacia el cuidador porque lo recuerda como que no le ayudaba porque según su interpretación no le quería o no estaba interesado por él. Interpreta la actitud del cuidador como hostil y voluntariamente negativa. No ha podido pensar en las dificultades que podía presentar él como niño. Tiene una impresión general de que sus problemas actuales están influidos por la mala disposición que tuvieron en cuidarlo, cree que el no haber sido cuidado le ha

perjudicado de forma irremediable, no puede pensar en explicaciones de la conducta de los padres que tengan que ver con su propia experiencia infantil de ser cuidados. Podemos decir desde la clínica que este estado mental denota que la persona no ha elaborado estas experiencias infantiles y no ha podido desarrollar una mirada adulta respecto a sus experiencias infantiles de ser cuidado. Respecto a las relaciones de apego, se siente muy necesitado de ellas, las busca pero siempre se siente decepcionado de no recibir lo que necesita. Sus opiniones sobre el apego pueden ser valoradas como pseudo-insight o pseudo-empatía.

El tipo de narrativo que codifica para el estado mental *evitativo* respecto al apego consiste en que el entrevistado, para seguir la demanda del entrevistador de hablar sobre su relación infantil con sus padres, no puede acceder a los recuerdos infantiles de ser cuidado, presenta recuerdos generalizados de memoria semántica, normalizados, poco personales y con poca anécdota vivida, poca memoria procedural. El relato de las experiencias infantiles está centrado en la óptica del adulto cuidador, que está idealizado: “era exigente, me hacía estudiar tres horas seguidas a los 6 años, pero lo hacía por mi bien”. También falta la identificación al niño que sufre y necesita ayuda. En general, evoca escenas que dejan entrever a padres que rechazan las demandas de apego del niño, exigentes con él, poco empáticos con sus sentimientos, pero no puede ser crítico respecto a ellos, ya que valora su actitud dándole un sentido positivo idealizado. Al no poderse abrir a los recuerdos hay una pérdida de la calidad del discurso y falta de relevancia (le cuesta hablar de la infancia, habla más de la 2ª adolescencia o edad adulta), poca fluidez, el discurso es breve y normalizado para mantener la conversación con el entrevistador. El entrevistado no puede conectar con sus experiencias difíciles siendo un niño pequeño, no guarda la óptica de niño entre adultos y solo describe el punto de vista de los adultos, omitiendo todos los aspectos negativos de la relación, convertidos en idealizaciones. Respecto a las relaciones de vínculo se muestra como no necesitándolas, no estando interesado en ellas, sintiéndose capaz de enfrentarse por sí mismo a las situaciones de necesidad (de apego), sin ayuda de nadie. Podríamos decir desde la clínica que este estado mental denota que la persona no ha elaborado estas experiencias infantiles y no ha podido desarrollar una mirada adulta respecto a sus experiencias infantiles de ser cuidado. Sus

opiniones sobre el apego pueden ser valoradas como pseudo maduración o pseudo fortaleza personal.

El tipo de narrativo que codifica para el estado mental *no resuelto* respecto al apego por una pérdida de una persona significativa o por una experiencia de abuso/maltrato con una persona significativa, consiste en que el entrevistado, para seguir la demanda del entrevistador de hablar de sus experiencias relacionales, utiliza diferentes estrategias narrativas como el bloqueo, la confusión entre sí mismo y la persona evocada, falta de recuerdos/recuerdos muy detallados tipo post-traumático, referencias a la persona muerta en presente y como si estuviera viva, etc. Lo importante es que el pasaje en el que refiere estas experiencias pierde de forma importante la calidad, la relación y la forma del discurso, mostrando que la experiencia no está elaborada.

Lo que codifica no es la anécdota del hecho en sí (muerte, abuso, maltrato), sino la forma en que puede ser relatado. Podríamos decir desde la clínica que este estado mental denota que la persona no ha podido elaborar esta pérdida o trauma a lo largo de los años y lo ha guardado como una experiencia no integrada en su discurso autobiográfico interior. Esta no elaboración comporta que la experiencia influya de forma no consciente en las relaciones de apego del adulto con sus hijos. Los estudios han demostrado que las madres con estado mental no resuelto respecto al apego tienen más posibilidades de que sus hijos presenten apego desorganizado. Main y Hess (1990) y Lyons Ruth (2007) han realizado importantes investigaciones sobre esta transmisión del apego en las que muestran los mecanismos en juego en las interacciones precoces y que conocerlos es una ayuda muy importante para afinar diagnósticos e implementar terapéutica en los trastornos de la relación y la comunicación no autísticos, del comportamiento y del desarrollo cognitivo y de las emociones en niños de 0-5 años. El trabajo en estos casos se centra en las interacciones de cuidados y comunicativas entre el padre con apego no resuelto y el hijo con apego desorganizado con la finalidad de restituir un sistema de interacciones sin errores comunicativos como describe Lyons Ruth (2007). La persona no ha podido desarrollar una mirada adulta respecto a su experiencias infantiles traumáticas, éstas se mantienen apartadas de su mente por mecanismos de disociación que fracasan en parte cuando han de cuidar un bebé ya que su estado mental sufre la lógica transformación de

mayor apertura a los recuerdos y afectos infantiles para facilitar la comunicación con el bebé. Estos adultos se sienten interesados por el apego según su patrón de base, pero muestran serias dificultades en las relaciones más íntimas, como la de cuidar a su bebé o niño pequeño, o en las relaciones amorosas, dado que sienten la amenaza de ruptura de sus mecanismos de disociación y el peligro de la emergencia de los afectos ligados a la experiencia de pérdida o trauma no elaborada.

La Escala de Función Reflexiva

La escala de función reflexiva (Fonagy et al. 1998) se aplica al narrativo obtenido en la entrevista AAI y evalúa, como hemos comentado más arriba, la capacidad de reflexionar sobre el estado mental propio y de los otros para comprender las experiencias relacionales vividas.

Se puede evaluar todo el narrativo de la AAI desde la perspectiva de la FR, sin embargo, hay algunas preguntas que requieren al individuo mostrar su capacidad de FR.

Estas preguntas son:

- *¿Porque cree Ud. que sus padres se relacionaron y se comportaron con Ud. del modo que lo hicieron durante la infancia de Ud.?*
- *¿Cómo cree Ud. que sus experiencias infantiles han influenciado su personalidad adulta?, ¿Algo de lo que ha vivido durante su infancia según me ha contado Ud. cree que ha sido un freno para su desarrollo?*
- *¿Se sintió alguna vez rechazado por sus padres durante su infancia?*
- *En relación a la pérdida de este ser querido/de este abuso/de este trauma, ¿cómo se sintió en el momento que ocurrió? y ¿cómo han cambiado sus sentimientos respecto a esta experiencia a lo largo de los años?*
- *¿Ha habido cambios en la relación con sus padres desde que Ud. era pequeño hasta ahora?*

Las respuestas nos mostrarán si la persona puede evocar su estado mental en la infancia y en la actualidad y si puede evocar el estado de la mente de sus padres en su

infancia y en la actualidad. También nos mostrarán si el individuo entiende que el paso del tiempo y el desarrollo de las diferentes etapas de la vida permiten cambios de punto de vista. En suma, podremos analizar su narrativo desde la perspectiva de la FR.

La investigación sobre la escala de FR (Fonagy et al., 1998) puso de manifiesto que en los niveles más bajos de capacidad reflexiva se hallan las dificultades extremas para poder reflexionar sobre la experiencia interpersonal, lo que se llamó *FR Negativa*. Esta categoría es muy rara en muestras de bajo riesgo. Reciben esta puntuación las personas que se resisten sistemáticamente a reflexionar sobre su relato respecto a la relación con las figuras significativas, pero de una forma hostil hacia el tema y hacia el examinador. Para defenderse de la tarea mental propuesta pueden usar conductas no verbales que interrumpen la situación (telefonar, ir al baño), o bien se burlan despectivamente de la idea de reflexionar. Por ejemplo, ante la pregunta: *¿Por qué piensas que tus padres se comportaron así durante tu infancia?*, el sujeto responde: *¡yo que sé!, esto se lo tiene que preguntar a ellos, o saberlo Ud. que es el psicólogo, ¿no?* El sujeto habla con hostilidad hacia el entrevistador, cerrando el tema, lo que sugiere al entrevistador la dificultad del sujeto para entrar en este tipo de actividad mental. En los niveles más altos encontrados se hallan capacidades de moderadas a altas y sofisticadas, llamadas *FR Marcada y Excepcional*, donde la persona presenta una capacidad sofisticada de captar los estados mentales en sí mismo y los otros, así como de integrar las diversas dimensiones de la FR, tales como:

- A. *El conocimiento de los estados mentales propios y ajenos:* tener en cuenta su opacidad, que pueden disimularse, que el insight es limitado, y que no lo podemos conocer todo sobre los estados mentales.
- B. *Esfuerzo explícito para entender los estados mentales que marcan las conductas:* el orador identifica posibles estados mentales que pueden influir en la conducta, y ofrece detallados nexos entre sus estados mentales, sus conductas y los de los otros; reconocer que pueden ser defensivos; saber atribuir el estado mental a cada integrante de la relación, uno mismo y los otros, reconociendo las diferentes perspectivas.

- C. *Tener en cuenta aspectos del desarrollo en los estados mentales*: considerar la perspectiva intergeneracional y establecer conexiones a través de las generaciones.
- D. *Considerar la perspectiva del desarrollo*: algunos sujetos son conscientes de los cambios, debidos al desarrollo, en ciertos estados mentales, pueden revisar pensamientos y sentimientos sobre la infancia con el enfoque nuevo de la experiencia ganada después de la infancia, pueden prever cambios en los estados mentales entre el pasado y el presente, así como entre el presente y el futuro; imaginar el proceso transaccional entre padres e hijos, donde una comprensión plena de la conducta padre-hijo no es posible sin tener en consideración el impacto del niño en el padre; comprender los factores que determinan evolutivamente la regulación afectiva; el conocimiento de los padres de las necesidades emocionales del niño requiere reflexión sobre el mundo mental del niño y conocimiento de la dinámica familiar.
- E. *Estados mentales en relación con el entrevistador*: si el sujeto reconoce los estados mentales, es algo que puede apreciarse a través de su interacción con el entrevistador. Esto lo tomamos como un indicador de la buena disposición del sujeto para considerar los estados mentales en el contexto de otra relación. Signos de ello son el reconocimiento de la separación entre las mentes, el no suponer el conocimiento del otro sin explicación que lo vehiculice y la sintonía emocional. Por ejemplo, los sujetos que muestran estas capacidades, ante la pregunta “¿Por qué piensas que tus padres se comportaron así durante tu infancia?”, pueden responder:
- S: *Pienso que mi padre lo hizo por la manera como él creció, no sé si él era una víctima de abuso, pero yo sé que mi abuela era muy fuerte, demasiado directa, es un descubrimiento reciente, pero yo sé cómo era. Y mi abuelo no es muy cariñoso, entonces dicen que él tenía muchas necesidades y que mi padre tenía que cumplirlas. Sabes, pienso que mucho, sabes... pienso también sobre mi madre, mucho de lo que ellos hacen nos afecta a nosotros, especialmente en cómo las personas cuidamos a nuestros niños. Cuando veo a mi abuela, cómo ella va envejeciendo, quiero decir va siendo muy vieja, sus defensas no son como antes, las apariencias que la gente a veces muestra. Y así empiezas a ver su personalidad verdadera. Tengo un imagen más real de ella, porque antes siempre*

pensaba en mi abuela como en alguien inocente, muy dulce, pero ella tenía sus problemas también, descubrí hace un par de días que ella tuvo a mi tía cuando tenía 16 años, ¡Dios mío! y se casó. Así, ella era muy joven, no terminó el cole.

Se aprecia en este párrafo la presencia del conocimiento de los estados mentales propios y ajenos, el esfuerzo explícito para entender los estados mentales que marcan en las conductas, el tener en cuenta aspectos del desarrollo en los estados mentales, considerar la perspectiva del desarrollo, teniendo en cuenta que el sujeto intenta entender una actitud de sus padres en la infancia en la que hubo una acción del padre abusiva respecto al sujeto. Dado que la experiencia sobre la que puede reflexionar es difícil, el nivel de reflexión es considerado muy alto. Vemos como en la escena que describe el sujeto, cada personaje tiene su propia voz, su propia circunstancia y sus propias dificultades. Esta es una representación que podríamos calificar de madura, sin demasiadas proyecciones de la mentalidad infantil. A través de la escala reflexiva podemos confirmar la presencia de una capacidad mental importante para relacionarse con uno mismo y con los otros y para este sujeto podemos decir que afrontará su paternidad habiendo elaborado de forma convincente sus traumas infantiles y será difícil que repita con sus hijos la experiencia de abuso.

En medio de la gama se hallan los valores ausentes, bajos u ordinarios de reflexividad. La llamada FR *Ausente* se codifica cuando el sujeto no menciona en su discurso los estados mentales a pesar de tener claras ocasiones para hacerlo, por ejemplo: en respuesta a la pregunta *¿Por qué piensas que tus padres se comportaron así durante tu infancia?* El sujeto responde:

S: Supongo que porque... son... así, querían educarme de la mejor manera posible.

E: Mm...

S: Sí, supongo que es esto... (2 minutos de silencio)... lo quisieron hacer bien.

E: Mm...

S: Y creo que lo han hecho bastante bien.

Aquí vemos como el entrevistado no evoca en ningún momento la FR pudiéndolo haber hecho y dedicando espacios de silencio al pensamiento sobre el tema.

En la *FR Cuestionable o baja* el sujeto puede usar un lenguaje que se refiere a los estados mentales, pero falta material explicativo que confirme el hecho de que el sujeto comprende realmente las implicaciones de lo que dice en la comprensión de la experiencia que narra, por ejemplo: en respuesta a la pregunta *¿Por qué piensas que tus padres se comportaron así durante tu infancia?* El sujeto responde:

S: *Pues, eso... Es como todos los padres.*

E: *Mm...*

S: *Que todos los padres crían a sus hijos como, como saben, o... no es como han aprendido, sino de cómo les han criado a ellos, y de ahí viene que una familia sea honesta o sea...*

E: *Mm...*

S: *Diferente...*

E: *O sea, que lo han aprendido de sus padres.*

S: *Supongo que como los han tratado a ellos pues tratan a sus hijos, igual que yo trataría a los míos cuando los tenga.*

E: *Mm...*

S: *Claro, por las enseñanzas de mis padres.*

Vemos como el entrevistado evoca el hecho de conocimiento común de que los padres educan a los hijos como les han educado, pero de forma general, “normal”, no creativa, no aportando aspectos específicos de sus propios padres en relación a su propia experiencia. En esta categoría también entrarían las reflexiones pseudo psicológicas que aparecen en los narrativos de los individuos con un MOI inseguro preocupado.

En la *FR Definida u Ordinaria* el sujeto tiene que hacer comentarios que marquen una reflexión explícita, por ejemplo: en respuesta a la pregunta *¿Por qué crees que tus padres se comportaron como lo hicieron cuando eras pequeño?*

S: *Por su... imt!... Por su forma en la... Por la forma en la que han sido ellos educados.*

E: *Mm...*

S: *O sea... Eh... Si tú has visto unas cosas desde pequeño y has vivido unas realidades más duras...*

E: *Mm...*

S: Pues eso te va a hacer que... si ves a otra persona que no la tiene tan dura (la vida), pues es como que... imt! ¡Bfff! Y... m... e... (3s silencio) Como que no lo, no lo acabas de entender e intentas que su... llevar la realidad que tú has tenido a su realidad digamos...

E: Sí, si... Ser exigente...

S: Ser exigente, ser como a ellos... como a él lo han educado, o como él cree que son los valores correctos.

Estos son ejemplos parciales de respuestas para que el lector pueda comprender los diferentes niveles de FR. La codificación de la FR global tiene unas normas complejas que valoran la frecuencia con que aparecen respuestas de la misma calidad o de calidad diferente, recomendándose unos puntajes para cada combinación. No los detallamos por no ser el objetivo de este trabajo.

El interés del estudio de estos dos sistemas representacionales para el trabajo clínico

Curiosamente, como reflexiona Steele (2008), la AAI se publicó el mismo año en que Stern publicó su trabajo sobre el desarrollo del “sí mismo” (1985), en el que describe la aparición de múltiples envoltorios que surgen de las interacciones interpersonales y de las representaciones de las mismas, a lo largo de los dos primeros años de vida, antes de la aparición del lenguaje. Steele considera que el concepto de Función Reflexiva podría ser considerado como un puente que conecta estas dos contribuciones al conocimiento sobre el funcionamiento psicológico, es decir, las explicaciones de Main et al. (1985) aportan información sobre la parentalidad y las explicaciones de Stern (1985) aportan información sobre el desarrollo del sí mismo en los primeros dos años de vida. Las investigaciones han mostrado que una FR media o alta en los padres promueve en el niño confianza en su habilidad para iniciar y responder en la interacción. Esta habilidad permite reparar desajustes o rupturas en las interacciones, lo que mejora el intercambio interactivo y por lo tanto, siguiendo las propuestas de Stern, mejora las ocasiones para que el niño pueda desarrollar el sí mismo de forma saludable. Por el contrario, unos padres con una crónica desatención a las necesidades de apego del niño, derivadas de una pobre FR, suponen un

riesgo de que haya más rupturas en las interacciones y menos posibilidades de repararlas por parte del niño y de los padres, por lo que tanto el padre como el niño involucrados en esta dinámica quedan muy vulnerables a las vivencias de fragmentación, aislamiento, rabia y desesperanza. Se organiza así un sistema interactivo perturbado que puede llegar a comprometer el desarrollo de la personalidad del niño. En esta dinámica relacional se organizan muchos trastornos psicopatológicos no neuróticos de la infancia, que se pueden complicar a lo largo del desarrollo del niño.

A partir de estos hallazgos, se ha ido extendiendo la práctica clínica que integra en la exploración diagnóstica y en la intervención terapéutica estos dos aspectos del funcionamiento mental, el apego y la función reflexiva.

Poder explorar las representaciones de apego de los adultos (padres), su FR y el estilo interactivo en la relación padre/hijo, y cuando el hijo tiene suficiente edad evaluar también su representación de apego y de FR, contribuye a poder diagnosticar e intervenir sobre trastornos psicopatológicos en poblaciones cuyo trastorno no involucra únicamente el conflicto intrapsíquico, como en la neurosis, sino que involucra el sentido de sí mismo, su dependencia psíquica del otro significativo según patrones más arcaicos de funcionamiento. Las llamadas patologías narcisistas entrarían en este grupo de pacientes que pueden beneficiarse de intervenciones que tengan en cuenta el sistema de apego y la función reflexiva.

Estos dos campos de trabajo ampliarían en parte los conceptos de “encuadre materno”, “función materna”, etc... utilizados frecuentemente en las reflexiones sobre los procesos terapéuticos desarrollados con estos pacientes. En estos pacientes, proponer un trabajo terapéutico sobre sus representaciones de apego puede permitir trabajar en un escenario representacional del sujeto que contiene elementos conscientes y no conscientes (no inconscientes en el sentido psicoanalítico del término). Este trabajo puede ser la antesala de un trabajo más intrapsíquico, más individualizado, o bien, el único trabajo posible por su estructura de personalidad y de funcionamiento mental insuficientemente desarrollado.

No se trata de hacer grandes cambios técnicos, ya que, como dice Fonagy (2012), cada terapeuta incluye en su procedimiento la toma en cuenta de estas dos líneas del

funcionamiento mental. Ahora bien, trabajar estos dos aspectos sí que puede modificar el recorrido que hacen paciente y terapeuta, por ejemplo, en el caso de un paciente con un MOI evitativo y ausencia de FR no podremos ayudarlo a comprender su funcionamiento mental buscando recuerdos infantiles, sino que trataremos de estimular su capacidad de visitar y representarse sus experiencias actuales en un contexto terapéutico de base segura y reflexivo (función mental del terapeuta o del dispositivo terapéutico). El trabajo se centra más en ayudarle a entender sus relaciones, a él y los otros en las relaciones, que a comprenderse él individualmente. Recordemos que los pacientes que se pueden beneficiar de estos abordajes terapéuticos, se explican la mayoría de las veces a través del otro, con el que están en relación y tienen dificultades para representarse como individuos solos y cómo contribuyen ellos a la relación.

Conocer las representaciones de apego y de FR en el diagnóstico de un paciente permite sumar elementos comprensivos a la relación de objeto, a la dinámica intrapsíquica o al sistema familiar, como por ejemplo conocer qué capacidad tiene el sujeto de recibir ayuda terapéutica a través de una relación interpersonal (terapeuta y él), qué capacidad tiene de conectar con “lo infantil” propio y de los otros (MOI) y qué capacidad tiene de entender que sus representaciones sobre sus experiencias son subjetivas en lo referente al sentir y a las motivaciones que atribuye a los diferentes partenaires de una relación, y que estas representaciones no se corresponden totalmente con “la realidad”, ya que pueden estar sometidas a cambios a lo largo del tiempo, a discusión, pueden ser percibidas desde diferentes perspectivas intersubjetivas (FR). Conocer estos aspectos del funcionamiento mental del paciente permitirá escoger las líneas de trabajo terapéutico más adecuadas para el funcionamiento mental del paciente.

Un ejemplo clínico

En la Unidad de psicopatología de niños de 0-5 años y sus padres del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, trabajamos estos aspectos en poblaciones que presentan trastornos de la relación y la comunicación, así como una relación cuidadora perturbada, y

los padres presentan trastornos de la parentalidad. En estos casos realizamos un trabajo de grupo terapéutico institucional (Ibáñez et al., 2008) en el que la “función de contención del dispositivo” se organiza a través de una relación interactiva individual (un terapeuta por cada niño) en un grupo de niños en el que intervienen también los padres. El equipo asistencial trabaja para que la relación terapéutica tenga las características del apego seguro y de la mente segura de los cuidadores, tanto para los padres como para los niños, sean cuales sean las dificultades relacionales que se transfieran en el espacio terapéutico. Se trabaja también la capacidad reflexiva en relación a las motivaciones y vivencias como padres respecto a su hijo y en relación a las motivaciones y vivencias de su hijo, subyacentes al comportamiento y a la relación con ellos. Todo ello a partir de las experiencias compartidas en el espacio terapéutico como punto de partida. Posteriormente, podemos intentar hacer asociaciones con aspectos de su propia biografía, más intrapsíquicos, si es posible.

Consideramos que esta dimensión de estado mental de apego seguro del equipo terapéutico complementa la noción de “función continente materna” de Bion y de “relación intersubjetiva”. Estos dos conceptos que se refieren a mecanismos sutiles de funcionamiento mental son útiles a los terapeutas para entender su propio movimiento de identificación y desidentificación con los contenidos psíquicos arcaicos de los padres y de los niños, y les permite acompañarlos en momentos psicológicos poco estructurados y de sufrimiento, sin romper la relación terapéutica. El contexto de relación terapéutica segura viene definido principalmente por la sensibilidad de los terapeutas y del equipo terapéutico, para leer los signos comunicativos no verbales en la relación y una buena capacidad para ayudar a la coherencia de las interacciones, entre el niño y los terapeutas, entre los padres y los terapeutas y entre los padres y los niños. El equipo asume como actividad terapéutica importante la función de reparar los errores en las interacciones muy perturbadas que tienen lugar en el espacio terapéutico, promoviendo ajustes para que no sean perturbadoras para los partenaires de la relación. Este trabajo terapéutico se fundamenta en la idea del comentario de Steele, citado más arriba, en el que pone en relación el apego como una característica de la parentalidad que contribuye al desarrollo de los envoltorios que según Stern contribuyen al desarrollo del sí mismo, y que si el apego

de los padres es seguro el niño puede desarrollar la habilidad de reparar los desajustes de la interacción. Trabajamos también con el uso del discurso descriptivo y de FR respecto a la experiencia compartida. La clínica nos muestra que en este contexto relacional terapéutico propuesto, el desarrollo de la “capacidad continente”, de regulación emocional y de intersubjetividad, tienen más posibilidades de organizarse o reorganizarse en niños y padres, que a través de una relación terapéutica que se basara únicamente en el discurso comprensivo sobre la representación de las experiencias vividas en otro lugar y explicadas en el contexto de la relación terapéutica.

Viñeta clínica

L. es una bebé de 14 meses que acude a la Unidad acompañando a su madre porque tiene una hermana que está en tratamiento desde hace 4 años por una depresión precoz que ha evolucionado hacia un TGD, pero que presenta capacidades de representación gráfica y de lenguaje bastante evolucionadas. Durante los años de trabajo terapéutico con la hermana mayor hemos podido observar un sistema de interacción y de cuidados poco coherente, dominado por preocupaciones mórbidas, subjetivas de los padres, poco ajustadas con la realidad de la experiencia compartida. El trabajo con la madre ha consistido principalmente en trabajar durante la sesión del grupo de niños, acompañada por un terapeuta que le ayudaba a observar la experiencia compartida entre los niños y su terapeuta (en interacciones de juego, de demanda de algo, de propuestas de actividad por parte del niño, del terapeuta...) y que le ayudaba a hablar de su propia experiencia de relación con su hija. El MOI de la madre y su capacidad reflexiva eran puntos de interés terapéutico, así como los mecanismos de defensa utilizados por ella que eran muy arcaicos y poco saludables. La madre queda embarazada, de forma que trabajamos con ella durante este periodo como habíamos hecho hasta entonces, conocemos sus dudas y sus miedos respecto a la evolución del futuro bebé. A los dos meses de L. la madre se reintegra con ella en las sesiones de la Unidad, de manera que podemos observar la evolución del bebé y cómo la madre va organizando la parentalidad de esta segunda hija. Aparentemente las

cosas van evolucionando, L. presenta únicamente un ligero retraso pondo-estatural. Según la madre no come mucho, aunque captamos no obstante una tendencia de la madre a desactivar la relación con L., porque siempre siente que tiene sueño, que está cansada, etc. La bebé, cuando se relaciona con nosotros en las sesiones de trabajo, muestra un buen equipamiento relacional. La madre se queja de una gran dificultad para compartirse entre las dos hijas, transmite la idea que si deja a una le provoca un sufrimiento que la “destruye”, y viceversa. Las representaciones de la madre son muy extremas. A los 14 meses de L. la madre se queja de que no come nada, que ha de forcejear con ella y la hermana mayor le dice que es una maltratadora. Durante la sesión terapéutica de la Unidad hay un tiempo para desayunar, por lo que proponemos que L. y su madre se incluyan en este espacio para observar la interacción durante la alimentación. Observamos que la interacción entre madre e hija es muy disfuncional, la madre tiene muy baja sensibilidad, interpreta la conducta de la niña de forma muy desajustada, proyectando sus representaciones negativas. Las interacciones son anti-contingentes, con limitación física de la niña innecesaria. El equipo queda muy preocupado por la situación, la niña empieza a presentar de una sesión a otra una inhibición del uso de las manos mientras le ofrecemos, junto con la madre, coger las galletas o la cuchara, realiza gestos extraños y anómalos de manos que sugieren que ha recibido acciones inadecuadas sobre su cuerpo, dado que la niña presenta un desarrollo normal tanto de su conducta exploradora como de la relación y la comunicación, si bien estos últimos aspectos son algo pobres por la edad, pero con patrones normales. Le comentamos a la madre nuestra preocupación y trabajamos con ella seguir a L. en sus iniciativas y no bloquearla físicamente. Sabemos que la madre presenta una FR negativa, un MOI inseguro preocupado y que hay errores comunicativos graves, tal como los describe Lyons Ruth (2007), en las interacciones de cuidados con sus hijos, que desorganizan el vínculo de los niños y sobre todo les dificultan la organización del sentido de sí mismos y de un patrón de relación y de comunicación saludables. Podríamos decir que L. tiene pocos recursos en estos momentos para reconducir las interacciones anómalas que le propone su madre, derivadas de sus preocupaciones mórbidas. Dada la baja capacidad de la madre para pensar sobre sus conductas anómalas, utilizamos la técnica de la video intervención trabajando con ella aspectos de las interacciones con su hija pequeña,

para mejorar la coherencia interactiva y la sensibilidad de la madre hacia las señales que L. emite para comunicar con ella y para mostrar sus progresos de desarrollo en el sí mismo. La estructura de personalidad perturbada de la madre no la podemos modificar dada la gravedad del cuadro clínico, pero en el diseño terapéutico que llevamos a cabo, el objetivo es ayudarla a mejorar aspectos de su relación cuidadora con sus hijos, para ayudar a que estos atraviesen lo mejor posible este periodo tan sensible para el desarrollo que son los primeros años de vida, en los que tiene lugar la construcción del sentido del sí mismo y del aparato psíquico. Haber podido trabajar semanalmente con esta madre durante 4 años, haber ganado su confianza hacia el dispositivo terapéutico, y que hayan habido progresos, tanto en ella como en el padre (que ha acudido menos regularmente pero que tiene un funcionamiento muy similar al de ella) y en las niñas, evidentemente no “ad integrum” pero si suficientes para evitar deterioros evolutivos importantes, consideramos que ha estado relacionado con el enfoque terapéutico de centrar el trabajo en el sistema de apego, la FR y el sistema interactivo de los padres y de las niñas. Este enfoque terapéutico ha aportado un contexto de relación terapéutica de calidad segura y reflexiva que ha ayudado a la madre a explorar su estado mental en relación al vínculo con sus hijas, el de las hijas con ella y explorar su capacidad reflexiva. El trabajo ha sido indirecto, a veces acompañándola en la observación de sus hijas en relación con otras personas y niños. Para ella, durante estos años, una relación terapéutica individual era demasiado desorganizadora.

En este ejemplo hemos detallado una aplicación posible del trabajo con las representaciones de apego y la Función Reflexiva. A lo largo de este escrito hemos intentado explicar los objetivos terapéuticos para los que es útil este trabajo, pudiendo decir para concluir que es aplicable en las situaciones clínicas en las que hay trastornos en las relaciones y el sentido del sí mismo no está muy bien desarrollado, indistintamente de la edad del paciente.

Referencias bibliográficas

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., and Wall, S. (1978), *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum.

Baron-Cohen, S. (1994), How to build a baby that can read minds: Cognitive mechanisms in mind Reading, *Current Psychology of Cognition*, 13:513-552.

Bateman A.W. and Fonagy P. (Eds.) (2012), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, American Psychiatric Publishing.

Bowlby, J. (1969/1982), *Attachment and loss: Volume 1, Attachment*, New York, Basic Books.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., and Higgitt, A. (1991), The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment, *Infant Mental Health Journal*, 12:201-218.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., and Steele, M. (1998), *Reflective functioning manual, version 5.2, for application to Adult Attachment Interviews*, unpublished document, University College London and New School for Social Research.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. and Target, M. (2002), *Affect Regulation, Mentalization and Development of the self*, New York, Other Editor.

George, C., Kaplan, N., and Main, M. (1985), *Adult Attachment Interview (2nd ed.)*, Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Grice, H.P. (1975), Logic and conversation. In P. Cole and J.L. Moran (Eds), *Syntax and semantics*, New York, Academic Press.

Ibáñez, M. y Cruz, D. (2008), Trastornos de la comunicación y de la relación precoz: Integración del estudio del apego en la evaluación y el tratamiento, En Sagrario Yarnoz, compiladora, *La Teoría del Apego en la Clínica: I Evaluación y clínica*, Madrid, Psimática.

Lyons-Ruth, K. (2007), The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes, *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 2:105-114.

Main, M., Goldwyn, R., and Hesse, E. (2003), Adult attachment classification system version 7.2, Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Main, M., and Hesse, E. (1990), Adult lack of resolution of attachment-related trauma related to infant disorganized/disoriented behavior in the Ainsworth strange situation: Linking parental states of mind to infant behavior in a stressful situation, In M. Cumming (Ed.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*, Chicago, University of Chicago Press.

Marty, P. (1980), *Los Movimientos individuales de vida y de muerte*, Barcelona, Toray.

Steele, H., Steele, M., and Fonagy, P. (1996), Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants, *Child Development*, 67:541-555.

Steele, H., and Steele, M. (2005), Understanding and resolving emotional conflict: The London Parent-Child Project, In K. E. Grossmann, K. Grossmann and E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*, New York, Guilford Press.

Steele, H., and Steele, M. (2008), On the origins of reflective functioning, In F. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*, New York, The Analytic Press.

Stern, D. (1985), *El mundo interpersonal del infante*, Buenos Aires, Paidós.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Diamond, D., and Levy, K.N. (2008), An object relations treatment of borderline patients with reflective functioning as the mechanism of change, In F.N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*, New York, The Analytic Press.

Margarita Ibáñez

Psicóloga clínica y psicoterapeuta

Coordinadora Unidad 0-5 años

Servicio de Psiquiatría y Psicología

Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona

Correo electrónico: mibanez@hsjdbcn.org