

CAPÍTULO 3

Contribución de la Teoría del Vínculo al Psicoanálisis Clínico*

Prof. Dr. **Horst Kächele**

Introducción

Cuando Daniel Stern publicó su monografía sobre el Mundo Interpersonal del Niño (1985), abrió una nueva etapa en la historia del psicoanálisis. Muchas generaciones de psicoanalistas clínicos habían realizado un inmenso trabajo para reconstruir los relatos de sus pacientes en un marco clínico, subestimando la importancia del desarrollo. Sin embargo, este punto de vista genético no se contradice con la afirmación de Kurt Lewins, quien sostiene que sólo las fuerzas y condiciones del aquí y ahora pueden tener un efecto. Según David Rapaport, esto significa que muchos eventos que ocurren en el presente de un individuo solamente se pueden entender mediante el estudio de su desarrollo (Rapaport 1970, p. 47).

La mayoría de los psicoanalistas clínicos desconocían el creciente campo de la investigación de observación en el desarrollo

* Conferencia ofrecida en Seminario Internacional Desarrollo de la Teoría del Vínculo, noviembre 2001, Santiago de Chile. (Traducción revisada por S. Aronsohn).

impulsada por nuevas metodologías en la manera de plantearle preguntas a los bebés. Estas técnicas fueron las que permitieron responder las interrogantes que nadie se había atrevido a formular anteriormente. Esta investigación creó al niño de observación, en contraste con las distintas versiones del infante reconstruido de los psicoanalistas teóricos del desarrollo.

Nuestros conocimientos sobre los procesos de desarrollo en la infancia han cambiado de manera notoria. Múltiples estudios sobre la "historia natural de la relación madre-hijo durante el primer año de vida", citando el texto de Rene Spitz (1965), han planteado nuevas ideas para la construcción del "niño clínico". Las nuevas teorías sobre los primeros desarrollos integrarán las teorías de la comunicación y la acción, lo cual tendrá un profundo impacto en todas las orientaciones psicoanalíticas (Kächele 1989; Kächele y colab. 1999). Este impacto se describe en detalle en un documento aparecido en una reciente publicación del *Psychoanalytic Quarterly*:

El legado de Freud es nuestra herencia, y su teoría conforma nuestro punto de vista contemporáneo. Sin embargo, creo que la teoría de Freud se puede enriquecer y mejorar con la información actual proveniente de la investigación del desarrollo humano. Pienso específicamente en la función reguladora del afecto del sistema de apego (Silverman 2001, p. 325).

Junto a mi colega y colaboradora Anna Buchheim, entregaré una idea de la utilidad de los conceptos de apego para nuestro trabajo clínico. Mediante la cooperación de un clínico y un investigador del apego, intentamos mejorar la comprensión de un caso particular.

Apego y psicopatología

La evaluación y el estudio del apego han surgido como instrumentos importantes en la comprensión del desarrollo de la psicopatología y para localizar áreas de intervención (Bowlby 1988). Varios estudios sugieren que las medidas del nivel de apego proporcionan un indicador de las patologías de las relaciones objetales en poblaciones clínicas y de los cambios esperados en el yo patológico y en las representaciones objetales durante una psicoterapia. Además, diferentes estudios han relacionado el apego inseguro con diversos trastornos clínicos (Van Ijzendoorn 1995; Dozier y colab. 1999), entre ellos, el trastorno de personalidad. Los constructos del apego se utilizan cada vez más para comprender la etiología, el tratamiento y los pronósticos de la patología limítrofe (Fonagy 1991; Fonagy y colab. 1995, 1996; Diamond y colab. 1999). Los investigadores clínicos comprendieron los aspectos fundamentales de las condiciones limítrofes —como las relaciones interpersonales inestables e intensas, los sentimientos de vacío, los arrebatos de cólera, los temores crónicos de abandono y la intolerancia a la soledad— como provenientes de una organización insegura del apego (Diamond y colab. 1999; Fonagy 1991, 1998; Fonagy y colab. 1995, 1996; Kernberg 1996).

Aunque la creación de la Entrevista de Apego para Adultos (Adult Attachment Interview, AAI) (George y colab. 1985; Main y Goldwyn 1996) no se desarrolló en un contexto clínico, se pudo demostrar que este sistema discrimina entre las poblaciones clínicas y no clínicas (Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg 1996). El tamaño del efecto que discrimina entre ambos grupos ($d = 1,03$) fue importante. Recientemente, en un análisis de cuatro vías, sólo se consideró seguro al 8% de los miembros de las muestras clínicas. Además, el nivel del grupo No Resuelto es el estado más común entre las personas con trastornos psiquiátricos.

Aún no está claro lo que estos resultados significan en cuanto a la conexión causal entre el estado de mente derivado del apego y el trastorno psiquiátrico. Investigadores clínicos (Rosenstein y Horowitz 1996; Cole-Detke y Kobak 1996; Patrick y Hobson 1994) sugieren que algunos trastornos de "exteriorización" (por ejemplo, los trastornos de alimentación y de conducta) están asociados a un estado anímico "Indiferente", y que un trastorno de "interiorización" (por ejemplo, el trastorno límite) se relaciona con un estado anímico "Preocupado". Dozier y colaboradores (1999) discutieron que los resultados inconsistentes en la literatura (por ejemplo, los estudios con pacientes depresivos) indican la importancia de los asuntos diagnósticos cuando se consideran las relaciones entre el estatus de apego y los trastornos heterogéneos, como la depresión (unipolar/bipolar) o la ansiedad (fobia/ansiedad generalizada).

A continuación se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad narcisista con organización límite.

¿Qué sabemos sobre el apego y la patología límite hasta ahora?

Patología límite y representación de apego

Los individuos con personalidad límite presentan un sí mismo notoriamente inestable, las representaciones acerca de los otros no se desarrollan y son cambiantes, por ejemplo, algunas veces idealizan y otras desvalorizan a los demás. Un punto relevante es el temor a que una persona idealizada los abandone. Otro criterio es la presencia de una rabia importante que se manifiesta en intensos arrebatos.

Por lo general, la patología límite se asocia con la exageración de la sintomatología y afecto negativo, como también con

“preocupación” acerca de las dificultades actuales y anteriores en relaciones previas.

Dos estudios indicaron que los pacientes limítrofes se pueden distinguir de otros grupos clínicos por su propensión a ser clasificados como Temerosamente Preocupados (*fearful*) (E3) en relación a traumas relativos al apego.

Fonagy y colaboradores (1996) descubrieron que el 75% de los individuos con trastorno de personalidad limítrofe presentaba un estado anímico “preocupado” y que la mitad de estos sujetos se clasificaba en un subgrupo rara vez utilizado, que se denominó Temerosamente Preocupado (E3) en relación a eventos traumáticos. El 89% de los pacientes limítrofes fue clasificado en la categoría No Resuelto.

Patrick y Hobson (1994) descubrieron que todas las mujeres con personalidad limítrofe fueron clasificadas como Preocupadas y de 12 de ellas, 10 fueron clasificadas como E3, lo que suele ocurrir conjuntamente con la categoría No Resuelto. En este estudio, el 75% de los pacientes limítrofes fue clasificado en la categoría No Resuelto.

De acuerdo a la investigación de Rosenstein y Horowitz (1996), las variaciones en la clasificación del apego pueden discriminar entre subtipos de limítrofes. Algunos estudios indican que aquellas personas que presentan rasgos antisociales y/o narcisistas y paranoides, por lo general son clasificadas como Indiferentes, mientras que aquellas con rasgos histriónicos, obsesivo-compulsivos, afectivos o esquizoides, suelen ser clasificadas como Preocupadas. Pacientes limítrofes parasuicidales o aquellos que se lesionan a sí mismos en forma crónica, suelen clasificarse en la categoría No Resuelto en relación a eventos potencialmente traumáticos.

Diamond y colaboradores (1999) sostuvieron que aunque el abuso físico y sexual ha sido repetidamente implicado en la etio-

logía de los trastornos limítrofes, varios estudios demuestran que un clima familiar de violencia emocional y abandono, junto a un apego inseguro, se relacionan mucho más con el desarrollo de la personalidad limítrofe que específicamente los traumas del abuso sexual. Diamond y colaboradores (1999) sugirieron que se necesitaba más investigación para aclarar las complejas interconexiones entre el abuso intrafamiliar, el caos familiar y el apego inseguro en las personalidades limítrofes.

Caso de una paciente narcisista con organización limítrofe: material clínico

Una profesora de 50 años, con buen nivel educacional, que trabaja en un *Gymnasium* (Escuela Secundaria), se dirigió directamente a mí (HK) cuando era jefe del Departamento de Psicoterapia de la Universidad de Ulm. Antes de venir a la primera consulta, me entregó una larga carta cuidadosamente escrita y tipeada, donde no sólo describía sus quejas, sino que también incluía algunos fragmentos de trabajos psicoanalíticos que, en su opinión, contenían sus problemas psicodinámicos básicos. La paciente dice sufrir un estado de dolor psíquico incurable, producto de haber sentido durante años —y sin alivio— ira y pena por haber sido abandonada por su pareja, con quien mantenía una interminable relación amorosa con claros rasgos sadomasoquistas. Este intenso y doloroso estado anímico, acompañado de múltiples somatizaciones, pudo aliviarse un poco con una psicoterapia de apoyo que ella recibió durante cinco años y que fue realizada por una acogedora y madura terapeuta. Al menos la paciente aprecia que la terapeuta anterior la ayudó a controlar la idea de suicidarse; de vez en cuando todavía piensa en el suicidio: “Si no puedo dejar de sentir esto, me mataré. Pero cuando suceda, me llevaré a dos o tres personas conmigo”. Los objetos de esa intensa y fácilmente

activada ira eran su ex pareja y dos jefes de las unidades de psicoterapia del hospital donde había sido tratada. Desde su punto de vista, ellos la habían maltratado. La paciente había entablado una demanda contra uno de ellos y logró que se le reembolsara el 50% de sus consultas, por no haberle realizado un tratamiento adecuado.

Durante la entrevista inicial, me encontré con una mujer con pensamientos claros y bien educada, que se mantenía alerta a la vez que me demostraba una exigente amabilidad. Ella me había elegido (considerando que venía de provincia) por ser un experto al que había conocido a través del libro de texto sobre terapia psicoanalítica escrito con el Dr. Thomä (Thomä y Kächele 1987, 1992).

Rara vez siento la intensidad de los estados internos que se relacionan específicamente con determinados tópicos. En contraste con la autoimagen presentada, los formularios psicométricos que a la paciente se le había pedido llenar, estaban plagados de comentarios muy críticos y desvalorizadores. Por ejemplo, con respecto al uso de un número de identificación en la hoja, la paciente comenta: “¿En dónde estamos? ¡¡¡Esto es un campo de concentración!!!”. Para ella, el completar esos formularios era ¡una violación a su privacidad!

La dinámica de la entrevista confirmó la descripción escrita que había aportado la paciente sobre un artículo psicoanalítico de una persona traumatizada a temprana edad pero que había logrado controlar ese sentimiento durante un gran período de su vida. La paciente estudió ciencias políticas y alemán. Hizo clases en una pequeña ciudad cercana a su villa natal. Cuando todavía era estudiante, se casó con un colega diez años mayor, maestro en la misma escuela donde después ella fue profesora.

Mi actitud, muy cercana a una mezcla heroica entre escepticismo y curiosidad, fue determinada por las afirmaciones excesivamente emocionales de la paciente: “¡Nunca use el término

transferencia! ¡Nunca hable sobre padre o madre! ¡Incluso cuando escucho esas palabras, me enfermo!”.

Le ofrecí una terapia psicoanalítica personal en un formato cara a cara dos veces por semana. El diagnóstico de trastorno de personalidad narcisista con estructura de organización limítrofe, se basó en los sentimientos de intensa ira, acompañados de profundos estados de vacío interno. Las situaciones de pérdida del control produjeron rápidas interrupciones de las relaciones —una capacidad que fue muy útil en su exitosa carrera como política local. Desde su infancia, la paciente sufría de persistente angustia ante la oscuridad, de la que sólo me enteré posteriormente durante el tratamiento. Sus recursos positivos consistían en una impulsividad creativa, es decir, capacidad de adaptación y de trabajo en beneficio de los demás. Mientras más víctimas del sistema fueran las otras personas (por ejemplo, los alumnos de la escuela, las pobres funcionarias del gobierno local o del pueblo, etc.), ella era más capaz de usar todas sus habilidades. La paciente compartía el talento musical —que ella convertiría en una competencia semiprofesional— con su esposo, un individuo que padecía de ansiedad crónica. Muchos años de relativa estabilidad social e íntima, sin mucha actividad sexual —en todo caso, dominada por ella—, se deterioraron definitivamente. La paciente empezó a realizar actividades fuera de su vida matrimonial en el terreno político local, donde tenía verdadero éxito. Cuando cumplió 41 años, se le presenta una crisis existencial al establecer una relación platónica con un músico casado con el que realizaba presentaciones. Mientras rechazó los requerimientos del músico, se sentía bien; pero cuando la paciente finalmente se entregó a la relación, ésta se transformó en una pesadilla. Inesperadamente, él no tuvo más tiempo disponible para ella. Ahí es cuando la mujer entra a terapia debido a sus continuas luchas por escuchar al menos la voz de su amante por teléfono.

Ella había pagado la psicoterapia de apoyo con su propio dinero, para mantener la sensación de no ser una paciente, y se negó a usar el seguro de salud. (Los psicoterapeutas, por razones prácticas, preferimos a “no clientes” que paguen en forma privada). Sin embargo, para no reincidir en la letanía de la pseudo-autonomía, insistí en el procedimiento formal de cobertura del seguro.

Desde el comienzo el tratamiento fue complicado. Era difícil lograr una alianza terapéutica estable o un ego observador o experimentador (en el sentido de Sterba). Las intensas idealizaciones de mis cualidades súper técnicas, generadas con rapidez por la paciente, repentinamente fueron rotas por las crisis depresivas psíquicas provocadas por los comentarios supuestamente inadecuados que yo había realizado. Después de tales sesiones, recibía un fax en que la paciente indicaba que no regresaría jamás. Sobrevivimos a estas numerosas críticas y poco a poco logramos una alianza terapéutica estable, luego de varias conversaciones telefónicas sobre lo que pudo haber sucedido.

Por ejemplo, bastaba que yo usara la palabra “terapeuta” al referirme a sus primeras experiencias terapéuticas, para que me identificara unilateralmente con la posición de poder, y ella, como paciente, siempre estaría del lado del perdedor.

El proceso terapéutico se caracterizó por altos y bajos, producto de rápidos cambios de identificación. De pronto, las fuerzas primitivas que dividían todo entre bueno y malo, causaron la ruptura de la capacidad de integración de la paciente. El mismo proceso ocurrió con las molestias físicas ocasionadas por dolores intratables que desaparecerían al reestablecerse la relación terapéutica. El trabajo terapéutico se concentró en la relación real de la paciente con su madre. Ella cuidaba de su exigente madre de 81 años, quien, pese a su avanzada edad, todavía no hallaba ningún rasgo positivo en su hija. Poco a poco, la perspectiva bio-

gráfica de la relación madre-hija abrió un camino para ayudar a la paciente a trabajar con su empeño masoquista inconsciente de intentar una y otra vez obtener el apoyo y reconocimiento de la madre.

Después de dos años de trabajo, el estado de la paciente cambió considerablemente. En vez de seguir con su ansiosa búsqueda de la maldad del mundo, y en especial de la de su madre, ella alcanzó una especie de "*Nachdenklichkeit*", que Peter Fonagy describe como un aumento en la función autorreflexiva. Ahora la mujer podía observar que cuando mis palabras no se adecuaban a ella, se enfurecía y se sentía desvalida. Pudimos investigar cuál era su rol y el de su madre en la relación. La paciente decidió aceptar la ayuda del servicio geriátrico para su madre, e incluso cuando murió, ella pudo darse cuenta, sin llorar, que había sido una pérdida que sería superada con los años. La noción de transferencia se había vuelto viable para comprender mi maltrato hacia ella en términos de sus experiencias a lo largo de la vida. Se había logrado identificar la impotencia como experiencia central.

Ustedes se preguntarán por qué no se ha mencionado al padre de la paciente. Las referencias a él habían sido muy escasas durante los primeros dos años de tratamiento; una vez mencionó un sueño en que se le aparecía una persona desconocida que se veía paternal. Con el tiempo, la negación de la paciente de cualquier relación con esa persona desconocida se volvió un tema importante de la psicoterapia.

AAI de la paciente

La Dra. Anna Buchheim entrevistó a la paciente utilizando la AAI, seis meses después de empezar el tratamiento psicoterapéutico. Se mostró cooperadora y el tratamiento no se vio afectado por esta intervención. Ella fue clasificada en la categoría Preocupado

y en el “estado anímico no resuelto”. Presentaré algunos extractos de la AAI, para dar una impresión del estilo de lenguaje que utilizó la paciente y para explicar parte del procedimiento de codificación.

Ejemplos de patrones de preocupación a partir de transcripción de AAI

Dra. Buchheim: Mmm... ¿cómo describiría la relación con sus padres, con su madre y su padre, cuando usted era niña?

Paciente: Mmm... este largo silencio dice mucho. (Risas). No podía confiar en ellos, nunca podía confiar en ellos.

B: Mmm...

P: Aún no confío. Mi madre necesita que la cuiden ahora, y la otra gente siempre debe ponerse de acuerdo conmigo. Los vecinos y la institución de beneficencia deben averiguar si es correcto lo que ella dice o si está mintiendo. Esas son las experiencias que se tienen con ella. Podría decir que es un “cuidado agresivo”. Yo no podía enfermarme, y cuando ocurría, entonces, esos té no me gustaban (hasta ahora no puedo beber esos té de hierbas, sin azúcar). Mmm... para mí, enfermarme era un verdadero desastre, papas calientes alrededor de mi cuello, mmm... diría que era un cuidado agresivo. Trataba de recuperarme lo más rápido posible. Ahora puedo ser más generosa conmigo misma en ese caso muy lentamente, enfermarme, pero me tomó muchos años.

Con mi padre tampoco tenía una buena relación. No puedo contar nada positivo, muy poco. Mi madre siempre le contaba lo que yo hacía mal. Probablemente ella hacía lo mismo con mi hermano mayor de 10 años. Le contaba a mi padre, y cuando él volvía en la tarde, nos golpeaba. Algo así ocurrió sólo ayer; hace dos semanas me aterroricé. Él siempre me asustaba cuando era niña; todavía sufro por eso. Hoy me suelo asustar cuando alguien está conmigo en la misma habitación, aunque

conozca a esa persona. No me siento segura. Y siempre pensaba: algún día tendremos una crisis y mi padre quedará cesante. Él era querido en su trabajo. Pero, como niña, yo siempre sentía que todo se acabaría muy rápido. Yo trabajaba cuando chica, también en las vacaciones, e intentaba ganar algo de dinero. Siempre me sentía insegura, no confiaba en nada.

Este fragmento muestra que la paciente todavía lucha con su pasado y no tiene una imagen objetiva de sus experiencias de la infancia. Acusa a su madre con ira, oscila entre el pasado y el presente, le teme a su padre y aún se siente insegura. Su discurso es incoherente, pues a menudo se desvía de la conversación y entrega demasiada información.

La paciente también fue clasificada en la categoría "estado anímico no resuelto". Para aclarar este comportamiento, se ofrecerá una definición más detallada de la categoría NR:

Estado anímico no resuelto (Main y Goldwyn 1996)

Durante las discusiones sobre la pérdida o el abuso, los individuos presentan una latencia sorprendente en el monitoreo del razonamiento o discurso.

Pérdida:

- Indicación de no creer que la persona está muerta.
- Indicación de confusión entre el yo y la persona muerta.
- Desorientación con respecto al tiempo y el espacio.
- Afirmaciones confusas desde el punto de vista psicológico.
- Reacción conductual extrema ante una pérdida.

Abuso:

- No se puede negar la ocurrencia o intensidad de la experiencia de abuso.

- Sentimientos de ser el causante del abuso.
- Discurso desorientado.

En la AAI, esta paciente mostró dos aspectos que indicaron su estado anímico no resuelto:

1. Negó haber sido abusada (golpeada) por su madre.
2. Olvidó el día de la muerte de su padre.

Estado anímico no resuelto: abuso

B: ¿Se sintió alguna vez amenazada por sus padres cuando niña?

P: No, amenazada no. No me he sentido así. Recuerdo que siempre pensaba: cuando me sienta mal, me puedo suicidar. Mmm... este cambio. Cuando mi madre me golpeaba, yo pensaba que me golpearía hasta matarme. Cuando yo llegaba tarde a casa, me angustiaba mucho que me golpearan así. Pero cuando ocurría, pensaba: sobreviviré. Eso fue lo que le conté que sentía antes: esa especie de emigración interna. La muerte nunca fue algo espantoso para mí, sino que, en cierta forma, una solución.

La paciente continúa después:

P: En realidad no puedo decir que me sintiera amenazada. No tanto como eso, podía salir a tomar aire fresco. Tal vez me sentí amenazada en algunas ocasiones, no lo sé.

Estado anímico no resuelto: pérdida

Al preguntarle a la paciente sobre las pérdidas ocurridas durante su infancia y su vida adulta, ella recuerda la pérdida de su abuelo, de su profesora de canto y de su sobrino. Habla sobre estas pérdidas en detalle y no muestra ninguna latencia. Luego insistió

en que no había experimentado otra pérdida. Por lo tanto, la entrevistadora continuó con las otras preguntas de la AAI. Al consultarle sobre algún cambio en la relación con sus padres, dijo repentinamente:

P: Ahora no sé, no desafió a mi sentimiento. Esa cosa con mi padre es tan nueva, es algo... realmente no sé cuándo murió, hace diez años, quince años. Pero no lloré cuando murió, era un sentimiento muy neutro, no sentir nada. Cuando fuimos al crematorio, no tenía ninguna forma de contactarme con él, con el interés... de qué manera un ser humano cambia después de morir, de un día para otro, cómo cambia el cuerpo, esas cosas, cómo son los pies, y eso.

En primer lugar, ¿qué quiere decir "tener un discurso coherente en la AAI" y qué significa la violación de ese criterio?

Grice (1975, 1989) señaló que el discurso racional o coherente sigue un "principio de cooperación" esencial que, por lo general, requiere el cumplimiento de cuatro máximas que se pueden resumir de la siguiente manera:

1. *Calidad*: veracidad y presentación de evidencia necesaria que sostenga lo dicho.

Este criterio se transgrede si la persona habla en forma vaga, si muestra contradicciones en la presentación de los hechos o en la lógica, oscilaciones rápidas en su punto de vista o dos o más líneas argumentales.

2. *Cantidad*: brevedad y completud.

Este criterio se viola si la persona da más información de la necesaria, por ejemplo, si entrega sólo lo esencial y no la historia completa.

3. *Relación*: el discurso debe estar relacionado con el tópico.

Este criterio se transgrede si la persona se desvía de la conversación, agrega experiencias personales o salta del pasado al presente.

4. *Forma*: orden y claridad.

Este criterio se viola si la persona utiliza jerga, palabras de relleno, frases bizarras, o si habla sin parar.

A continuación se entregarán extractos de la AAI realizada a la paciente. Se mostrarán algunos aspectos convergentes y divergentes de la perspectiva del apego y del psicoanálisis, de acuerdo a algunas características importantes de la paciente en la AAI.

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente manera: Anna Buchheim me entregó el diagnóstico de la AAI y yo realicé comentarios sobre estos resúmenes desde mi perspectiva clínica (Buchheim y Kächele 2001).

AAI: características de la paciente

La paciente suele acusar a su madre con ira: "No podría confiar en mi madre, hasta ahora", "Era un cuidado agresivo", "Todavía sufro", "Podría llorar si pensara en eso", "No he profundizado en eso". Respecto a la relación con sus padres durante la infancia, recuerda sólo los adjetivos negativos: "incomprensivos", "deshonestos", "torturantes".

Desde mi perspectiva de analista, no estoy conforme con este hallazgo. Aunque es verdad, y ha sido la principal actitud de la paciente hacia objetos específicos, lo sorprendente y revelador para la tarea de un analista es descubrir el lugar y la forma en que la paciente esconde sus añoranzas positivas. Lo hace realizando una identificación vicaria, comportándose de manera amistosa y

protectora con sus alumnos o su sobrina, identificándose inconscientemente con el objeto de su trato benevolente.

La paciente con frecuencia transgrede el criterio de coherencia (cantidad, calidad).

En ciertas oportunidades, esta característica también es muy importante en el intercambio verbal, cuando nuestra alianza de trabajo ha estado peligrando. Luego, la paciente, que a veces puede ser una persona bastante interesante y refinada, de pronto se transforma en un objeto amenazador que habla demasiado y muestra poca lógica.

La paciente no logra establecer suficiente distancia con sus experiencias: "No puedo estar en paz con mis experiencias de la infancia, aunque sienta un cambio".

Mi enfoque incluye el cuestionamiento del valor funcional del hecho de no poder estar en paz. En el presente, para ella es bueno enfrentarme con mi incapacidad para ayudarla a encontrar paz.

La paciente oscila entre los recuerdos del pasado y los actuales, sin diferenciar entre el pasado y el presente.

El hallazgo realizado mediante la AAI aumentó más la conciencia sobre la peculiaridad de esta forma de organizar el discurso. Tal vez como clínicos no lo consideremos un problema, ya que ocurre con frecuencia en nuestro trabajo.

La paciente no logra reflexionar o mentalizar de manera objetiva o indulgente, realiza un análisis más bien pseudo-psicológico de sus experiencias de la infancia: una "emigración interna".

Para mí, lo pseudo-psicológico en el mundo de la AAI ha sido una característica de la prolongada lucha de la paciente para adaptarse a sus primeras experiencias, utilizando estrategias posteriores,

obtenidas de sus estudios sobre política, donde ella logró esa expresión.

La paciente habla de una inversión de roles: "Mi madre fue una niña abandonada, yo debía cuidarla. Ella abusó de mí como objeto parecido a un padre".

Nuevamente, estas frases nacen de las soluciones poco óptimas que la paciente descubrió. Parte de mi trabajo consistía en ayudarla a revertir la inversión de roles y a entender que ella también podía desear que la cuidaran.

La paciente niega que hayan abusado de ella (golpeado) y olvida la muerte de su padre (estado anímico no resuelto).

El rol del padre aún es poco claro. A estas alturas, la paciente ya me había contado que, después de la muerte del padre, descubrió que él también había incursionado en la política. El uso de esto como primer paso para clarificar que ella pudo haber tenido algo en común con su padre, abrió otra fase en el aún inconcluso tratamiento.

En resumen, podemos decir que, luego de estudiar a todos mis pacientes utilizando la AAI, es muy probable que me acerque a una apreciación más realista de la poderosa forma en que los patrones infantiles moldean el estilo de funcionamiento de nuestros pacientes. Incluso aunque los modelos de apego no sean en sí patológicos, es obvio que preparan el terreno para la instalación de severas estrategias desadaptativas en la resolución de problemas existenciales de separación y pérdida (Buchheim y Kächele 2001).

El primer paso en el análisis de la información es la selección de los datos que se van a utilizar. Esto se hace a través de una serie de criterios que se van aplicando a los datos disponibles.

Una vez seleccionados los datos, el siguiente paso es su organización. Esto se hace a través de una serie de técnicas que se van aplicando a los datos seleccionados. La organización de los datos es fundamental para poder analizarlos de manera adecuada.

El tercer paso en el análisis de la información es el análisis de los datos. Esto se hace a través de una serie de técnicas que se van aplicando a los datos organizados. El análisis de los datos es fundamental para poder sacar conclusiones de los datos.

El cuarto y último paso en el análisis de la información es la interpretación de los resultados. Esto se hace a través de una serie de técnicas que se van aplicando a los resultados del análisis de los datos. La interpretación de los resultados es fundamental para poder sacar conclusiones de los datos.