



Artículo

Completando el Mapa de la Terapia Cognitiva: Apego y el Trabajo con lo Negativo

Ignacio Serván 

Director en Centro Especializado en Psicoterapia y Apego (CEPA), Madrid, España

INFORMACIÓN

Recibido: diciembre 20, 2024

Aceptado: enero 21, 2025

Palabras clave:

Terapia cognitiva
Apego desorganizado
Transmisión intergeneracional
Clínica de lo negativo
Trauma no resuelto
Duelo no resuelto

Keywords:

Cognitive psychotherapy
Disorganized attachment
Intergenerational transmission
The negative, unresolved trauma
Unresolved loss

RESUMEN

La clínica de lo negativo, caracterizada por la ausencia de representación de los estados vivenciales, está compuesta por un espectro de distintos fenómenos difíciles de trabajar en psicoterapia que han sido abordados principalmente desde el psicoanálisis. La terapia cognitiva, por su parte, carece por el momento de una base teórica y de una propuesta técnica para abordar este tipo de situaciones que escapan a la cognición. Este trabajo propone utilizar el conocimiento empírico acerca de la desorganización del apego y la transmisión intergeneracional de los estados mentales no resueltos para paliar esta carencia y ampliar el mapa de la terapia cognitiva. Se describen en detalle la evolución del modelo, la clínica de lo negativo, las explicaciones tradicionales desde el psicoanálisis y los desarrollos aplicables desde el apego. Se ilustra la teoría con varias viñetas y un caso clínico, y, finalmente, se propone un tipo de intervención integradora con base cognitiva.

Completing the Map of Cognitive Therapy: Attachment and the Work with the Negative

ABSTRACT

The negative syndromes, characterized by the absence of representation of experiential states, are a spectrum of different phenomena that are difficult to work in psychotherapy, and which have been addressed mainly by psychoanalysis. Cognitive psychotherapy, on the other hand, currently lacks a theoretical basis and a technical proposal to address these types of situations that escape cognition. This paper proposes using empirical knowledge about attachment disorganization and the intergenerational transmission of unresolved mental states, to alleviate this lack and expand the map of cognitive therapy. The evolution of cognitive therapy, the negative syndromes, traditional explanations from psychoanalysis, and developments applicable from attachment are described in detail. The theory is illustrated with several vignettes and a clinical case, and, finally, a type of integrative intervention with a cognitive basis is proposed.

Cómo citar: Serván, I. (2025). Completando el mapa de la terapia cognitiva: apego y el trabajo con lo negativo. *Revista de Psicoterapia*, 36(130), 18-30. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i130.44162>

Autor para dirigir correspondencia: Ignacio Serván, nservan@gmail.com

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

O'Dowd (1988) define el paciente difícil como aquel que desafía la capacidad de funcionamiento del profesional; podemos extrapolar esta definición a las teorías y modelos de intervención que manejamos en el trabajo psicoterapéutico y decir que un paciente difícil es aquél que desafía los modelos comprensivos y de intervención que propone el modelo.

Pese a que la terapia cognitiva es un modelo asentado y amplio en su comprensión del sufrimiento humano, aún existen ciertas situaciones clínicas, relativamente frecuentes en consulta, que escapan al modelo tal y como está planteado en la actualidad, y son de muy difícil abordaje si nos ceñimos a éste. La característica principal de estas situaciones es que “escapan a lo cognitivo” y están relacionadas con lo que algunos autores han denominado *clínica de lo negativo*. En las siguientes páginas presento una propuesta de conceptualización de este tipo de clínica basada en los hallazgos de la teoría del apego -un modelo ya asimilado dentro del paraguas teórico cognitivista- así como una propuesta técnica de intervención integradora.

El Mapa de la Psicoterapia Cognitiva

La psicoterapia de orientación cognitiva, por encima de las diferencias entre corrientes internas, conforma uno de los principales y más extendidos modelos de práctica profesional en el ámbito de la atención a la salud mental (Perris, 1988), y cuenta con un importante corpus de validación empírica sobre la efectividad de su aplicación a diferentes expresiones del sufrimiento humano (David et al., 2018). Además, dentro de los cuatro grandes modelos psicoterapéuticos -psicodinámicos, humanistas, conductuales y cognitivos-, es la de desarrollo e implantación más reciente, de modo que cuenta con una historia más breve y trazable en cuanto a su desarrollo y evolución.

Su presupuesto esencial y el factor que lo distingue de otros modelos es que pone el foco de su trabajo en las formas en las que la persona construye su experiencia o le otorga significado (Caro, 2007). Entendido en sentido amplio, se ocupa del modo en que el sujeto *conoce* (del latín *cognoscere*) su experiencia, el ser humano vive simultáneamente en dos niveles entrelazados, el de la experiencia real y el nivel representacional (Guidano, 1994), o lo que es lo mismo, en la interfaz entre la biología y lo social, para los cognitivistas ser es conocer. Según algunos autores (e.g., Herzovich y Govrin, 2023), este posicionamiento con el foco en la cognición coloca a la terapia cognitiva estableciendo un puente dialéctico a medio camino entre el psicoanálisis (enfocado en los aspectos inconscientes) y las orientaciones conductuales (enfocadas en la objetividad de las experiencias de aprendizaje), compartiendo terreno con los enfoques humanistas, pero diferenciándose de estos por poner más énfasis en los componentes de significación que en los aspectos puramente vivenciales.

Pese a que hay desarrollos previos, como la teoría de constructos personales de G. Kelly (1955/1991) o la terapia interpersonal de H. S. Sullivan (1953/2013), el nacimiento oficial de la psicoterapia cognitiva como disciplina se asocia a la creación de dos propuestas específicas en los años sesenta y setenta del siglo pasado, la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck (1970) y la Terapia Racional-Emotiva de Albert Ellis (1962), datándose su implantación definitiva en 1981 (Caro, 2007). Como la mayor parte de las disciplinas en el campo, se desarrolló avanzando desde la práctica hacia la teoría: estos autores se dieron cuenta trabajando en terapia de que, al cuestionar y ayudar a modificar la manera en que sus pacientes se representaban e

interpretaban sus propias experiencias, se producían mejorías en los ámbitos sintomáticos y se potenciaba el bienestar.

T. M. Vallis (2004) describe el desarrollo que siguen las terapias cognitivas desde este punto de partida y cómo evolucionan desde un punto de vista superficial y racionalista hacia uno profundo, basado en una mirada evolutiva y una postura epistemológica constructivista, y explica cómo este desarrollo ha venido marcado por la progresiva aplicación del modelo a contextos reales y poblaciones clínicas más complejas. En un inicio, cuando se empieza a estudiar la terapia cognitiva para trastornos depresivos no complejos en ámbito de laboratorio, se propone una intervención centrada en la modificación de los contenidos cognitivos, del contenido del pensamiento, y se demuestra la eficacia de la intervención. Sin embargo, pronto, al trasladar el modelo a contextos más reales y complejos, se hace necesario desarrollar un modelo más amplio del funcionamiento cognitivo que subyace, lo que denominamos modelo tripartito, una jerarquía en la que en la superficie están los contenidos cognitivos (pensamientos), en un nivel intermedio los procesos cognitivos (por ejemplo, los sesgos), y en uno profundo las estructuras de procesamiento (los esquemas) que generan los procesos que dan lugar a los contenidos, pudiendo la intervención atender a los tres niveles en función del grado de profundización necesario. Posteriormente, el desafío que supone el trabajo con personalidades menos integradas hace que el modelo tenga que ser reconsiderado, estableciéndose una distinción en el nivel de las estructuras de procesamiento, que puedes ir desde lo más superficial, hasta lo más profundo, estas últimas más asociadas a la identidad y la continuidad del self, por lo que resulta más difícil su modificación. La reflexión acerca de qué hace que unas estructuras sean nucleares para algunas personas y sobre cómo se constituyen los procesos de procesamiento experiencial como la regulación emocional, la memoria o la función reflexiva, llevó a la introducción de un paradigma evolutivo, a la necesidad de incorporar un modelo de desarrollo y constitución de la personalidad y de la intersubjetividad. Aquí la teoría del apego ha proporcionado aportaciones de gran valor.

Podría parecer que con este recorrido quedaría cubierta en su gran amplitud el espectro cognitivo que subyace al funcionamiento normal y la psicopatología clínica desde una perspectiva cognitiva, y, de hecho, no ha habido grandes ampliaciones del modelo, desde entonces, vivimos en un *mundo cognitivo feliz* (Caro, 2007). Durante estas últimas décadas la investigación se ha interesado por áreas como la expansión de su aplicabilidad, el potenciamiento de la metacognición y la incorporación de técnicas como el mindfulness, suponiendo de facto que trabajamos con un modelo completo. Propongo considerar, sin embargo, que el modelo permanece incompleto, que existe al menos una importante laguna en el mapa que guía el funcionamiento de esta psicoterapia: la terapia cognitiva trabaja con la representación de la experiencia, que puede ser más flexible o más rígida, más adaptativa o menos; pero implícitamente supone que toda la experiencia es representable para el sujeto y no se plantea qué sucede cuando la experiencia es, por su naturaleza y por fenómenos que escapan a la capacidad cognitiva del sujeto, irrepresentable.

La Clínica de lo Negativo

En la práctica clínica aparecen con cierta frecuencia cuadros clínicos y manifestaciones sintomáticas que se caracterizan por la ausencia de la capacidad del sujeto para explorar mentalmente

determinadas áreas de la experiencia. Estas áreas vivenciales, sin embargo, ejercen un potente efecto en el funcionamiento del individuo: su activación tiene un carácter amenazador, de modo que el sujeto se ve atrapado en una dicotomía entre el acting out y la desconexión de su mundo vivencial como únicas alternativas para manejarse. Aclaro, de partida, que no se trata de contenidos inconscientes o preconscious, aspectos reprimidos a nivel individual que están a la espera de ser puestos en palabras, sino, como detallaré más adelante, de complejas organizaciones de funcionamiento alrededor de experiencias amenazadoras y no formuladas en las generaciones anteriores, que se transmiten sin elaborar y forman parte del mundo interno del paciente. De este modo, es muy comprensible que se constituya un grupo de alteraciones muy desafiantes para el profesional; la capacidad para simbolizar la experiencia a través del lenguaje no está presente, por lo que su abordaje en terapia *-la cura a través de la palabra-* es especialmente complejo.

Antes de describir las manifestaciones clínicas más habituales en estos casos, me gustaría hacer una precisión terminológica. De las diferentes denominaciones que se han utilizado para definir este tipo de fenómenos *-Clínica del fantasma (Abraham y Torok, 1978), Clínica del vacío (Recalcati, 2003), Telescopaje (Faimberg, 2006), Lealtades invisibles (Boszormenyi-Nagy et al., 2017), etc.-*, elijo *Clínica de lo negativo* por su carácter puramente descriptivo y menos evocativo, y quiero especificar que debe entenderse el término negativo fuera de la dimensión evaluativa positivo/negativo, y más concretamente siguiendo la segunda de las acepciones que propone la Real Academia Española (s.f., definición 2): *Que implica la ausencia o inexistencia de algo*, es decir, que se refiere a una ausencia donde debería haber algo, algo estructurante, coincidiendo con la definición clínica de Rosolato (1991). Esta ausencia hace que, en ocasiones, los fenómenos se manifiesten de forma opuesta a lo esperable, y que, en general, parezcan desprovistos de sentido.

Las manifestaciones clínicas de este tipo de fenómenos son variables y pueden aparecer transversalmente en diferentes tipos de cuadros diagnósticos, como también es variable el grado de extensión y afectación sobre la integración de la personalidad, pero como aproximación general se puede decir que muy frecuentemente está asociada a clínica de carácter grave. Podemos agrupar cinco tipos de fenómenos no excluyentes que comparten la ausencia de procesamiento representacional y, por tanto, su manifestación en el mundo corpóreo; se trata, además, de cuadros que suelen ser muy pertinaces:

- Acting outs: tal vez el síntoma más aparatoso, se trata de “acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo relativamente aislable en el curso de sus actividades, en contraste relativo con los sistemas de motivación habituales del individuo, y que adoptan a menudo una forma auto- o heteroagresiva” (Laplanche-Pontalis, 1996).
- Trastornos de la regulación: Alteraciones o cuadros psicopatológicos en los que el síntoma esencial es la búsqueda de una forma de regulación que opera en el mundo real, no a través de la subjetividad y los procesos de significación, como son los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos obsesivo-compulsivos graves y las adicciones.
- Alteraciones del espectro somático: somatizaciones, trastornos facticios, conversivos, y, en general, presentaciones en el cuerpo sin causa o desencadenante orgánico identificado que

las justifique, tanto en la propia persona como inducidas en personas que están bajo el cuidado del paciente.

- Melancolía: en este espectro encontramos estados depresivos no elaborables, duelos imposibles y una falta de vitalidad vivida como una certeza inescapable. Las características que diferencian la experiencia melancólica de la depresiva son la falta de capacidad para experimentar y reconocer afectos, el retardo psicomotor y la ruptura de la autoconciencia reflexiva (Segovia, 2014); tal y como describe Recalcati (2003, pp. 36-37), “el agujero, está precisamente, en el orden simbólico como tal”, el sujeto no puede distanciarse de la experiencia, reconocerla como una vivencia subjetiva y operar sobre ella, algo se ha roto.
- Organizaciones de personalidad limítrofes y psicóticas: la falta de integración de las experiencias, de las representaciones acerca de las personas y de los estados mentales es la característica diferencial del nivel de funcionamiento borderline frente al neurótico, y está presente también en la psicosis, con el añadido de una marcada dificultad para el establecimiento de los límites yóicos y una elevada confusión acerca de la fuente de la experiencia. El mundo interno está plagado de vivencias amenazadoras que escapan a la capacidad simbólica y narrativa, y se reviven a través de la actuación y de la experiencia alucinatoria; es en lo real donde regresa aquello que no ha sido simbolizado, de acuerdo con Lacan.

Explicaciones Tradicionales: El Efecto del Trauma a Través de las Generaciones

Los desarrollos teóricos que ayudaron inicialmente en la comprensión de estos fenómenos provienen del psicoanálisis, en especial del psicoanálisis francés, en la segunda mitad del siglo XX. En 1978 Nicolas Abraham y María Torok, muy influenciados por las propuestas de Sandor Ferenczi y su defensa del trauma real en el origen del sufrimiento humano, y también por sus propias experiencias de pérdida durante el holocausto (Yassa, 2002), publican “La corteza y el núcleo” (Abraham y Torok, 1978), una recopilación de artículos que recoge su trabajo en este ámbito durante las dos décadas precedentes y que podemos considerar como el texto fundacional en esta línea de investigación.

Definen lo traumático por sus efectos, lo entienden como aquella experiencia que no puede ser metabolizada psíquicamente, es decir, que no puede ser puesta en palabras, pensada, o simbolizada de una manera que la convierta en un componente tolerable y elaborable de la vida psíquica subjetiva. Ante estas experiencias, se crearían heridas o agujeros en la red psíquica que disrumen el sentido de continuidad y coherencia personales, áreas *antisesemánticas*, o *anasemáticas*, en las que los aspectos intolerables de la experiencia quedarían fragmentados y permanecerían escindidos de la vida psíquica. La activación de estas áreas durante el desempeño vital será vivida con una sensación de potente amenaza, algo que despierta vivencias inexplicables y frecuentemente síntomas psíquicos o somáticos. Al resultar estas vivencias ajenas a la identidad integrada, los autores las denominan *fantasma psíquico*, y en general a la clínica relacionada con este tipo de estados, la *clínica del fantasma*.

Más allá del efecto deletéreo del trauma sobre quien lo vive a nivel individual, el mayor interés de los autores recae sobre el proceso de transmisión entre generaciones de este tipo de fenómenos. Hace más de un siglo que Freud (1912/1997), en *Tótem y tabú*, subrayó

la importancia de la transmisión y su carácter estructurante: “Si los procesos psíquicos no se continuaran de una generación a la siguiente, si cada quien debiera adquirir de nuevo toda su postura frente a la vida, no existiría en este ámbito ningún progreso ni desarrollo alguno”, y en la actualidad ha tomado gran relevancia en los ámbitos clínico, educativo y de la crianza, un constructo teórico que media y permite que este proceso de transmisión se produzca de forma adaptativa, la *confianza epistémica* (Fonagy et al., 2015). Queda claro, por tanto, que la transmisión de procesos y contenidos entre generaciones es la base del desarrollo de la vida psíquica, y es en sus versiones más distorsionadas en las que debemos poner la atención cuando atendemos patología grave: ¿cómo afecta a la transmisión el hecho de que haya experiencias no simbolizadas, no metabolizadas, de qué exista un *fantasma* que organiza potentemente la experiencia de los progenitores con una gran carga de amenaza, pero que al que no se le pueden poner palabras? ¿qué efecto van a tener sobre la crianza y el desarrollo infantil esas experiencias?

Al otro lado del atlántico y por las mismas fechas, se publicaba un trabajo similar desde un enfoque muy distinto, la observación de las interacciones en las diadas madre-bebé en el hogar familiar como parte del apoyo en la crianza, que también recurría al concepto de fantasma: *Fantasmas en la habitación de los niños* (Fraiberg et al., 1975), que comenzaba así:

En todas las habitaciones infantiles hay fantasmas. Son los visitantes que proceden del pasado no recordado por los padres; los huéspedes no invitados al bautizo. Bajo las mejores circunstancias, a los espíritus no invitados y hostiles se les prohíbe la entrada en el cuarto del niño y regresan a su morada subterránea. (...) Pero, incluso en las familias en la que los lazos afectivos son estables y fuertes (...) un padre y un hijo pueden verse reactuando una escena que pertenece a otro tiempo y a otros personajes (...) En otras familias puede haber sucesos más problemáticos causados por intrusos del pasado. Parece haber algunos fantasmas que se instalan transitoriamente en el cuarto del niño (...) Pero ¿cómo podemos explicar a otro grupo de familias que parecen estar poseídas por sus fantasmas? Los intrusos del pasado se han instalado establemente en el cuarto infantil en base a la tradición y reclaman derechos de propiedad. Han estado presentes en los bautizos durante dos o más generaciones. A pesar de que nadie les ha enviado una invitación, los fantasmas se instalan y dirigen el ensayo de una tragedia familiar a partir de un guion fragmentario. (pp. 387-388, traducido por el autor)

La observación estaba servida, se hacía necesaria la comprensión.

Siguiendo la estela de Torok y Abraham, numerosos autores han ido complementando su propuesta con pequeñas diferencias entre sus planteamientos. Serge Tisseron et al. (1995) quizá es quien

mantiene una mirada más directamente continuista, e insiste en algo ya propuesto por los autores, el modo en que, generación a generación se pierde la narrativa estructurante, pero se transmiten aspectos fragmentados de la experiencia traumática como los mecanismos asociados (la escisión de la experiencia y representaciones) y las vivencias de amenaza y vergüenza. Cada generación atravesada por el secreto se encontraría con una mayor dificultad para poder elaborar sobre su propia experiencia, así, lo que en una primera generación es in-decible, pasa a ser in-nombrable en la segunda, e in-pensable en la tercera, con las consecuencias que esto acarrea en la esfera fenomenológica. (Ver tabla 1)

René Kaës et al. (1996), por su parte, sostiene una visión algo diferente ya que propone una transmisión de vacíos, no de experiencias fragmentarias. Diferencia claramente entre la *transmisión intergeneracional*, la transmisión estructurante descrita previamente, en la que los contenidos pasan de generación en generación a través de la elaboración de una historia mítica co-construida, y la *transmisión transgeneracional*, cuya característica es que no es elaborada, de modo que lo que se transmite proviene directamente del psiquismo de miembros de otras generaciones, y atraviesa la psique de los sujetos sin ser elaborado en el espacio transicional, de modo que no se posibilita la transformación de los contenidos recibidos en elementos propios. Kaës insiste en la violencia y el carácter traumático de este proceso, se transmite lo que no está, lo que no ha sido inscrito, por eso tiene características traumáticas, la transmisión se realiza “en bruto”, lo que genera alienación y perturbación en el receptor. Al no haber elaboración, la transmisión es repetitiva.

En esta misma línea, Haydee Faimberg (2006) introduce el concepto de *telescopaje* entre generaciones, introduciendo con este término una potente analogía visual con el modo en que los espacios vacíos en un telescopio se insertan en la pieza siguiente al plegarse, o con la forma en que los vagones de un tren se embuten violentamente en los siguientes cuando se produce un choque.

Pero no es solo lo traumático lo que se transmite transgeneracionalmente. Además de las experiencias que no se pueden procesar por desbordantes, existe otro tipo de experiencia que es difícil de procesar, la experiencia de pérdida, en sí misma caracterizada por ser una experiencia en negativo, una ausencia donde ha habido o debería haber presencia. El duelo no resuelto y silenciado es, junto al trauma, el otro gran elemento que desorganiza en la bisagra entre generaciones, pudiendo tener efectos en la constitución de la identidad igualmente dañinos. Algunos autores, como Andre Green con su *trabajo de lo negativo* y la propuesta sobre *la madre muerta* (1993) han orientado su teorización en esta línea. En este punto, conviene subrayar la idea de *vacío* y diferenciarlo de

Tabla 1
Efecto del Trauma no Resuelto a Través de las Generaciones Según Tisseron

GENERACIÓN	RELACIÓN CON TRAUMA	ELABORACIÓN Y EFECTOS
1	IN-DECIBLE	-Presente psíquicamente pero no hablable -Vergüenza, entierro en la <i>cripta</i>
2	IN-NOMBRABLE	-No puede ser objeto de ninguna representación verbal, contenidos ignorados, su existencia sólo presentada e interrogada. -Posible desarrollo sintomático o de dificultades de pensamiento.
3	IN-PENSABLE	-Se ignora la existencia de un secreto acerca de un traumatismo no superado. -Se pueden percibir en uno mismo potencialidades de acción, emociones, sensaciones o imágenes percibidas como bizarras y no explicables por la propia vida psíquica o la vida familiar. -Riesgo de desarrollo de síntomas aparentemente desprovistos de sentido.

la idea tradicional de *falta*. Tal y como describe Recalcati (2003, p. 12 y 13) “la falta es un vacío nombrado, un vacío al que se ha dotado de significantes y símbolos, y por tanto en conexión con el Otro”, lo que está relacionado con el funcionamiento neurótico, mientras que el vacío “no aparece ya en relación con el Otro” y es característico de estructuraciones de la personalidad con alteraciones importantes en la integración de la identidad.

Tenemos, pues, dos elementos esenciales que dificultan que la natural transmisión entre generaciones se conforme como un proceso estructurante: trauma y duelo irresueltos. Me gustaría hacer algunos apuntes más sobre esto antes de avanzar hacia la mirada que el apego aporta sobre estos procesos:

- Un elemento consustancial a este tipo de dinámicas es el secreto, que en la mayoría de las ocasiones a nivel familiar se estructura en lo que Kaës denomina un *pacto denegativo*, un acuerdo inconsciente impuesto alrededor de la complementariedad de los intereses de cada sujeto, que se basa en diversas operaciones psíquicas “de represión, denegación o negación, desmentida, recusación, rechazo o enquistamiento” (Kaës, 2015, p. 202).
- Junto al secreto, para rellenar el vacío que deja o para justificar las defensas de los progenitores, se produce muchas veces una importante distorsión de la experiencia propia y de la experiencia del menor, una forma de actuar acompañada de una narrativa distorsionada, estableciéndose lo que Ana María Nicolò (2015) denomina *defensas transpersonales*, las defensas que van más allá de lo individual e involucran/atrayen a los distintos miembros de la familia. Se trata de un proceso muy similar a la *mistificación* que describió Roland Laing (1979), sintetizada por José Luis Martorell (2024) como “una representación falsa de lo que está ocurriendo (proceso) o de lo que se está haciendo (praxis), al servicio de los intereses de alguien contra los intereses de otro”, que se lleva a cabo en una relación de desigualdad de poder.
- El efecto principal que tienen estas dinámicas en los miembros de la siguiente generación es, como he comentado, un efecto en la constitución e integración de su psiquismo, un efecto sobre su narcisismo. La experiencia del self es incompleta, existen áreas vivenciales amenazadoras que permanecen escindidas sin conciencia de que esto sea así: se transmiten las carencias, los fallos estructurales y las defensas primitivas, en general en forma de exigencias narcisistas de los progenitores, es su necesidad de sostenerse disfrazada de otras cosas, lo que está en juego. Esto deja a los menores confusos sobre su experiencia, condenados a renunciar a aspectos de su self real y atrapados en relaciones de interdependencia con características anaclíticas (López Atienza y Blajakis, 2006), en lo que, desde la mirada sistémica, se han denominado *Lealtades invisibles* (Boszormenyi-Nagy et al., 2017). En estas circunstancias no es infrecuente que a lo largo del desarrollo vayan construyendo un *narcisismo negativo* (Green, 2003), un narcisismo de muerte de carácter melancólico.
- Ante este tipo de fenómenos, cobra sentido la clínica descrita anteriormente:
- Por una parte, lo no simbolizable puede aparecer a través del cuerpo y las expresiones psicósomáticas, como también puede hacerlo a través de actings cuando se activan las vivencias temidas asociadas al conflicto original y escindidas de la conciencia.
- Por otra, los menores atrapados en vínculos interdependientes

tendrán dificultades al llegar a la adolescencia y la desvinculación de sus cuidadores. En esos vínculos con sus progenitores no sólo estará involucrada la regulación de su autoestima sino también la de su identidad. Diferenciarse y hacerlo sin dañar serán desafíos muy complicados, la necesidad de buscar nuevas formas de regulación individual se abrirá camino y en este proceso es frecuente que aparezca sintomatología alimentaria, obsesiva o adictiva, que tiene esa doble faceta: por un lado, proporciona sensación de agencia e independencia y, por otro, mantiene el *status quo* familiar.

- Por último, los fallos en la constitución del narcisismo infantil pueden dar lugar a afectaciones más profundas en el ser, a cuadros melancólicos en los que la ausencia de impulso vital básico es lo que subyace y que se dan más habitualmente cuando los cuidadores arrastran una depresión u un duelo profundo, o a organizaciones limitrofes o psicóticas en las que suele conjugarse la experiencia de duelo o trauma sin resolver en la familia con la dificultad en la constitución de las capacidades de integración de la experiencia -las habilidades metacognitivas- y con la presencia de trauma evolutivo añadido.

Lewis Kirshner (2006) señala en su revisión del trabajo de Kaës: “La investigación del apego aporta la confirmación empírica de estos fenómenos intersubjetivos” (p. 1007). Resumiré a continuación estas aportaciones y posteriormente propondré cómo sus desarrollos pueden ser asumidos por la psicoterapia cognitiva.

La Aportación de la Teoría del Apego

La teoría del apego surge en la segunda mitad del siglo XX (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980) y supone un cambio de paradigma respecto al psicoanálisis tradicional (Cortina y Marrone, 2017). Se retoma la idea original del trauma real en la relación con los cuidadores, pero se aleja de la idea de traumas de naturaleza sexual, centrándose en el efecto traumático de la separación temprana de los cuidadores, estudiando de manera empírica su efecto en la constitución del psiquismo a lo largo del desarrollo. El trabajo de John Bowlby está muy influenciado inicialmente por la etología, especialmente en lo que tiene que ver con los aspectos motivacionales que subyacen a la conducta, sin embargo, según va pasando el tiempo, su obra se torna cada vez más cognitivista en la medida en que se va desarrollando la ciencia cognitiva y el autor la va incorporando a su obra, especialmente los avances en relación con los sistemas de memoria y con el desarrollo de estructuras de procesamiento de la información, que en la teoría del apego se denominan *modelos operativos internos* (Bretherton y Mundholland, 2008). El apego se ha utilizado como sustrato de integración, especialmente entre el psicoanálisis y la terapia cognitiva (e.g., Blatt y Maroudas, 1992) y el entrelazamiento entre apego y terapia cognitiva tiene raíces lejanas (e.g., Liotti, 1988).

Los primeros antecedentes en el mundo del apego relacionados con este tipo de fenómenos se publican a finales de los años setenta, en la misma época en la Abraham y Torok editan “La corteza y el núcleo”. John Bowlby (1979), en un trabajo titulado “Saber lo que se supone que no deberías saber y sentir lo que se supone que no deberías sentir” reflexiona sobre el proceso de exclusión selectiva de la conciencia y la memoria en el niño de aquellas percepciones y contenidos relacionados con aspectos amenazadores y no explicitados del funcionamiento familiar. Así, el niño, sometido a una

presión explícita o implícita, y esclavo de su necesidad de ser amado y protegido, conforma sus recuerdos y adapta sus sentimientos de acuerdo con las expectativas de sus padres, lo que puede llevar a una desconexión entre lo que saben y sienten realmente, y lo que conocen conscientemente, contribuyendo esta escisión del mundo interno al desarrollo de psicopatología.

Más adelante, la creación de la Entrevista de Apego Adulto (George et al., 1985), que surgió de una intuición de Main sobre la transmisión intergeneracional, supuso una revolución en el mundo del apego, ya que introdujo el papel esencial de la cognición -los *estados mentales respecto al apego*- en el apego adulto y, específicamente, en relación con la transmisión intergeneracional de los patrones. Los primeros metaanálisis en el estudio de la transmisión ofrecieron datos de continuidad muy elevados entre generaciones, en especial para el apego seguro y para el desorganizado (van Ijzendoorn, 1995; van Ijzendoorn et al., 1999).

El apego desorganizado (Main y Solomon, 1986), o la desorganización del apego si lo entendemos como un proceso dinámico y no como una categoría clasificatoria (Serván, 2023), es especialmente relevante para la clínica de lo negativo: hay mucha evidencia acumulada sobre el papel que juega como factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología en general, por encima de la inseguridad del apego (Bernier y Meins, 2008); funciona como una variable mediadora que dificulta el procesamiento de las experiencias potencialmente traumáticas en el desarrollo (Causadías y Carlson, 2014); y está especialmente vinculado con las manifestaciones patológicas caracterizadas por la falta de integración de las experiencias en la identidad, la disociación y la desorganización conductual (Cassidy y Mohr, 2001). Durante las últimas décadas se ha acumulado evidencia que indica que el principal precursor de la desorganización en el desarrollo es la existencia de estados mentales irresueltos en relación con el trauma o la pérdida en la figura de apego, y de estados mentales extremos y contradictorios asociados a este tipo de experiencias (Abrams et al., 2006; Lecannelier et al. 2011; Schuengel et al., 1999).

Los duelos y traumas no resueltos en los cuidadores favorecen la desorganización del apego en el vínculo, y esta desorganización va a ser un factor de riesgo en el desarrollo, mediando el procesamiento de las experiencias difíciles relacionadas con esos estados mentales que no han sido elaborados -en general estados de vulnerabilidad y rabia-, haciendo a estos individuos más proclives a la disociación, desorganización y la clínica de lo negativo. Esta es la evidencia, se hace necesaria la explicación y, como suele comentar Patricia Crittenden, la transmisión intergeneracional no es magia, se produce a través de la conducta. Dentro del mundo del apego, hay dos grandes líneas de investigación sobre esto:

Investigaciones de la Interacción en un Nivel de Observación Micro:

Se trata de trabajos centrados en el estudio detallado de las secuencias de interacción durante la crianza. Está constatado que la falta de funcionamiento reflexivo en el adulto se traduce en conductas que desorganizan al menor en los momentos de vulnerabilidad (cuando se activa el apego), conductas que han sido analizadas y descritas por diferentes autoras: *conductas Fr*, asustadas/asustadoras (Main y Hesse, 1990); *conductas AMBIANCE* (Lyons-Ruth et al., 2005) y/o patrones comunicacionales desviados y contradictorios

que desorganizan al menor (Beebe et al., 2012a, 2012b), lo que hace que el ciclo de apego quede sin completar (Solomon y George, 2011a y 2011b), de modo que el sistema de apego pierde su función principal y, a la larga, su mera activación puede ser vivida de forma aversiva, dificultando la compartición de estados mentales y, por tanto, el desarrollo de la confianza epistémica y de las capacidades superiores basadas en la intersubjetividad avanzada (Serván, 2023).

La mecánica de la transmisión sería la siguiente: ante un malestar interno o un peligro externo, el sistema de apego del menor se activa y se orienta hacia el cuidador mostrando su malestar. El cuidador conecta con este malestar, pero en ese proceso se activan sus estados mentales no resueltos en relación con el sufrimiento (su *fantasma*). Esta amenaza hace que ponga en marcha mecanismos disociativos o desorganizados y estos mecanismos, a su vez, hacen que la comunicación sea contradictoria, discordante transmodalmente, que la función especular carezca de precisión o no esté marcada, que aparezcan expresiones no integradas de miedo o agresividad y/o que las conductas de cuidado sean menos sensibles. Así, el cuidador -que es el primero que se desorganiza- puede funcionar como fuente de alarma para el menor que queda desregulado y se ve atrapado en un conflicto sin solución alrededor de su malestar. La repetición de esta secuencia en el vínculo deja al menor en una situación de atrapamiento y desventaja a la hora de procesar sus experiencias posteriores, tanto a nivel vincular como individual, especialmente aquellas relacionadas con la vulnerabilidad y la agresividad, aunque se trate de expresiones del self genuinas y potencialmente adaptativas para otros contextos. A partir de este punto, la activación en cualquier situación de estas vivencias se terminará convirtiendo en una amenaza interna para el niño: ahí tenemos el *fantasma* heredado del pasado de sus progenitores, esta vez emergiendo desde el interior del menor.

Investigaciones de la Interacción en un Nivel de Observación Macro:

Se centran en las dinámicas funcionales de los patrones y estrategias de protección que se juegan entre los progenitores y sus hijos. Patricia Crittenden rechaza el uso del término *desorganización* (Crittenden, 2001), y propone un modelo, el DMM-A, centrado en el análisis del sentido funcional de los patrones, que entiende como estrategias protectoras frente al peligro. Desde un punto de vista evolucionista, hay tres objetivos principales para el individuo en relación con el peligro: mantenerse con vida, tener oportunidades reproductivas y proteger a su descendencia hasta que ésta alcance la edad reproductiva. Estos objetivos pueden ir alineados, pero cuando las historias de vida son complicadas, frecuentemente entran en conflicto entre sí. El conflicto entre la protección de uno mismo y la protección de los hijos es el que está en la base de transmisión de riesgo. La autora ha estudiado los desarrollos desadaptativos a partir de contextos de crianza difíciles, y describe el tipo de organizaciones que van construyendo los niños que viven en estos entornos alarmantes en un intento por adaptarse a medida que su desarrollo avanza y surgen nuevas competencias cognitivas y afectivas. Estas organizaciones estarán caracterizadas por la falta de integración de la experiencia, las representaciones y la personalidad. En el desarrollo evolutivo se producirá un sacrificio de la integración en beneficio de la adaptación. En su libro *Raising Parents* (Crittenden, 2013), categoriza las distorsiones en la crianza en tres niveles que, si

bien ella agrupa bajo otras denominaciones, podríamos resumir así:

- *Distorsiones neuróticas*: cuidadores que saben qué sería adecuado hacer en relación con sus hijos, pero no lo hacen, o no lo hacen a tiempo, o no lo hacen consistentemente. Mantienen un buen reconocimiento de las necesidades infantiles, pero sus propias necesidades interfieren moderadamente en el proceso, teniendo conciencia de ello y estando en conflicto al respecto.
- *Distorsiones narcisistas*: cuidadores que enfatizan sus propias necesidades de alivio y protección, utilizando esa información para definir la representación de sus hijos, de modo que las imágenes de los niños están distorsionadas para encajar en las representaciones de los padres. Las necesidades infantiles no son vistas o son transformadas de modo autoprotector por el progenitor, se trata de padres que suelen presentar psicopatología, diagnosticada o no, ya que a veces se muestran pseudo-adaptados, y que disocian aspectos relevantes de su propia experiencia, tendiendo al acting out y la inversión de roles. Este nivel sería el más habitual en la historia de pacientes que presentan síntomas de lo negativo.
- *Distorsiones psicóticas*: La transformación y distorsión de la información es más extrema en estos casos, se trata de padres que perciben fuerzas poderosas que les amenazan a ellos y sus hijos, por tanto, a veces pueden llegar a actuar dañando gravemente a sus hijos con intención de protegerles, o de padres que creen implícitamente que el niño amenaza su propia supervivencia y por tanto, en ocasiones, pueden atacar deliberadamente a sus hijos de forma defensiva.

Como se ha descrito, existe mucha evidencia empírica que refrenda la intuición de los psicoanalistas acerca de la transmisión del trauma y duelo no resueltos, así como sobre el efecto deletéreo que puede atravesar varias generaciones. Junto con el refrendo de esta hipótesis, la investigación nos ha proporcionado también mucha información acerca de los factores protectores y correctivos de la transmisión (Pitillas, 2021), y son estos los que pueden ayudarnos en el diseño de intervenciones eficaces. El trabajo seminal de Peter Fonagy (Fonagy et al., 1991) investigando con población de riesgo pone de manifiesto el papel decisivo del *funcionamiento reflexivo*, “pensar acerca de los sentimientos y sentir acerca de los pensamientos” (Mary Target citada por Wallin, 2012 p.50), en la prevención de la transmisión de los estados irresueltos. Incluso en historias de vida muy desfavorables en las que ha habido mucho peligro, trauma o pérdidas importantes, si la persona tiene una elevada función reflexiva, esta variable previene el desarrollo de desorganización en la relación con sus hijos. Ser capaz de tener presencia consciente y elaborativa en las áreas difíciles de la experiencia es la llave que protege al individuo y su descendencia de la desorganización, y será el objetivo de la intervención en este ámbito.

Ilustración con Viñetas Clínicas

La clínica de lo negativo aparece en consulta más frecuentemente de lo que pueda parecer y con manifestaciones diversas, presento a continuación unas breves viñetas clínicas y, de forma más detallada un caso que supervisé en grupo, para ilustrar las dinámicas recién descritas:

- La aparente imposibilidad de A, una mujer de 40 años, para salir del armario y vivir armónicamente su sexualidad. Tras

mucha exploración, parece estar relacionada con una historia de varias generaciones llena de secretos familiares en torno a la homosexualidad e intensa coerción interpersonal. Su dificultad no se reduce a homofobia internalizada o al miedo a ser libre, una idea que aún le generaba más culpa -soy cobarde-, lo que de verdad la bloquea es el temor de violentar los cimientos de su familia y causar un daño irreparable poniendo en palabras lo innombrable.

- La dificultad para sacar adelante un proyecto vital y los comportamientos agresivos y aparentemente inmotivados de L., un joven de veinticinco años, cuando bebe. Tras varias entrevistas familiares en las que se evidencia mucha violencia y abandono en la historia de vida de su madre, parece claro que, tanto el enfado como la vulnerabilidad de L., han sido secuestrados en su interior, escindidos de su identidad, y no se ha podido beneficiar de la posibilidad de pedir ayuda ni tampoco separarse, construyendo un funcionamiento *pseudo* con irrupciones de afecto negativo disociado en momentos de mayor regresión.
- La falta absoluta de impulso vital de S. y las continuas alteraciones somáticas que desatiende, un funcionamiento melancólico compensado con una tendencia hacia la hipomanía que hace muy difícil que se mantenga en terapia. Es una mujer de 67 años que organiza su existencia de forma interdependiente alrededor de la vida de sus hijos como forma de sostén para ella misma, pero visitándolo como un apoyo hacia ellos. Es incapaz de mantener un proyecto o una ilusión propios: no tiene aficiones, no se cuida, no cuida sus relaciones y no es capaz de asumir una carencia o de desear. Su historia comienza con un duelo sin resolver, la pérdida de su madre a los dos años y la falta de cuidados afectivos a partir de entonces, y enlaza con una historia de pérdidas familiares en generaciones anteriores.
- La obsesividad de J, que cuando llega a consulta vive desbordada de angustia y con muchos rituales obsesivos de comprobación que interfieren notablemente en su vida. Tiene terror a equivocarse, tartamudea y su autoestima está por los suelos, algo que no se explica más que como un defecto personal, porque su vida ha sido “muy normal”. Una exploración detallada revela una historia de tres generaciones marcada por la inversión de roles: hijas que se convierten en objetos de gratificación de sus madres son exigidas, negligidas y violentadas a partes iguales para satisfacer las necesidades maternas. No es hasta que P da a luz a su propia hija que puede desarrollar una comprensión completa de este fenómeno e individuarse de su familia de origen.

Caso Clínico

M es un varón de 45 años, divorciado hace tres y padre de dos hijos, que se encuentra en tratamiento en el centro de salud mental por un trastorno adaptativo. Tiene secuelas físicas y psicológicas tras una defenestración hace tres años que fue el motivo de su separación. Desde entonces presenta un ánimo depresivo marcado, ideas recurrentes de quitarse la vida y dificultad para desempeñar su trabajo y función paterna. Sigue rumiando improductivamente sobre la relación con su expareja, con mucha ambivalencia entre el rencor y el deseo de recuperar la relación.

Primera Sesión de Supervisión

El grupo elige trabajar este caso que se presenta por elevado riesgo autolítico, su psicóloga le describe como “tipo oso de peluche, un chico inofensivo, poco visto y necesitado de reconocimiento” y trae a supervisión la siguiente situación: previamente a la tercera sesión de terapia, M había solicitado un cambio de cita, pidiéndola específicamente para una fecha concreta. Al llegar a consulta explicó que ese día era el tercer aniversario de la defenestración y que había decidido volver a matarse, pero que también había pedido cita por si no lo hacía, eligiendo finalmente este camino. La psicóloga dedicó la mayor parte de la sesión a contener la angustia del paciente y explorar lo sucedido. El paciente relata respecto al día de la precipitación que salió con su mujer a una boda, bebieron, y que luego en casa, borracho y de forma impulsiva, se lanzó por la ventana. No puede explicar mucho más al respecto, sí que al día siguiente en el hospital su esposa le plantea que se va a divorciar.

No hay antecedentes de psicopatología individual ni familiar. Es el cuarto de cinco hermanos, no aparece nada especialmente llamativo en la historia vital, pero sí hay trauma y secretos no desvelados en la historia familiar: se ha enterado hace relativamente poco tiempo por su hermano mayor de que éste no es hijo de su padre, sino que es producto de una violación que sufrió su madre de joven, algo que los padres nunca han explicitado.

La sesión de psicoterapia finalmente transcurrió bien, pero tras ella la terapeuta estaba preocupada de cara a próximos encuentros, y en el grupo dudaba de si había elegido un camino de intervención adecuado, pidiendo ayuda sobre cómo seguir conduciendo el caso.

En el grupo de supervisión, al escucharla, se produjo una activación emocional intensa. Por una parte, algunos miembros estaban muy preocupados y se sentían desarmados para intervenir en una situación tan al límite, mientras que otros miembros se enfadaban porque consideraban que había una agresión a la profesional en el modo en que M había desplegado su suicidalidad. Sentían que depositaba en ella una responsabilidad excesiva de forma coercitiva.

Se abrió un debate y se discutió sobre el carácter agresivo del planteamiento de M —unos compañeros proponían una intervención confrontativa, otros defendían el extremo opuesto: contención— y se pensó sobre el lugar en el que dejaba a la terapeuta y su margen para operar. Curiosamente, la terapeuta que llevaba el caso suele comentar dificultades para trabajar con pacientes impulsivos y agresivos, pero en esta ocasión no se había sentido especialmente incómoda y había tenido claro cómo intervenir.

Pensamos en grupo sobre la expresión de la agresividad, la posibilidad de mostrar el self real de M... y, en general, sobre cómo probablemente cada parte del grupo estaba conectando con distintos aspectos vivenciales del paciente poco integrados en su propia experiencia, estados escindidos o disociados relacionados con dos polos, la agresividad y el desamparo. Se señaló la necesidad de integrar estos estados y no escindirnos como grupo, lo que supondría un isomorfismo con el mundo interno del paciente, y también la importancia de no contra-actuar irreflexivamente coludiéndonos con sus mecanismos primarios.

En el cierre se acordó mantener una actitud receptiva y acogedora, y descartar la confrontación temporalmente. Aun así, al grupo le cuesta comprender el acting tan grave en el origen y la posibilidad de repetición. Como supervisor, propuse la lectura entre sesiones de un artículo relacionado con el concepto de estados mentales HH

de Karlen Lyons-Ruth para poder profundizar en la comprensión de este tipo de funcionamiento escindido.

2ª Sesión de Supervisión

El paciente se mantuvo estable tras la sesión anterior de terapia. Entre sesiones, la exmujer había acudido a una consulta y relató lo que sucedió el día de la precipitación: volvieron de la boda habiendo bebido ambos y al llegar a casa iniciaron relaciones sexuales. Al parecer, llegados a un punto, él, con una expresión algo rara en la cara, le pide determinadas prácticas sexuales que nunca le había pedido antes, nada ofensivo o perverso, pero ella se extraña ante la expresión facial de él, no accede y detiene las relaciones, ante lo que él responde “no me quieres” e inmediatamente se tira por la ventana.

Esta información permite que en el grupo avancemos hacia una formulación de caso, estableciendo una hipótesis de origen:

La madre sufre una agresión, una violación, lo que es un evento traumático, y además queda embarazada. Junto al padre deciden silenciarlo: lo que es silenciado no es elaborado, es algo que no está sujeto a resignificación ni a integración en la propia historia personal, y, más importante, debe seguir estando silenciado. ¿Qué efectos tiene en la madre esta agresión? Si la madre no ha podido elaborarla, ¿cuál será su respuesta ante cualquier muestra de agresividad masculina? ¿y ante el impuso sexual de los hombres? Probablemente estos estados despierten en ella una respuesta automática, más o menos consciente, de pavor, y esto puede interferir en la crianza: si la madre no puede reflejar y ayudar a modular e integrar la agresividad del niño o su incipiente sexualidad... ¿qué efecto tiene en el desarrollo? ¿cómo integra el niño estas experiencias tan vívidas en su propia identidad? Probablemente no lo haga y queden disociadas para mantener el vínculo, se conviertan en áreas de la experiencia a las que le funcionamiento reflexivo no llega, y, así, el chico se convierta en un “osito de peluche, inofensivo”, renunciando a la conciencia de una parte adaptativa de sí mismo (la agresividad, el impulso sexual), con tal de mantener la experiencia de seguridad.

Respecto al exordio sintomático, el acting out, entendemos que, tras la boda, bebidos y practicando relaciones sexuales, que son dos factores que favorecen la desinhibición, aparece de forma un poco abrupta el deseo sexual. La mujer señala la rareza en la expresión facial, lo que nos puede hacer pensar en una *irrupción de afecto disociado* [ina], dentro de un apego de tipo evitativo (Crittenden y Landini, 2011), y en términos más tradicionales podemos entenderlo como la emergencia de un aspecto del self real que había estado suprimido. En esencia, esta emergencia sería algo potencialmente sano que podría posibilitar la integración de estos aspectos, algo que sólo puede emerger en un estado de liberación y en una relación de confianza. Sin embargo, la reacción de rechazo de la mujer, totalmente comprensible por otra parte, supone una invalidación máxima que le resulta intolerable y funciona como un *traumatismo desorganizador tardío* (Bergeret, 1974), replicando el *traumatismo desorganizador precoz* de similares características en el vínculo con su madre, y disparando el acting tan grave.

Más allá del grado de verdad de esta hipótesis, la formulación nos abre un marco comprensivo que dota de sentido la experiencia que hasta ahora había permanecido sin mentalizar y nos permite comprender el elevado sentido de amenaza que su activación ha supuesto para el paciente, para el terapeuta y para el grupo. Se anima a la terapeuta a que utilice la hipótesis transgeneracional

como una narrativa que opere como marco de referencia para inscribir la experiencia del paciente, para organizar su vivencia y conductas dentro de un mundo con sentido, y se refuerza la idea de trabajar en la integración de la experiencia escindida, en habitar progresivamente esos estados vivenciales escindidos, acogiendo en el vínculo terapéutico las experiencias que para él han sido siempre rechazadas, ayudándole a integrarlas en su identidad de forma coherente y cohesiva.

Completando el Mapa de la Terapia Cognitiva: Cómo Intervenir

Una vez explicitada la clínica de lo negativo y los mecanismos que están en su origen desde la teoría del apego, nos queda explicar el modo en que se pueden trabajar este tipo de situaciones con pacientes adolescentes o adultos desde la terapia cognitiva. Apuntaré un par de ideas como contexto para mi propuesta:

- Tal y como solía comentar Héctor Fernández-Álvarez, la integración se vuelve una necesidad cuando trabajamos con pacientes y cuadros clínicos complejos. Es aquí donde los modelos puros fracasan, así que a terapia cognitiva en este punto se va a ver obligada a ampliar su foco, incluso suspenderlo temporalmente, e introducir elementos más habituales en otras orientaciones. Las ampliaciones que propongo van a venir, por un lado, de las terapias humanistas y su énfasis en los aspectos experienciales; algunos psicoterapeutas cognitivos que trabajan con pacientes graves otorgan mucho peso a este tipo de trabajo, como hacen Jeffrey Young con el trabajo en imaginación dentro de la Terapia de Esquemas para trastornos de la personalidad (Young, 1999), o Giancarlo Dimaggio con las tareas vivenciales en la Terapia Metacognitivo-Interpersonal (Dimaggio et al., 2020). Por otro lado, también creo necesario incorporar de las terapias sistémicas las formulaciones de caso trigeracionales, que recientemente han cobrado también importancia dentro del mundo del apego (Dallos et al., 2020). La utilización de estas técnicas será estratégica y el objetivo último de la intervención será cognitivo, la recuperación de la presencia y el funcionamiento reflexivo alrededor de las lagunas experienciales.
- La clínica de lo negativo es diversa y su imbricación en la personalidad es también variable. Las intervenciones que propondré, compartiendo su sustrato, deberán ajustarse al nivel de integración de la personalidad y la capacidad de procesamiento experiencial: neurótico, borderline o psicótico [utilizo esta distinción proveniente del psicoanálisis que asumen otros autores cognitivos, como Vittorio Guidano (1994)]. En general, puede considerarse que las organizaciones con menor integración han estado a lo largo de su desarrollo más marcadas por la desorganización del apego, el trauma y las distorsiones en la crianza, de modo que las funciones básicas de la personalidad se han constituido de forma más frágil o deficitaria, mientras que en niveles altos de integración la desorganización y la aparición de los mecanismos asociados a lo negativo se restringen a pequeñas lagunas relacionadas con momentos de activación muy específicos (Serván, 2023).

De acuerdo con la clínica descrita en apartados anteriores, los objetivos de la intervención serán:

- Reducir la sensación de amenaza asociada a la activación de la

experiencia interna, es decir, ganar presencia consciente, habitar progresivamente esta experiencia.

- Incrementar la agentividad y desarrollar capacidad de reflexión y afrontamiento en conexión con la vivencia.
- Integrar la experiencia en una narrativa del self coherente, que a su vez se halle enmarcada en una narrativa de la historia familiar supraordenada que le otorgue sentido.

Esto no será sencillo, ya que los elementos de partida en el trabajo serán siempre parciales, fragmentarios, inconexos y de algún modo repudiados. Para mejorar las probabilidades de éxito de la intervención, es esencial que se lleve a cabo una buena evaluación y una formulación de caso colaborativa. Cuando nos encontramos ante este tipo de clínica deberemos evaluar con dos pilares básicos en mente:

- Por una parte, es necesario atender la clínica actual y su sentido funcional. Cuatro aspectos se vuelven especialmente relevantes respecto a otro tipo de casos:
 - Lo que sucede en momentos de activación de la vulnerabilidad y la agresividad, prestando atención a la robustez de las capacidades metacognitivas, en especial el funcionamiento reflexivo, en estos momentos. La característica esencial del discurso de los adultos que arrastran duelos y trauma irresueltos es la falta de capacidad para monitorizar su discurso alrededor de estos episodios.
 - Lo omitido, lo que no aparece donde sería esperable que apareciera, y esto incluye emociones (el enfado ante el maltrato, la tristeza ante la pérdida, etc.), explicaciones, curiosidad, comportamientos, etc.
 - El mundo vivencial del terapeuta, en especial sus tendencias de acción. Lo que no es elaborado se puede transmitir *de hemisferio derecho a hemisferio izquierdo*, como explica Alan Schore (2022), dando lugar a vivencias ajenas en el terapeuta. Nancy McWilliams lo resume así (2011, pp.103-104): “Conviene considerar la posibilidad de que lo que se está sintiendo sea una parte escindida y repudiada del paciente que está siendo proyectada sobre uno de una manera casi física. Si la idea parece razonable tras cierta reflexión, la exploración puede resultar terapéutica”.

En segundo lugar, es necesario hacer una historia trigeracional a partir de un genograma completo, prestando atención especial a todo lo relacionado con posibles traumas y duelos poco resueltos, la existencia o sospecha de secretos familiares y la presencia de manifestaciones clínicas relacionadas con lo negativo en generaciones anteriores.

Sobre esta base llevaremos a cabo una formulación conjunta con el consultante, una formulación de contenidos que potencie también el aspecto de cooperación interpersonal, entendiendo la relación como un proceso colaborativo y co-construido de creación de sentido (Harper y Moos, 2003). Esto es lo que en teoría del apego se conoce como *asociación corregida por metas*, y debe guiar tanto establecimiento de unos objetivos de intervención como la conducción del proceso.

La idea principal en la formulación es que la reconstrucción de una historia que integre aquello que se ha escindido, junto al trabajo experiencial en sesión, tenga como resultado la reintegración en la persona de aquello que ha sido vivido como intolerable en su interior, de modo que a partir de ese punto pueda ser habitado y utilizado como información utilizada estratégicamente en la adaptación. Es

decir, que compartir la hipótesis transgeneracional y relacionarla con las áreas de malestar o desorganización actuales suele funcionar como organizador, ya que otorga un nuevo sentido al sufrimiento, lo convierte en significativo, y por tanto redefine la experiencia individual disminuyendo la amenaza, y establece un camino para el cambio.

Más allá de este punto, en la conducción del tratamiento es esencial que la intervención no se deslice demasiado hacia el campo semántico, hacia las generalizaciones cognitivas por parte del paciente o hacia las intervenciones interpretativas por parte del terapeuta, lo que es congruente con la mayoría de los posicionamientos cuando trabajamos con psicopatología grave. Debemos suspender inicialmente el intento de sacar conclusiones acerca del self o de los vínculos a partir de las experiencias de activación de lo no resuelto, especialmente en pacientes neuróticos, ya que siempre está condenada al fracaso y da lugar a imágenes del self o de los demás muy polarizadas, conduciendo hacia callejones de desesperanza. Por el contrario, el objetivo esencial en un primer momento es definir estos estados como lagunas amenazadoras, agujeros negros de la experiencia, identificar los desencadenantes y las manifestaciones específicos para el paciente, y establecer como objetivo la ganancia de presencia consciente en esos momentos de activación sin definirse a él o a sus vínculos a partir de estas experiencias.

Una vez establecido este acuerdo, trabajaremos sobre episodios reales de la vida del paciente en los que se puedan explorar *en caliente* tanto los elementos de la experiencia subjetiva como las memorias autobiográficas (Dimaggio et al., 2015). Trabajando sobre el despliegue de estos episodios podremos ayudar a ganar presencia consciente y a sostener sus capacidades en estos momentos, lo que supone un trabajo psicoterapéutico de tipo atencional: entrar y salir de la experiencia, pensar acerca de lo que se siente y sentir acerca de lo que se piensa, transitar flexiblemente esta dialéctica sin desorganizarse (lo que se conoce como *apego desorganizado*, en realidad se denomina *apego desorganizado/desorientado*, y el término *desorientado* hace referencia específicamente a la incapacidad para mantener el control de la atención en los momentos de activación del malestar; la mayoría de las intervenciones para los cuadros disociativos inciden en este aspecto).

En este punto son muy útiles las técnicas experienciales, que se pueden apoyar con técnicas de regulación de la activación. Como ya he señalado, las técnicas experienciales pueden ser utilizadas en imaginación o en vivo, yo tengo preferencia por estas últimas, en especial las que provienen del psicodrama. En su uso es interesante jugar con el entrar y salir de la experiencia, el cambio de perspectiva protagonista/observador, como también propone Guidano en su técnica de la moviola (Miró, 2019). Es importante señalar que este tipo de intervenciones debe llevarse a cabo siempre dentro del margen de tolerancia del paciente particular, sin exceder la *zona de desarrollo próximo* (Stiles et al., 2016), la sensibilidad del terapeuta como figura de apego incluye la capacidad de hacer esta lectura.

Por último, si el trabajo experiencial avanza, debe ir siempre seguido de un trabajo de integración de la experiencia en la narrativa vital y la identidad del paciente. Este sería el punto en el que se retoma la cognición suspendida, pero es un aspecto esencial, ya que este déficit de integración narrativa esté en el núcleo de la clínica. Propuestas como la de Salvatore et al. (2006) inciden en este aspecto y, desde la teoría del apego, en especial desde el DMM-A, la

integración flexible de la experiencia es el objetivo esencial de toda intervención, la meta final (Baim et al., 2011).

Lo descrito hasta ahora constituye la propuesta básica de intervención. Sin embargo, como he señalado unas líneas más arriba, en personas con una menor integración de la personalidad va a ser más difícil alcanzar los estados de compartición experiencial necesarios para este trabajo. También tendrán más dificultades para reflexionar sobre su propia experiencia, distinguir la realidad interna de la externa, hacer una lectura adaptativa de las conductas de los otros significativos, y, muchas veces, aparecerán síntomas que requerirán atención, dificultando todo ello la conducción de la intervención propuesta.

He comentado en otros trabajos los ajustes necesarios en la intervención en estas situaciones de baja integración de la personalidad (Serván, 2018, 2023) y no me extenderé, pero sí quiero subrayar un aspecto esencial trabajando con lo negativo, que es la amenaza al funcionamiento reflexivo del terapeuta. En este tipo de situaciones es muy sencillo perder esta capacidad y caer en *enactments* (Sassenfeld, 2010) durante el proceso, algo que probablemente repetiría la experiencia de origen de nuestros consultantes. El mantenimiento o recuperación de la función reflexiva del profesional es esencial: tener espacios de supervisión y reflexión acerca de los casos, algo siempre recomendable, se convierte en esencial en el trabajo con este tipo de clínica.

Concluyo con una breve reflexión: más allá de esta propuesta de intervención concreta, he visto a mi alrededor que son muchos los casos en psicoterapia que se cronifican porque no se tienen en cuenta el tipo de fenómenos descritos en este trabajo. Tal vez, el mero hecho de que este tipo de dinámicas estén presentes en la mente del terapeuta pueda suponer un cambio sustancial, de modo que procesos que se daban por imposibles puedan ser vistos con una nueva luz y que esa luz pueda alumbrar una esperanza para nuestros consultantes.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Declaración

Los autores no recibieron apoyo económico o financiación para apoyar la investigación ni la autoría y/o publicación de este artículo. No hay interés económico o beneficio de la aplicación directa de esta investigación.

Conflictos de Intereses

No existe conflicto de interés.

Referencias

- Abrams, K., Rifkin, A. y Hesse, E. (2006). Dissociative “FR” parental behavior observed in a laboratory play session predicts infant disorganization [La conducta parental disociativa “FR” observada en una sesión de juego de laboratorio predice la desorganización infantil]. *Development and Psychopathology*, 18, 345-361.
- Abraham, N. y Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau* [La corteza y el núcleo]. Éditions Aubier-Montaigne.

- Baim, C., Morrison, T. y Rothwell, B. C. (2011). *Attachment-based practice with adults: Understanding strategies and promoting positive change: A new practice model and interactive resource for assessment, intervention and supervision* [Práctica basada en el apego con adultos: comprender estrategias y promover cambios positivos: un nuevo modelo de práctica y un recurso interactivo para la evaluación, la intervención y la supervisión]. Pavilion Publishing.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy [Terapia cognitiva: naturaleza y relación con la terapia conductual]. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(70\)80030-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(70)80030-2)
- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S. y Bahrck, L. (2012a). On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper I.A dyadic systems approach [Sobre los orígenes del apego desorganizado y los modelos de funcionamiento interno: Artículo I. Un enfoque de sistemas diádicos]. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(2), 253-272. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.666147>
- Beebe, B., Lachmann, F., Markese, S., Buck, K. A., Bahrck, L. E., Chen, H., Cohen, P., Andrews, H., Feldstein, S. y Jaffe, J. (2012b). On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper II. An empirical microanalysis of 4-month mother-infant interaction [Sobre los orígenes del apego desorganizado y los modelos internos de funcionamiento: Artículo II. Un microanálisis empírico de la interacción madre-hijo durante 4 meses]. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3), 352-374. <https://doi.org/10.1080/10481885.2012.679606>
- Bergeret, J. (1974). *La personalidad normal y patológica*. Gedisa.
- Bernier, A. y Meins, E. (2008). A threshold approach to understanding the origins of attachment disorganization. *Developmental psychology*, 44(4), 969. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.969>
- Blatt, S. J. y Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression [Convergencias entre las teorías psicoanalíticas y cognitivo-conductuales de la depresión]. *Psychoanalytic Psychology*, 9(2), 157-190. <https://doi.org/10.1037/h0079351>
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. M. y Pardal, I. (2017). *Lealtades invisibles*. Amorrortu.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* [Apego y pérdida: Vol. 1. Apego]. Basic Books. (Trabajo original publicado en 1969)
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger* [Apego y pérdida: Vol. 2. Separación: Ansiedad e ira]. Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel [Sobre saber lo que no se supone que sepas y sentir lo que no se supone que sientas]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 24(5), 403-408. <https://doi.org/10.1177/070674377902400506>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression* [Apego y pérdida: Vol. 3. Pérdida: Tristeza y depresión]. Basic Books.
- Bretherton, I. y Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory [Modelos de funcionamiento interno en las relaciones de apego: elaboración de un constructo central en la teoría del apego]. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2ª ed., pp. 102-127). The Guilford Press.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Cassidy, J. y Mohr, J. J. (2001). Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span [Miedo irresoluble, trauma y psicopatología: teoría, investigación y consideraciones clínicas relacionadas con el apego desorganizado a lo largo de la vida]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 275-298. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.275>
- Causadias, J. y Carlson, E. (2014). La psicopatología del desarrollo y la teoría del apego. En B. Torres de Cádiz, J. M. Causadias y G. Posada (Eds.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 113-127). Psimática.
- Cortina, M. y Marrone, M. (2017). *Apego y psicoterapia. Un paradigma revolucionario* Editorial Psimática,
- Crittenden, P. M. (2001). Organization, alternative organizations, and disorganization: Competing perspectives on the development of endangered children [Organización, organización alternativa y desorganización: perspectivas contrapuestas sobre el desarrollo de los niños en peligro]. *Contemporary Psychology*, 46, 593-596.
- Crittenden, P. M. (2013). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety* [Crianza de los hijos: Apego, crianza y seguridad infantil]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203069776>
- Crittenden, P. M. y Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis* [Evaluación del apego adulto: un enfoque dinámico-madurativo para el análisis del discurso]. Norton.
- Dallos, R., Crittenden, P. M., Landini, A., Spieker, S. y Vetere, A. (2020). Family functional formulations as guides to psychological treatment [Formulaciones funcionales familiares como guías para el tratamiento psicológico]. *Contemporary Family Therapy*, 42(2), 190-201. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09525-6>
- David, D., Lynn, S. J. y Montgomery, G. H. (2018). Evidence-based psychotherapy: The state of the science and practice [Psicoterapia basada en evidencia: estado de la ciencia y la práctica]. Wiley
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual* [Terapia interpersonal metacognitiva para trastornos de la personalidad: manual de tratamiento]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315744124>
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R. y Salvatore, G. (2020). *Metacognitive interpersonal therapy: Body, imagery and change* [Terapia interpersonal metacognitiva: cuerpo, imágenes y cambio]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429350894>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy* [Razón y emoción en psicoterapia]. Lyle Stuart-Citadel.
- Faimberg, H. (2006). *El telescopaje de generaciones; a la escucha de los lazos narcisistas entre generaciones*. Amorrortu.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. y Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment [La capacidad de comprender los estados mentales: el yo reflexivo en padres e hijos y su importancia para la seguridad del apego]. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3%3C201::AID-IMHJ2280120307%3E3.0.CO;2-7)
- Fonagy, P., Luyten, P. y Allison E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment [La petrificación epistémica y la restauración de la confianza epistémica: una nueva conceptualización del trastorno límite de la personalidad y su tratamiento

- psicosocial]. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships [Fantasmas en la guardería: un enfoque psicoanalítico del problema de las relaciones deterioradas entre el bebé y la madre]. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421. [https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)61442-4)
- Freud, S. (1997). *Tótem y Tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. Biblioteca Nueva. (Trabajo Original publicado en 1912)
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult attachment interview* [Entrevista de apego adulto] (AAI) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02879-000>
- Green, A. (2003). *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu.
- Guidano, V. F. (1994). *El sí-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Paidós.
- Harper, D. y Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation' [¿Un tipo diferente de química? Reformulando la 'formulación']. *Clinical Psychology*, 23, 6-10.
- Herzovich, Y. P. y Govrin, A. (2023). Dialectical integration: The case of psychoanalysis and cognitive behavioral therapy [Integración dialéctica: el caso del psicoanálisis y la terapia cognitivo conductual]. *British Journal of Psychotherapy*, 39(2), 341-359. <https://doi.org/10.1111/bjp.12819>
- Kaës, R. (2015). L'extension de la psychanalyse. Pour une métapsychologie de troisième type [La extensión del psicoanálisis. Por una metapsicología de tercer tipo]. Dunod.
- Kaës, R., Faimberg, H., Enríquez, M. y Baranes, J. J. (1996). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Amorrortu.
- Kelly, G. (1991). *Personal construct psychology [Psicología de los constructos personales]* (Vol. I, Vol II). Norton. (Trabajo original publicado en 1955)
- Kirshner, L. A. (2006). The work of René Kaes: Intersubjective transmission in families, groups, and culture [La obra de René Kaes: transmisión intersubjetiva en familias, grupos y cultura]. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54(3), 1005-1013. <https://doi.org/10.1177/00030651060540030801>
- Laing, R. D. (1979). Mistificación, confusión y conflicto. En I. Boszormenyi-Nagi y J. Framo (Eds.), *Terapia familiar intensiva* (pp. 298-418). Trilho.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. y Lagache, D. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. y Hoffmann, M. (2011). Apego & psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29(1), 107-116. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>
- Liotti, G. (1988). Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy. In C. Perris, I. M. Blackburn y H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice* (pp. 62-79). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73393-2_3
- López, J. L. y Blajakis, M. I. (2006). Los trastornos de personalidad: reflexiones desde la experiencia clínica, grupal, familiar, y multifamiliar. *Revista de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica Grupal*, 1, 75-103.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. y Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization [Ampliando el concepto de estados mentales no resueltos: Los estados mentales hostiles/desamparados en la Entrevista de Apego Adulto están asociados con una comunicación interrumpida entre madre e hijo y con la desorganización del bebé]. *Development and Psychopathology*, 17(1), 1-23. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050017>
- Main, M., y Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). The University of Chicago Press.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern [Descubrimiento de un patrón de apego inseguro-desorganizado/desorientado]. En T. B. Brazelton y M. W. Yogman (eds.), *Affective development in infancy* (pp.95-124). Ablex Publishing.
- Martorell, J. L. (2024). Política y perspectiva de clase en la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 35(129), 54-61. <https://doi.org/10.5944/rdp.v35i129.41685>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process [Diagnóstico psicoanalítico: comprensión de la estructura de la personalidad en el proceso clínico]*. Guilford Press.
- Miró, M. T. (2019). La técnica terapéutica de la moviola: Una introducción. *Revista De Psicoterapia*, 30(112), 17-41. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.282>
- Nicolò, A. M. (2015). *Psicoanálisis y familia*. Herder.
- O'Dowd, T. C. (1988). Five years of heartsink patients in general practice [Cinco años de pacientes descorazonados en la práctica general]. *British Medical Journal*, 297(6647), 528-530. <https://doi.org/10.1136/bmj.297.6647.528>
- Perris, C. (1988). The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other psychotherapies. En C. Perris, I. M. Blackburn y H. Perris (eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice* (pp. 1-43). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-73393-2_1
- Pitillas, C. (2021). El daño que se hereda: Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma. Bilbao. Desclee de Brower Real Academia Española. (s.f.). Negativo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/negativo>
- Recalcati, M. (2003). *Clinica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis*. Síntesis.
- Rosolato, G. (1991). Lo negativo y su léxico. En A. Missenard, G. Rosolato, J. Guillaumin, J. Kristeva, Y. Gutiérrez, J. J. Baranes, R. Kaës, R. Roussillon, y R. Moury (eds.), *Lo negativo: figuras y modalidades* (pp. 23-39). Amorrortu.
- Salvatore, G., Conti, L., Fiore, D., Carcione, A., Dimaggio, G. y Semerari, A. (2006). Disorganized narratives: Problems in treatment and therapist intervention hierarchy [Narrativas desorganizadas: problemas en el tratamiento y jerarquía de la intervención del terapeuta]. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 191-207. <https://doi.org/10.1080/10720530500508936>
- Sassenfeld J., A. (2010). *Enactments: Una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente*. *Clinica e Investigación Relacional*, 4(1), 142-181. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/128857>
- Schore, A. (2022). Right brain-to-right brain psychotherapy: recent scientific and clinical advances [Psicoterapia de hemisferio derecho a

- hemisferio derecho: avances científicos y clínicos recientes]. *Annals of General Psychiatry*, 21(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00420-3>
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J. y van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment [Comportamiento maternal alarmante que vincula la pérdida no resuelta con el apego infantil desorganizado]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 54-63.
- Segovia, L. M. (2014). La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 5-11. <https://doi.org/10.18270/chps.v14i2.1334>
- Serván, I. (2018). Apego y organizaciones límite: Ajustes en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*, 29(111), 93-109.
- Serván, I. (2023). *Desorganización del apego: clínica y psicoterapia con adultos*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Solomon, J. y George, C. (2011a). The disorganised attachment-caregiving system [El sistema desorganizado de apego-cuidado]. En J. Solomon y C. George (Eds.), *Disorganized attachment & caregiving* (pp.3-24). Guilford Press.
- Solomon, J. y George, C. (2011b). Disorganization of maternal caregiving across two generations [Desorganización del cuidado materno a lo largo de dos generaciones]. En J. Solomon y C. George (Eds.), *Disorganized attachment & caregiving* (pp.25-51). Guilford Press.
- Stiles, W. B., Caro Gabalda, I. y Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error [La superación de la zona terapéutica del desarrollo próximo como error clínico]. *Psychotherapy*, 53(3), 268-272. <https://doi.org/10.1037/pst0000061>
- Sullivan, H. S. (2013). The interpersonal theory of psychiatry [La teoría interpersonal de la psiquiatría]. Routledge. (Trabajo original publicado en 1953). <https://doi.org/10.4324/9781315014029>
- Tisseron, S., Torok, M., Rand, N., Nachin, C., Hachet, J. y Rouchy J. C. (1995). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones: clínica del fantasma*. Amorrortu.
- Vallis, T. M. (2004). Cuando se dificulta la marcha: terapia cognitiva para los pacientes graves. En Perris, C. y McGorry, P. D. (Eds.). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*. Desclée de Brouwer.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview [Representaciones de apego en adultos, capacidad de respuesta parental y apego infantil: un metaanálisis sobre la validez predictiva de la Entrevista de Apego en Adultos]. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae [Apego desorganizado en la primera infancia: metaanálisis de precursores, concomitantes y secuelas]. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225-250. <https://doi.org/10.1017/S0954579499002035>
- Wallin, D.J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao. Desclée de Brouwer
- Yassa, M. (2002). Nicolas Abraham and Maria Torok—the inner crypt [Nicolas Abraham y Maria Torok: la cripta interior]. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 25(2), 82-91. <https://doi.org/10.1080/01062301.2002.10592734>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach [Terapia cognitiva para trastornos de la personalidad: un enfoque centrado en esquemas]*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.