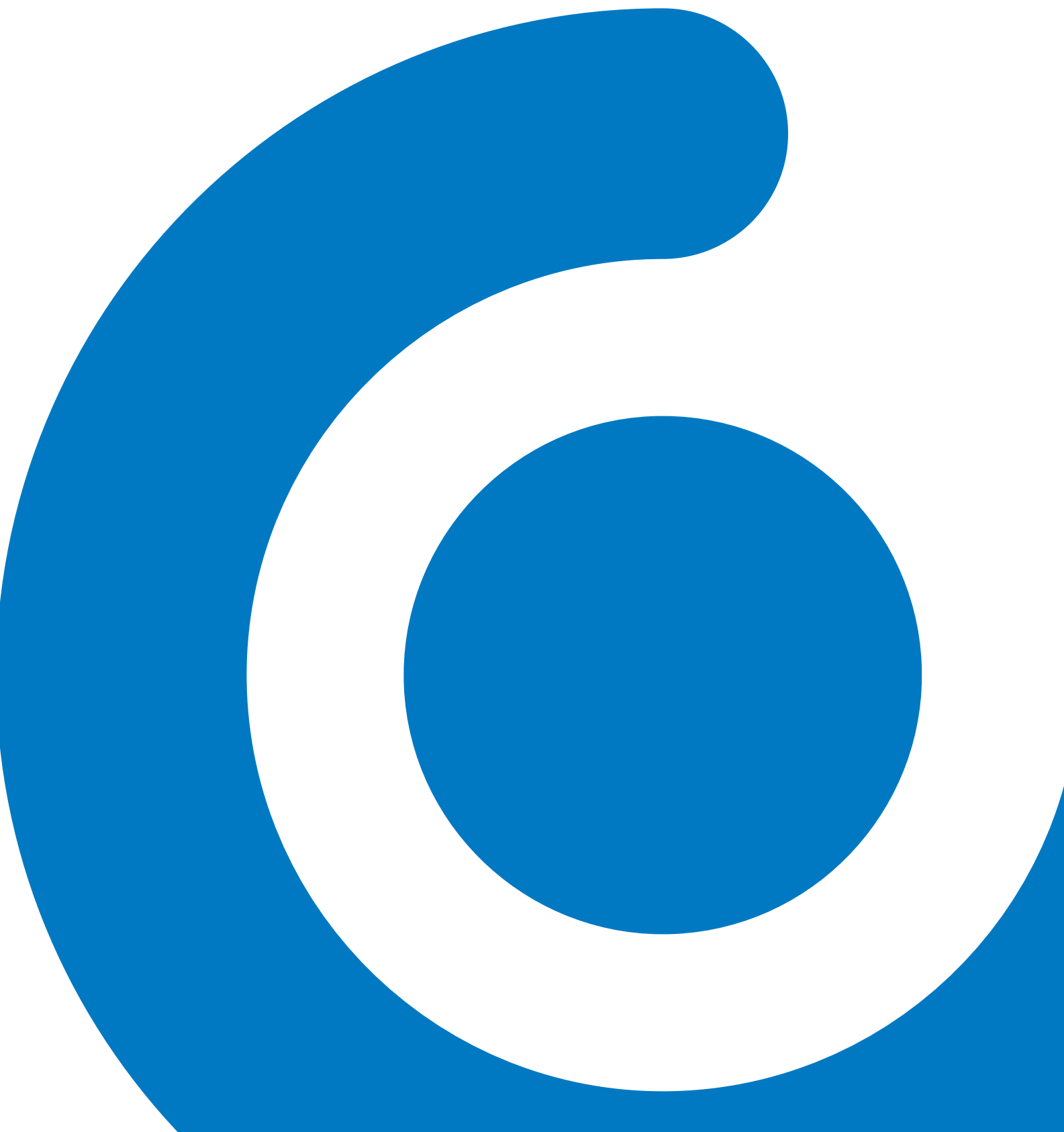


REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Noviembre 2018
Nº 32



REVISTA DE
**PSICOPATOLOGÍA
Y SALUD MENTAL**
DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Xavier Costa	Jefe de Redacción
Núria Planas	Secretaría
María José Muñoz	Maquetación
Míriam Fuentes	Promoción y Difusión
Josefina Martín	Administración y Contabilidad

Traducción (l^{inglés}, f^{francés}, i^{italiano}, p^{portugués}, c^{atalán}):
Montserrat Balcells^{IT}, Miguel Cárdenas^I, Josepa Carreras^I, Xavier Costa^I, Jordi Freixas^F,
Mireia Ramon^I, Núria Ribas^I, Camille Riu^F, Pilar Tardío^F, Brenda Tarragona^I, Elena Venuti^{IT} y
Montserrat Viñas^P

Revisión de textos: Stela Bacalu^I y Núria Vidal^C (SNL)

Publicación semestral

Edición y Publicación: [Fundació Orienta](#)
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel. +34 93 635 88 10

E-mail: revista@fundacioorienta.com

Facebook: www.facebook.com/revistadepsicopatologia

Página web: www.fundacioorienta.com

En la página web pueden consultarse los sumarios y resúmenes de los números publicados hasta la fecha, así como las normas de publicación y las condiciones para establecer canje o suscribirse a la revista.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* publica los resúmenes también en catalán en soporte a la lengua propia de Catalunya, donde la Fundación Orienta tiene su sede.

Impresión: AGPOGRAF. Impressors

ISSN: 1695-8691

Dep. Legal: 13716/2003

La opinión expresada en los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores.
La reproducción, utilizando cualquier método, de cualquier artículo de esta revista se tendrá que solicitar previamente, por escrito, a la redacción.

La *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente* está incluida en los índices bibliográficos siguientes: ISOC-CSIC, Psicología y Sumarios ISOC; PSICODOC, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; LATINDEX; COMPLUCOC, Universidad Complutense de Madrid, IBECS, de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III y DIALNET.

CONSEJO DIRECTIVO

Alfons Icart (director). *Psicólogo, Psicoanalista miembro de la SEP-IPA y Director de la Fundació Orienta. Sant Boi de Llobregat (Barcelona).*

Vocales:

Montse Balcells *Psicóloga clínica y psicoterapeuta, Jefa de Servicio del CSMIJ Hospitalet y Coordinadora de servicios de la Fundació Orienta.*

Cayetano García-Castrillón *Médico Psiquiatra y Psicoanalista Didacta de la Sociedad Española de Psicoanálisis y de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Sevilla.*

Rubén D. Gualtero *Sociólogo. Ex Redactor jefe de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente. Barcelona.*

Alberto Lasa *Psiquiatra, Profesor titular en la Universidad del País Vasco y profesor asociado en la Universidad de Deusto. Guetxo (Vizcaya).*

Juan Manzano *Psiquiatra, Profesor de la Facultad de Medicina, Ex Director del Service Médico-Pédagogique. Ginebra.*

Jorge Tizón *Psiquiatra y Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull. Barcelona.*

Àngels Martos *Internista, Vicedecana de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Internacional de Catalunya. Barcelona.*

CONSEJO ASESOR Y LECTOR

Eulàlia Anglada (Barcelona) ^I	Roque Prego (Santander) ^{PI PSM}
Alejandro Ávila (Madrid) ^I	Noelia Reyes (Barcelona) ^I
Jordi Artigue (Barcelona) ^{AP}	Emilio Rojo (Barcelona) ^{1P I}
Marta Biempica (Barcelona) ^{PSM}	Teresa Ribalta (Barcelona) ^{A F}
Teresa Brouard (Bilbao) ^{PI A AR}	Núria Ribas (Barcelona) ^I
Lourdes Busquets (Barcelona) ^{PI}	Víctor Ribes (Barcelona) ^I
Natalia Calvo (Barcelona) ^I	Maria Jesús Rufat (Barcelona) ^I
Miguel Cárdenas (Barcelona) ^{PSM}	Jaume Sabrià (Barcelona) ^{PSM}
Marc Dangerfield (Barcelona) ^A	Luis San (Barcelona) ^{AP}
Sergi de Diego (Barcelona) ^E	Eulàlia Sayrach (Barcelona) ^{F AR}
M ^a Dolores Domínguez (Santiago) ^{AP}	José Andrés Sánchez (Barcelona) ^{1P}
Fernando Dualde (Valencia) ^F	Assumpció Soriano (Barcelona) ^A
Marc Ferrer (Barcelona) ^I	Brenda Tarragona (Barcelona) ^A
Anna Fornós (Barcelona) ^{AP}	Mercè Teixidó (Barcelona) ^A
Miriam Fuentes (Barcelona) ^{AR}	Carme Tello (Barcelona) ^{PI}
Pablo García (Granada) ^{F PI}	Jorge Tió (Barcelona) ^{A AR}
Fernando González Serrano (Bilbao) ^{A PSM}	Jordi Torner (Barcelona) ^{PI}
Carmen Grifoll (Barcelona) ^{AP}	Llúcia Viloca (Barcelona) ^{PI}
Antònia Grimalt (Barcelona) ^{PI}	
Laura Hernández (Barcelona) ^{AR 1P}	Fernando Araos (Chile) ^{AP 1P}
Guillem Homet (Barcelona) ^{PSM}	Graciela Ball (Argentina) ^{AP}
Alfons Icart (Barcelona) ^F	Hilda Botero (Colombia) ^{PI}
Ana Jiménez (Ciudad Real) ^A	Elena Castro (Chile) ^{PI}
Lluís Lalucat (Barcelona) ^{PSM}	Elisabeth Cimenti (Brasil) ^{AP}
José Luís Lillo (Barcelona) ^A	Eduardo Jaar (Chile) ^{AP}
Marta Mascarell (Barcelona) ^{1P}	Clotilde Juárez (México) ^I
Lluís Mauri (Barcelona) ^I	Marta Lapacó (Argentina) ^{A F AR}
Marina Mestres (Barcelona) ^I	María Inés Nieto (Colombia) ^{AP}
Josep Mercadal (Barcelona) ^I	Giancarlo Rigon (Italia) ^A
Júlia Miralbell (Barcelona) ^I	Jani Santamaría (México) ^{PI E AR}
Maite Miró (Barcelona) ^{AP}	Dante Salatino (Argentina) ^I
Montserrat Palau (Barcelona) ^{PI E}	Monica Santolalla (Argentina) ^{PI E}
Fátima Pegenaute (Barcelona) ^{PI}	Leandro Stitzman (Argentina) ^{AP AR 1P}
Carles Pérez Testor (Barcelona) ^I	Carlos Tamm Lessa de Sa (Londres) ^{AP AR}
Antonio de la Plata (Sevilla) ^{A F AP}	Elena Toranzo (Argentina) ^{AP}

^{1P}En primera persona; ^AAdolescencia; ^{AP}Abordajes psicoterapéuticos; ^{AR}Arte y Salud Mental; ^EInfancia y escuela; ^FFamilia;

^IInvestigación; ^{PI}Primera Infancia; ^{PSM}Promoción y prevención de la Salud Mental; ^{SMC}Salud Mental Comunitaria e Inmigración

REVISTA DE PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Noviembre / November 2018

32

Editorial.....7

Artículos / Articles

El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública, desde un enfoque basado en la mentalización

[Working with parents in the early care, in the public institution, from a mentalization-based approach](#)

Angelina Graell Amat y Gustavo Lanza Castelli.....9

El grupo terapéutico como motor del desarrollo

[The therapeutic group as an engine of development](#)

Joana Fernández Miró y Carme Masip Marcoval.....19

Enfoques psicoterapéuticos en entorno hospitalario en edad de desarrollo.

De la urgencia a la enfermedad crónica

[The psychotherapeutic focus in the hospital environment in the developmental age.](#)

[From urgency to chronic disease](#)

Stefano Costa, Alessandra Mancaruso y Lorenzo Giamboni.....25

La psicoterapia psicoanalítica focalizada de niños sin cuidados parentales. Estudio de caso

[Focused psychoanalytic psychotherapy of children lacking parental care. Case study](#)

A. M. Luzzi, L. Ramos, V. Aguiriano, V. Sacco, M. Padawer, D. Bardi y S. Slapak.....33

El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI

[The child who suffers emotionally. The increase of psychopathology in the infancy of the 21st century's](#)

Fernando Dualde Beltrán43

Simbiosis y narcisismo en la adolescencia. A propósito de un caso Symbiosis and narcissism in adolescence. About a case José Andrés Sánchez Pérez y Alfons Icart.....	57
Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionismo: ¿qué papel juegan las conductas purgativas? Adolescents, eating disorders and perfectionism: What role do purgative behaviours play? E. Serrano, A. Campos, M. Godrid, L. Cañas, M. Carulla, J. Matalí y M. Dolz.....	67
La geometría funcional como fundamento de la estructura y la función del aparato psíquico Functional geometry as the basis of the psychic apparatus 'structure and function Dante Roberto Salatino.....	77
¿Trastorno límite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno por desequilibrio emocional?: una actualización para la Atención Primaria de Salud Is it a borderline personality disorder, an emotional instability disorder or an emotional imbalance disorder? An update for Primary Health Care Jorge L. Tizón.....	95
En primera persona / Personal experience	127
Reseñas bibliográficas / Books reviews	131
Noticias / News	137

Editorial

El pasado 10 de mayo, en el céntrico y emblemático Palau Robert de Barcelona, se celebró un acto para conmemorar los 15 años de la puesta en marcha de la Revista. Entonces, y en el mismo escenario, comenzaba esta aventura, una aventura que, como todas ellas, ha estado impregnada de ilusiones, esfuerzos, incertidumbres y, por supuesto, de satisfacción por los logros alcanzados. Algo que no ha sido fácil, conviene reconocerlo. Sin embargo, que quince años después de haber iniciado el camino la Revista continúe editándose en papel y *on line*, que sea reconocida a nivel nacional y en muchos países de habla hispana y conserve unos suscriptores fieles que confiamos vayan en aumento son, desde luego, motivos más que suficientes, para una celebración.

La presentación de la jornada corrió a cargo del director de la Revista quien, en nombre propio y del Patronato de la Fundación Orienta, agradeció a todas las personas que a lo largo de estos años habían contribuido, de una u otra manera, a su mantenimiento y consolidación. El jefe de redacción, por su parte, hizo un breve repaso del camino recorrido y, también, de los diversos cambios que se habían introducido para afrontar, con nuevos bríos, una nueva etapa de madurez.

Estas intervenciones dieron paso a un debate en el que intervinieron el Dr. Jorge Tizón, psiquiatra y psicoanalista; la Dra. Lourdes Fañanás, bióloga, licenciada en medicina y profesora titular de la Universidad de Barcelona y la Dra. Mercè Mitjavila, psicóloga, psicoterapeuta y profesora titular jubilada de la Universidad Autònoma de Barcelona. Moderado por la periodista Lúdia Heredia, resultó una tertulia intensa y amena en el que se pusieron sobre la mesa temas tan relevantes como el predominio de la línea empirista en el ámbito de las denominadas “revistas de impacto”. Predominio que, si bien es fundamental para la obtención de pruebas y de resultados, en ocasiones resulta avasallador, ya que minimiza las posibilidades de divulgar artículos y estudios más cualitativos, pero igualmente rigurosos y necesarios. Además de este asunto de gran actualidad, también se discutieron aspectos relacionados con la dificultad que encuentran los profesionales y los investigadores para llevar adelante sus trabajos y preparar sus publicaciones, sobre todo cuando la presión asistencial, la falta de medios o la precariedad laboral aparecen como un obstáculo insalvable. “Investigar es caro”, se dijo. Y también se dijo que la administración y las instituciones tendrían que velar para que desde la universidad o desde los centros asistenciales, quienes perseveran en este empeño sean apoyados realmente. A menudo, gracias a su tesón y esfuerzo altruista, los proyectos se realizan y salen a la luz pública. Y si investigar es caro, “publicar no es fácil”. Por ello, no faltó la invitación a preparar y a presentar materiales que puedan ser publicados, pues sin artículos difícilmente se logra garantizar la continuidad de cualquier revista.

Por último, intervinieron representantes de la administración autonómica y local. Cerró este encuentro, que contó con gran asistencia de público, la alcaldesa de Sant Boi, consistorio que desde los inicios viene apoyando decididamente la Revista y, sobre todo, el Premio de investigación que se convoca cada dos años. Una vez finalizadas todas las intervenciones, los jardines del Palau Robert sirvieron de marco incomparable para brindar con una copa de cava por el éxito de la jornada y por un futuro halagüeño y esperanzador para la Revista.

Por lo que respecta al nuevo número que llega a vuestras manos, manifestar, de entrada, que trae diversos e interesantes artículos que esperamos que colmen sus expectativas. Para presentarlos he creído oportuno agruparlos en tres grandes bloques, todo y que en el índice se secuencian de manera diferente. Un primero conjunto, relacionado con el *ámbito institucional*, lo integrarían cuatro artículos: el de Angelina Graell y Gustavo Lanza Castelli, que aborda el tema la mentalización desde un trabajo con padres en un centro público de atención temprana; el de Stefano Costa, Alessandra Mancaruso y Lorenzo Giamboni, que describe experiencias de evaluación y proyectos psicoterapéuticos en una unidad hospitalaria de psiquiatría y psicoterapia de la edad evolutiva en Bolonia (Italia); el de Ana María Luzzi et al., que trata sobre la psicoterapia psicoanalítica focalizada en niños sin cuidados parentales en un servicio de psicología clínica infantil de Buenos Aires (Argentina), y el artículo de Jorge Tizón, publicado anteriormente, sobre la actualización para atención primaria de salud del trastorno límite de la personalidad. El segundo bloque reúne *experiencias clínicas*, que van desde “simbiosis y narcisismo en la adolescencia” de José A. Sánchez y Alfons Icart; “el perfeccionismo en adolescentes diagnosticados de trastorno de la conducta alimentaria” de Eduardo Serrano et al., hasta “el grupo terapéutico en niños de cuatro a seis años con dificultades en el desarrollo”, de Joana Fernández y Carme Masip. Un tercer y último bloque agruparía textos teóricos como el Dante R. Salatino, que trata de “aspectos funcionales del sistema nervioso central que dan sustento a la psiqui” o el de Fernando Dualde, que aborda “el incremento de la psicopatología en la infancia española en el último siglo”.

Como podrán comprobar, dentro de estos tres bloques -institucional, de casos clínicos y aportes teóricos-, el lector encontrará no sólo perspectivas y enfoques diversos, sino también experiencias concretas llevadas a cabo en latitudes diversas. Junto con los artículos antes mencionados y las habituales reseñas bibliográficas y de eventos, la nueva etapa incorpora un apartado que bajo el título “En primera persona”, recoge relatos y reflexiones de personas que han vivido experiencias relacionadas con la salud mental. En esta ocasión, Miguel Pou, diagnosticado de Síndrome de Asperger, nos habla de forma directa y erudita de la felicidad, de los principios de “su felicidad” y de los pasos que se deberían seguir para alcanzarla.

Confío, nuevamente, que este número sea de vuestro agrado y que sirva para ahondar en el conocimiento y enriquecer la práctica clínica en salud mental infantil y juvenil.

Rubén D. Gualtero

Miembro del Consejo Directivo

El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública, desde un enfoque basado en la mentalización

ANGELINA GRAELL AMAT¹ Y GUSTAVO LANZA CASTELLI²

RESUMEN

Presentamos una propuesta terapéutica en un CDIAP (Centro de Desarrollo y Atención Temprana) centrada en la familia y teniendo como marco teórico de referencia la teoría de la mentalización. Nuestra intención es invitar a pensar en nuevos enfoques, más efectivos, en la atención del niño y su familia mediante la ilustración del abordaje que proponemos con un material clínico que analizamos detalladamente, en un momento en el que es cada vez mayor el número de niños con dificultades en el desarrollo, o con riesgo de padecerlas, atendidos en la red pública de atención temprana en Cataluña. **Palabras clave:** CDIAP, pequeña infancia, Terapia Basada en la Mentalización (MBT), trabajo centrado en la familia.

ABSTRACT

Working with parents in the early care, in the public institution, from a mentalization-based approach. We present a therapeutic proposal in a CDEC (Center for Development and Early Care) focused on the family and having the mentalization theory as a theoretical reference frame. Our intention is to make people think of new and more effective approaches in the child's and family's attention illustrating the approach that we suggest with a clinical material thoroughly analysed, in a moment when the number of children with difficulties in the development, or with the risk of suffering them, is increasing. These children were attended in the public network of early attention in Catalonia. **Keywords:** CDEC, early childhood, Mentalization-Based Therapy (MBT), work focused on the family.

RESUM

El treball amb els pares en atenció primerenca, a la institució pública, des d'un enfocament basat en la mentalització. Presentem una proposta terapèutica en un CDIAP (centre de desenvolupament i atenció precoç) centrada en la família i tenint com a marc teòric de referència la teoria de la mentalització. La nostra intenció és invitar a pensar en nous enfocaments, més efectius, en l'atenció del nen i de la seva família mitjançant la il·lustració de l'abordatge que proposem amb un material clínic que analitzem detalladament, en un moment en el que és cada vegada més gran el nombre de nens amb dificultats en el desenvolupament, o en risc de patir-les, atesos a la xarxa pública d'atenció precoç a Catalunya. **Paraules clau:** CDIAP, petita infància, teràpia basada en la mentalització (MBT), treball centrat en la família.

Introducción

Los niños no recuerdan haber recibido un sostén adecuado: lo que recuerdan es la experiencia traumática de no haberlo recibido.

D.W. Winnicott (1960)

Cataluña dispone de una amplia red de centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP) especializados en la atención integral de niños de hasta seis años de edad, que presentan dificultades y/o trastornos en su desarrollo, o que poseen riesgo de sufrirlos.

¹Psicóloga y Psicoterapeuta psicoanalítica (ACPP – FEAP). CDIAP DAPSI Sant Cugat (Barcelona). ²Psicoanalista y Psicoterapeuta (Federación Latinoamericana de Psicoterapia, World Council for Psychotherapy). Sociedad Psicoanalítica del Sur (Buenos Aires). Presidente de la Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización. Consulta privada. Contacto: gustavo.lanza.castelli@gmail.com y angelinagraell@gmail.com

Recibido: 8/3/18 - Aceptado: 31/7/18

Esta red está formada por 95 centros que se hallan extendidos por todas las comarcas de su territorio. De esta manera, se consigue dar atención a los niños desde su concepción hasta que cumplen los seis años, así como también a sus familias.

Durante el año 2017 se atendieron alrededor de unos 40.000 niños en todo el territorio. En la medida en que el volumen asistencial crece año tras año, se torna necesario instrumentar estrategias breves y focales que permitan optimizar los recursos de que disponen los distintos centros.

Uno de los ámbitos de actuación en el que se interviene se sitúa en el conjunto de acciones preventivas dirigidas a la primera infancia y a sus familias, con la finalidad de atender casos que requieren de una ayuda terapéutica puntual, en la medida en que no hay en ellos un trastorno del desarrollo en curso.

A los efectos de llevar a cabo un trabajo productivo en las condiciones mencionadas, se ha desarrollado en los últimos años un tratamiento, la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), que ha demostrado su notable eficacia, corroborada por estudios de seguimiento rigurosos (Bateman y Fonagy, 2006, 2008, 2009; Bateman, O'Connell, Lorenzini, Garner y Fonagy, 2016).

Por nuestra parte, si bien nuestro marco teórico es el psicoanálisis, que es nuestra guía en la comprensión clínica del caso, propondremos un trabajo que se basa, en gran medida, en la utilización de los conceptos y propuestas clínicas de la terapia basada en la mentalización. Teniendo en cuenta del poco tiempo de que se dispone en el ámbito de la atención temprana en la institución pública, este enfoque permite llevar a cabo un abordaje breve y focal.

Asimismo, a diferencia de aquellos enfoques terapéuticos que podríamos caracterizar como *centrados en el terapeuta* -en los que la actividad de este último se considera el factor eficaz principal en los cambios que puede lograr el niño a lo largo de un tratamiento-, proponemos un abordaje que tiene como objetivo trabajar con los padres, para promover que éstos sean partícipes necesarios y eficaces a los efectos de que dicho cambio tenga lugar.

En lo específico del trabajo *centrado en las familias*, entendemos que la promoción del mentalizar que podamos lograr con ellos incidirá de

manera provechosa en la relación consigo mismos y con sus hijos. De esta manera, se favorece la desactivación de círculos viciosos relacionales y la creación de círculos virtuosos que complementarán la tarea que el/la terapeuta realiza con el niño en las sesiones.

Teniendo en cuenta las condiciones de trabajo a las que hemos hecho referencia, puede ser de gran ayuda lograr que los pacientes incrementen su capacidad de mentalizar.

Cabe agregar que este enfoque no pretende lograr modificaciones estructurales ni calar hasta lo más profundo de la problemática de los pacientes, como podría hacerlo un enfoque de larga duración y orientación psicoanalítica. Sus objetivos son mucho más modestos y han sido sintetizados por Bateman y Fonagy de la siguiente forma: "ésta no es una terapia que busque lograr un cambio estructural en la personalidad, o que intente alterar cogniciones y esquemas (Young et al., 2003). Es más bien una terapia cuyo objetivo es optimizar las capacidades de mentalización y hacerlas más robustas y estables, de modo tal que el individuo esté más capacitado para resolver problemas y para regular estados emocionales (particularmente en las relaciones interpersonales), o al menos que se sienta más confiado al hacerlo. Nuestra intención con el paciente es promover una actitud mentalizadora hacia las relaciones y los problemas, instalar duda donde hay certeza y habilitar al paciente para que devenga cada vez más curioso acerca de sus propios estados mentales y los de los demás. Suponemos que, como resultado, serán alcanzados los problemas en el comportamiento atribuibles a limitaciones en el mentalizar" (Bateman y Fonagy, 2012, p. 274).

En lo que sigue nos proponemos caracterizar esta propuesta. Para ello desarrollaremos brevemente en primer término el *enfoque basado en las familias*. Posteriormente haremos una sinopsis del concepto *mentalización* e ilustraremos todo ello con el material clínico de una familia que fue tratada en un centro de atención temprana.

Trabajo centrado en la familia

En atención temprana trabajamos en un estadio del desarrollo sumamente sensible al

cambio. Nos encontramos frente a la personalidad emergente del niño, de tal modo que son múltiples las posibilidades y oportunidades que tienen los padres -así como sus pequeños- de producir cambios en su mundo psico-afectivo, que se despliega y crece día tras día.

Así pues, en la filosofía que subyace a este enfoque que proponemos, encontramos el convencimiento de que en la familia del niño con necesidades de Atención Temprana y en su entorno inmediato —en primera instancia sus padres—, podemos encontrar y potenciar los recursos y las competencias necesarias para generar lo que Perpiñán (2009), en nuestro país, dio en llamar un entorno competente para facilitar el desarrollo del niño.

Pero, ¿cómo hacerlo? ¿Cuál es el camino favorecedor de este tipo de trabajo que proponemos en el contexto de la atención temprana?

La mejor solución encontrada hasta el momento nos encamina hacia el enfoque de una práctica centrada en la familia, de la que afortunadamente ya contamos con una amplia fundamentación teórica y práctica y una extensa evidencia documentada (Dunst, Johanson, Trivette y Hamby, 1991). El objetivo primordial de la práctica centrada en la familia es el acompañar a sus miembros, dándoles herramientas para que puedan tomar, de forma autónoma, las decisiones más adecuadas en cada momento. Por lo tanto, proporcionar información directa y/o facilitar el acceso a las fuentes de información adecuadas deben formar parte de este enfoque.

Se trata de capacitar y de dar autoridad a las familias para que puedan actuar de forma efectiva dentro de sus contextos ambientales.

Cuanto más centrado esté el enfoque en la familia, más probabilidades habrá de que desarrolle sus fortalezas gracias a las prácticas de ayuda (en lugar de centrarse en corregir sus debilidades), de modo tal que tenga un mayor control personal y un mayor poder en la toma de decisiones. La práctica centrada en la familia se centra en las fortalezas y recursos que ésta tiene y que puede usar para lograr sus propios objetivos (Leal, 1999).

Si deseamos avanzar en la psicoterapia con padres y sus pequeños, debemos evitar el adoctrinamiento y el intento de promover el

acatamiento de los padres de nuestras recetas, lo cual no es efectivo en la mayoría de los casos. Guillem Salvador (2009) dice: “yo también pienso, desde un cierto sentido común, que si la familia es un *ámbito natural de solución de problemas*, sería razonable contribuir a que las familias encuentren sus soluciones desde ayudas que las hagan más saludables”. Y añade, más adelante: “crecemos orbitando alrededor de los padres, como señala Donald Meltzer (2000, 2005), pero a su vez los padres deben también orbitar mentalmente alrededor de los hijos”. Esto último guarda estrecha relación con el concepto de mentalización de Fonagy y la noción de que la capacidad de la madre para mantener a su hijo en mente hace posible, para él, descubrir su propia mente. En otras palabras, la capacidad de mentalización de la madre juega un papel crucial en el desarrollo de las capacidades de mentalización en el niño (Sadler, Slade y Mayes, 2006).

Mentalización

Si bien nuestro marco teórico consiste en una articulación entre mentalización y psicoanálisis, en este artículo nos focalizaremos de modo casi exclusivo -para la comprensión del material clínico y las intervenciones llevadas a cabo- en la teoría de la mentalización, que caracterizamos -de un modo sucinto- de la siguiente forma.

El concepto mentalización se refiere a una actividad mental, predominantemente preconsciente, muchas veces intuitiva y emocional, que permite la comprensión del comportamiento propio y ajeno en términos de estados y procesos mentales. En un sentido más amplio, alude a una capacidad esencial para la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (Slade, 2008).

También podemos definirla diciendo que este constructo se refiere a una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Estas operaciones incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, que forman un mecanismo interpretativo especializado. Este mecanismo está dedicado a la tarea de explicar y predecir

el comportamiento propio y ajeno mediante el expediente de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta (Gergely, 2003).

En tanto consideramos a dicho constructo como multidimensional, diferenciamos en él cuatro polaridades: mentalización del self y mentalización del otro; mentalización automática y mentalización controlada; predominio cognitivo y predominio afectivo; centrada en lo interno y centrada en lo externo (Fonagy y Luyten, 2010).

A su vez, cabría agregar que podemos diferenciar cuatro dominios en la capacidad de mentalizar: la capacidad para comprender la naturaleza de los estados mentales; la capacidad para comprender la mente propia; la capacidad para comprender la mente ajena; las capacidades de regulación, atencional, emocional y conductual.

En este trabajo, nos preguntamos respecto a la intervención del terapeuta con los padres. En un marco de seguridad como es el de la terapia, se ofrece a los padres un espacio en el cual, por medio de la palabra y la acción del terapeuta, se brinda un espacio seguro de contención (Bowlby, 1969) en el que podrán tener lugar nuevas formas de pensar y significar al niño, así como nuevas modalidades de vincularse con él. Esto implica modificar la mirada hacia el niño, resignificar sus síntomas, e ir desplegando nuevas estrategias de abordaje del conflicto de los padres con él, en un escenario en el que poco a poco las familias adquieran habilidades para poder mentalizar a sí mismos y a sus hijos adecuadamente (Lanza Castelli, 2014).

Por su parte, el terapeuta que mentaliza construye y reconstruye continuamente una imagen de la mente de los padres y del niño en su mente, para ayudarlos a entender qué es lo que sienten y por qué lo experimentan. De este modo, tanto el paciente como sus padres deben encontrarse a sí mismos en la mente del terapeuta (Bateman y Fonagy, 2012).

Material clínico

En el enfoque que proponemos trabajaremos

favoreciendo el incremento de la capacidad de mentalizar de los padres, lo cual se llevará a cabo mediante la puesta en juego de distintos tipos de intervenciones, que enumeramos a continuación:

- 1) intervenciones que buscan establecer una buena alianza terapéutica,
- 2) intervenciones de sostén o *holding*,
- 3) intervenciones de apuntalamiento,
- 4) intervenciones de modelado,
- 5) intervenciones para evaluar el desempeño mentalizador de los padres,
- 6) intervenciones que persiguen estimular la mentalización de éstos,
- 7) intervenciones que estimulan el protagonismo de los padres,
- 8) e intervenciones que invitan a desplegar el relato.

A los efectos de este artículo, diferenciaremos estos ocho tipos de intervenciones que iremos puntualizando en el material clínico que presentamos.

La viñeta clínica que aportamos se inscribe —tal como hemos dicho— en el trabajo terapéutico con padres en el marco de una institución pública. En este caso, por lo tanto, no pondremos el foco en los conflictos intrapsíquicos, aunque los tendremos en cuenta para construirnos una narrativa del caso. El enfoque que proponemos es una intervención centrada en la familia, breve y focal, centrada en el proceso y no en el contenido.

La formulación de un foco tiene carácter abierto, más o menos provisional, a la espera de que la experiencia progresiva de la relación con los padres nos vaya aportando la información necesaria para revisar (y eventualmente reformular) el área que vamos a trabajar.

En el caso que presentamos, los objetivos terapéuticos se centran en la relación padres-hijo y en las intervenciones tendientes a fomentar una actitud mentalizadora por parte de aquéllos, a los efectos de adentrarnos conjuntamente en la dimensión interna de su hijo Jan -su vasto mundo de deseos, sentimientos y pensamientos- y poder construir así un relato sobre su mundo interno.

Presentación del caso

Los padres de Jan, de 3 años y 4 meses de

edad, acuden al servicio de atención temprana de referencia remitidos por el colegio al que concurre el niño, por presentar éste problemas en el habla, dificultades de adaptación y actitudes de aislamiento. A ello se suman actitudes difíciles en el hogar, consistentes en rabietas más o menos recurrentes en distintas situaciones, junto con rechazo a salir de casa e ir al colegio, o a algún lugar nuevo.

La familia está compuesta por la madre, de 42 años, a la que llamaremos Helena, el padre, de 45, al que llamaremos Albert, y Jan, niño por el cual consultan.

Jan presenta una conducta preocupante en la escuela, consistente en una fuerte angustia de separación respecto de los padres en el momento en que lo dejan en el colegio, y unas intensas reacciones de angustia que cursan con llanto desesperado, ante situaciones o personas nuevas. Los padres observan esta inquietud y malestar desde que el niño tenía 12 meses, aproximadamente.

La madre, al cumplir los cuatro meses de la baja maternal, se incorporó al trabajo y fue el padre quien se hizo cargo de Jan en la casa, puesto que trabajaba desde su hogar.

A los 12 meses, Jan ingresó al jardín de infancia, donde no manifestó síntomas durante el proceso de adaptación. Los padres refieren que entraba y salía contento.

Los hábitos de alimentación y sueño han sido siempre adecuados para la edad.

El padre trabajó desde su casa durante el primer año de vida de Jan, y luego quedó en el paro, de modo que se ha quedado a cargo de él. La madre, que es arquitecta, está muy ocupada durante la semana, así como los sábados por la mañana entre trabajo y formación. Llega a la casa muy tarde, de tal modo que es el padre quien se hace cargo diariamente de Jan.

Jan es un niño que presenta un tono afectivo negativo, es poco risueño y posee una expresión de tristeza. Su lenguaje expresivo es inmaduro para la edad (mala oclusión por chupete, aspectos fonéticos y fonológicos alterados). Se observan elementos de ansiedad e inquietud a la hora de hablar. Habla entrecortado. Lleva los labios muy irritados y se lame con mucha frecuencia alrededor de los mismos, de modo que tiene una fuerte irritación en esa zona. Su

lenguaje comprensivo es muy adecuado, así como sus competencias cognitivas.

Su juego simbólico, en un inicio, es poco rico en representaciones simbólicas, a la vez que inhibido, por lo cual deja ver poco de él.

Primera visita diagnóstica

Acuden padre, madre y Jan. Voy a la sala de espera y me encuentro a un niño colgado del cuello de su madre, con un llanto desesperado. Es un llanto lleno de sufrimiento. Me acerco con delicadeza. La madre está sudando y muy agobiada. Le digo que si le parece, como veo al niño muy exaltado, podemos esperar un rato para entrar, a los efectos de que se calme y esté más tranquilo. Le parece bien y me retiro.

Al rato me acerco nuevamente; el llanto ha disminuido un poco. Le propongo a la madre entrar en la sala. Entra con Jan en brazos, llorando.

Me presento a Jan y le explico que tengo unos juguetes preparados para él y que la madre se quedará con nosotros en la sesión.

Al entrar en la sala, nuevamente se aferra muy fuerte al cuello de la madre y reinicia el llanto desesperado.

Le digo a la madre que veo que está siendo una situación complicada y que advierto que Jan sufre. La madre me dice que sí, que le ocurre poco, pero que en situaciones nuevas se pone así.

Al poco rato, llaman a la puerta y llega el padre. Jan sigue llorando y gritando.

La madre se muestra angustiada, como no sabiendo qué hacer. Le digo que es el primer día, y que iremos poco a poco, al ritmo de Jan.

El padre entra en la sesión, se miran con la madre pero no se dicen nada. Les veo perdidos, cómo no sabiendo manejar la situación.

T: ¿Qué os parece que podemos hacer?

Reflexiones. Una intervención de este tipo, por insignificante que pueda parecer, merece especial atención, puesto que sintetiza elementos esenciales del enfoque que planteamos en este artículo. Esta intervención ilustra aspectos del encuadre interno del terapeuta, centrado en una actitud mental que implica un respeto profundo hacia los padres, el cual se traduce en un “ponerse al lado” y no avanzar por delante de ellos, dándoles la oportunidad de que sean ellos

quienes puedan pensar qué creen que es lo mejor para su hijo. Para poder trabajar promoviendo desde el enfoque que proponemos, el terapeuta no debe ubicarse en un lugar de experticia, dominio y autoridad, “por encima de”, sino que debe ubicarse “al lado de” los padres. El terapeuta, desde este enfoque, promueve oportunidades para que sean los propios padres los que tomen sus propias decisiones y elecciones. Este tipo de intervenciones, vinculadas al encuadre interno —actitud mental del terapeuta—, persigue asimismo el objetivo de establecer una buena alianza terapéutica.

Al mismo tiempo, esta intervención también nos sirve para evaluar el modo en que los padres afrontan este tipo de situaciones, la forma en que les afectan emocionalmente, los recursos que ponen —o no— en juego para solucionar situaciones conflictivas como ésta, el modo en que se ajustan —o no— a las necesidades emocionales de su hijo, las capacidades que poseen para mentalizar al niño, etc. Así pues, la respuesta de los padres ante una intervención de este tipo será fundamental para que el terapeuta reciba un primer *feedback* de aquéllos, a partir del cual podrá ir regulando sus posteriores intervenciones.

Las intervenciones observables en esta primera escena son la 1, 5 y 7 del listado consignado con anterioridad: establecer una buena alianza terapéutica, evaluar las capacidades mentalizadoras de los padres y estimular el protagonismo de los padres.

M: Pues no sé... cuando se pone así...

P: [no dice nada].

Se hace un silencio, gobernado por el llanto de Jan. Les propongo que, si les parece, uno de los dos puede quedarse afuera con Jan, o salir a dar un paseo mientras yo hablo con el otro. Les digo que veo a Jan muy angustiado y que tal vez saliendo afuera un rato pueda calmarse.

Se miran y toman la decisión de que sea el padre quien se lo lleve y que la madre se quede conmigo.

Me acerco a Jan y le digo que lo veo llorando mucho y que se irá con el papá, mientras yo hablo con la madre. Le digo que yo lo esperaré. El padre me pregunta si tiene que volver. Le digo que según cómo lo vea, que yo estaré hablando con la madre y que si ve que Jan está

más tranquilo y puede aceptar entrar, aquí estaremos esperándolos.

Reflexión. Tal y como hemos comentado, la respuesta de los padres nos da un primer indicador de su desempeño mentalizador. En este caso, advertimos cómo aparece la impotencia de los mismos ante la escena descrita, ya que no despliegan recursos que ayuden a regular a Jan. Entonces, ¿quién va a regular a Jan en esa situación? Podríamos pensar que esta situación de desbordamiento emocional por parte de Jan y la falta de recursos de los padres para manejarse con este hecho puede ser algo que se repita también en otras ocasiones, quedando Jan a expensas de unos adultos de los cuales no tiene posibilidad de recibir contención, cosa que lo deja a merced del desborde de un sufrimiento emocional no regulado.

La acción por parte de la terapeuta consiste en hacer una propuesta, una indicación concreta, ejerciendo la función de sostén o *holding* —en el sentido Winnicottiano— tanto de los padres como de Jan. El primer instrumento con el que el terapeuta puede responder a una situación desbordada como la que se observa en la escena descrita es lo que Winnicott llamó *holding* (Winnicott, 1965).

La función de *holding* del analista a menudo adquiere una forma verbal, en el sentido de que sabe y entiende los miedos más profundos (Winnicott, 1963). A través del *holding* se crea un espacio psicológico regulado, que permite empezar a pensar conjuntamente en Jan.

Esta intervención también desempeña función de modelado, puesto que la terapeuta ofrece un “modelo” a los padres de cómo uno puede actuar en una situación conflictiva como la planteada en esta escena. Pero a la vez, se invita a los padres a que nuevamente sean ellos quienes elijan cuál de los dos se marchará afuera con Jan. Es decir, en el marco de una propuesta, seguimos en la misma línea planteada: un interjuego entre, por un lado, sostener y apoyar y, por otro, dar lugar a que el otro tenga protagonismo.

De nuevo podemos ver ilustrado en esta intervención un elemento esencial del encuadre del terapeuta en el trabajo centrado en la familia, que consiste en una actitud mental de flexibilidad. El terapeuta debe ir regulándose, y

regulando sus intervenciones en función de la respuesta de los padres.

La flexibilidad de la que hablamos implica el abandono de posicionamientos rígidos en los que el terapeuta se abraza a un marco teórico según el cual responde en una misma y única dirección. Apelamos a una modalidad en el que el terapeuta —obviamente sostenido por sus conocimientos, su experiencia y el trabajo sobre sí mismo— tiene varias posibilidades de intervención y posee la capacidad de *autorrectificarse* en función de la respuesta del paciente.

En este caso, instaurar una propuesta o un consejo redondeado en la forma que lo hizo la terapeuta tiene que ver con la flexibilidad de la que hablamos. Se trata entonces, de un trabajo conjunto de equipo: padres y terapeuta.

Las intervenciones observables en este caso son la 2, 3, 4 y 7 del listado ya mencionado: intervenciones *holding* (sostener a los padres y al niño emocionalmente y de manera adecuada) o contención; intervención de apuntalamiento; intervenciones de modelaje; e intervenciones que estimulan el protagonismo de los padres.

Hablo con la madre, y me comenta que son situaciones que se dan poco, pero que se angustia mucho en ellas, situaciones nuevas, o cuando no quiere salir de la casa. Me dice que le pasa mucho el no querer salir de la casa.

Le pregunto desde cuándo observan este malestar ante estas situaciones. La madre me dice que observa que esta inquietud y malestar se da desde hace un año y medio aproximadamente.

Reflexiones. Señalamos aquí la importancia de identificar cuándo empezó el síntoma. Todo lo que vayamos pudiendo advertir y desplegar nos ayuda a entender el caso.

Al poco rato, llaman a la puerta. Entra el padre con Jan andando. Le doy la bienvenida y le digo que parece que le ha ido bien poder salir un rato con el padre.

Le digo que a mí aún no me conoce, así que iremos conociéndonos poco a poco. Jan me mira y su contacto parece adecuado. Le digo que he estado hablando con la madre y que, si quiere, le he preparado unos juguetes para él. Se los muestro: la granja con los animales, un puzle y colores para pintar y dibujar. Le digo que todo esto es para él y que puede elegir lo que quiera.

Jan se va a la colchoneta con la granja y los animales. Mientras juega, hablo con los padres.

Reflexiones. En la línea de lo comentado más arriba, la terapeuta recibe a Jan como sujeto, al que recibe dándole la bienvenida y poniendo en palabras el cambio en su estado mental.

Parece que Jan se siente entendido y que hay alguien que se da cuenta que le ha ido bien irse un rato con el padre. La terapeuta le informa también de lo que pasó mientras él no estuvo y le brinda, además, la posibilidad de elegir, dándole —con estas intervenciones— el lugar de sujeto que le corresponde.

Identificaciones de las intervenciones observables en esta escena: intervenciones de modelaje respecto de los padres, que advierten la actitud del terapeuta de tomar a Jan como sujeto. El padre cuenta que durante el primer año de vida, antes de ir al jardín de infancia, Jan estuvo con él. Y en este contexto, dice:

P: Yo estaba cabreado, él bien.

T: ¿Por qué razón estabas cabreado?

P: Porque cada dos por tres estaba enfermo y yo le tenía en casa.

El padre me cuenta que él trabaja en casa o bien viaja (es arquitecto como la madre). La madre estuvo con Jan hasta los 4 meses, y luego el padre hasta los 12 meses de edad. Pero el padre estaba con el niño en casa trabajando. En el momento actual el padre está en el paro.

P: si no caminaba y no hablaba, todo era fácil, yo trabajaba y ya está.

P: Ahora todo lo contrario. Se está haciendo mayor.

Reflexiones. La pregunta de la terapeuta es una intervención enderezada a favorecer el despliegue. Es una intervención genérica que pretende no dejar material implícito y sin entender. Ayuda a que uno comprenda más allá del “titular”, e insta a que el padre haga un esfuerzo para que despliegue lo que acaba de decir. A partir de la respuesta del padre, se puede advertir cómo vivió la primera etapa de desarrollo de Jan. Ya en este inicio de sesión se puede entrever que el niño ha venido a entorpecerle su trabajo, a dificultarle su día a día. Se discierne la hostilidad del padre hacia Jan, por ejemplo, ante la molestia que le producía el que estuviera enfermo, en lugar de preocuparse por el hecho de que se enfermara.

Identificaciones de las intervenciones observables en esta escena: intervenciones que invitan a desplegar el relato.

En otro momento, el padre dice, respecto al lento proceso de adquisición del control de esfínteres “que no quería hacerse mayor”.

Reflexiones. Nos preguntamos quién es que no quería que Jan se hiciera mayor. Parecería que se trata de una proyección del padre que podríamos formular en estos términos: “Yo no quería que se hiciese mayor, porque si crece, protesta y requiere más de nuestra presencia, entonces molesta. En cambio, de bebé era tranquilo y no reclamaba”.

El padre realiza aquí una atribución de estado mental, interpreta la razón de ser que le costara el control de esfínteres. Desde nuestro punto de vista, cuando hay una atribución de estado mental nos preguntamos si se trata de una inferencia plausible o de una proyección. En función de lo que dijo en la intervención anterior (que él no querría que se hiciera mayor porque lo molesta), parece que estamos en presencia de una proyección.

El tipo de vínculo que establece el padre con Jan es de tipo *autocentrado*: le cabrea que se enferme porque eso le molesta a él; proyecta en lugar de mentalizar. No puede ver al hijo en sí mismo, sino en función del efecto que produce en él.

En otro momento de la entrevista, los padres cuentan que estas últimas semanas Jan explica que no quiere ir al colegio. Sin embargo, entra contento.

P: Mira, éste es el rango de cosas que no quiere hacer: colegio, comprar e ir a la calle y al parque.

T: Por lo visto, esto que señaláis os preocupa, pero el colegio os ha sugerido venir por el tema del habla.

M: Sí, en el colegio nos recomiendan venir por el tema del habla y también observan un poco de dispersión. Pero nosotros vemos que desde que pedimos la hora hasta hoy, ha hecho muchos avances en el tema del habla.

M: Ahora hace dos meses que no quiere ir al parque, que quiere ir a casa.

T: Creo que lo debemos tener muy en cuenta, porque es algo que os preocupa. Como también la reacción que ha tenido hoy aquí al venir, igual que en otras situaciones nuevas.

P: Sí, esto nos preocupa mucho.

Reflexiones. Las intervenciones de la terapeuta están dirigidas a trabajar para establecer una buena alianza terapéutica y de sostén; aun así, podríamos considerar que algo ha faltado en ellas, ya que hubiera sido interesante averiguar por qué les preocupa Jan. Pensamos que hubiese sido una buena ocasión para invitar a los padres a reflexionar sobre los motivos que le atribuyen a Jan respecto al no querer salir de casa. Ofrecemos un ejemplo de pregunta que podría haber sido muy pertinente en este caso: “¿ustedes suponen que hay algún motivo por el cual Jan no quiera salir?”. Esta intervención que proponemos busca estimular el mentalizar de los padres y, a la vez, evaluar su capacidad mentalizadora.

Identificación de las intervenciones observables en esta escena: en esta escena, la terapeuta apela al *holding*, tomando consciencia de aquello que preocupa a los padres y poniéndolo en palabras. También con este tipo de intervención se busca establecer una buena alianza terapéutica.

Después de las reflexiones, vemos que hubiesen sido adecuadas intervenciones que por un lado nos permitieran recibir de nuevo un *feedback* sobre el desempeño mentalizador de los padres —esto es, evaluar su capacidad para mentalizar— y, por el otro, estimular su capacidad de mentalizar a Jan.

Llega ya el final de la sesión. Acordamos las próximas visitas (tenemos Semana Santa de por medio). La madre me dice que irán de viaje y no sabe cómo hacerlo. Le pregunto qué es lo que le preocupa y me dice que no sabe si tienen que decirle que van a ir de viaje.

Le digo que creo que sí, que será bueno que unos días antes le expliquen a Jan dónde van a ir, si van a ir en avión, más o menos qué harán en el viaje, etc. Les digo que si pueden ver alguna fotografía del lugar al que van a ir, esto puede ayudar a Jan a hacerse una idea y a poder anticipar lo que serán sus vacaciones.

Me dirijo a Jan para decirle que me gustará que otro día vuelva a venir y que le tendré estos juguetes preparados. Acordamos con los padres un par de sesiones de juego con Jan. Les digo que la idea es que venga acompañado por alguno de los dos y que una vez aquí

iremos viendo si se puede quedar un ratito en la sala mientras ellos se esperan fuera o no. Finalmente, les comento que lo iremos haciendo en función de Jan y de lo que le sea necesario.

Reflexiones. El no saber qué hacer de la madre tiene que ver con que Jan no quiere salir y que se angustia ante los cambios. Pero igual lo llevarían de viaje, sólo que sin decírselo. O sea, se angustiaría igual, pero no habría podido anticipar lo que va a ocurrir.

Es notable que la madre no pueda darse cuenta que es mejor anticipárselo y hablarlo con él y escuchar qué le pasa. Llegados a este punto, constatamos que es muy grande la dificultad de la madre para darse cuenta que su hijo tiene una mente.

La intervención de la terapeuta, que en este caso se formula en una indicación concreta hecha a los padres tras su demanda, es muy importante, puesto que pone de manifiesto que Jan tiene una mente (“esto le puede ayudar a hacerse una idea y a poder anticipar”) y que es importante que ella tenga en cuenta esa mente que tiene su hijo.

Esta intervención reúne, de una forma muy sutil, dos aspectos que habitualmente tienden a disociarse: 1) dar un consejo; 2) favorecer el mentalizar. Aquí vemos cómo es equivocado creer que para ayudar a mentalizar hay que prohibirse aconsejar, aunque el paciente lo demande explícitamente y lo necesite, y poner ahí un interrogante. Si la terapeuta hubiese tomado otro camino, el de no responder con un consejo a la demanda de la madre, probablemente habría desamparado a esta madre y la habría dejado con su desconcierto respecto a su hijo.

Identificación de las intervenciones observables en esta escena: este tipo de intervención tiene la función de apuntalar a estos padres, a partir de una indicación o propuesta de actuación concreta; intervención que favorece el mentalizar de los padres; intervención de modelaje.

Conclusiones

En el presente artículo hemos pretendido ilustrar -mediante el análisis de un material clínico- un enfoque que consideramos que resulta de la mayor utilidad en el marco de la atención

temprana en institución pública, con todas las limitaciones de este contexto anteriormente mencionadas.

Hemos propuesto el abordaje de un caso desde la psicoterapia basada en la mentalización como un instrumento sumamente útil para facilitar a los padres que sean co-protagonistas del cambio psíquico en sus hijos.

Barudy (2005) sostiene que la sociedad tendría el deber de ofrecer a los padres y madres todos los recursos necesarios para que se capaciten parentalmente. Por nuestra parte, en este artículo hemos intentado ofrecer -en sintonía con la propuesta de este autor- un enfoque que busca ayudar a las familias a desarrollar sus fortalezas y recursos a través de albergar a sus hijos en mente, es decir, ayudarlos a mejorar su desempeño en el poder pensar a sus hijos desde un trabajo co-creativo: familia-terapeuta.

Creemos entonces que el poder poner el foco de trabajo en los padres -siempre que dicho abordaje esté indicado y sea posible- resulta de mucha utilidad, a la vez que ayuda a optimizar los recursos y a que perduren los cambios.

La psicoterapia basada en la mentalización nos brinda elementos técnicos de la mayor utilidad, a partir de los cuales es posible desplegar un modo de proceder con los pequeños y sus familias. Consideramos importante poder articular el modelo psicoanalítico con los recursos técnicos que nos ofrece el paradigma de la mentalización, de modo tal que ambos puedan complementarse de un modo productivo y efectivo en la atención temprana de los pequeños y sus familias.

Bibliografía

- Barudy, J. (2005). Familiaridad y competencias: el desafío de ser padres. En J. Barudy y M. Dantagnan. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Focus*, 158(2), 36-252.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment

- versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2012) Borderline Personality Disorder, en A. W. Bateman y P. Fonagy (Eds.). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T. y Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*, 16(1), 304.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M. y Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2010). Mentalization: Understanding borderline personality disorder. En T. Fuchs, C. Sattel y P. Henningsen (Eds.), *The embodied self. Dimensions, coherence, and disorders* (pp. 260-277). Stuttgart: Schattauer.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Menninger*, 67 (3), pp. 113-131.
- Lanza Castelli, G. (febrero, 2014). *Psicoterapia basada en la mentalización*. Trabajo presentado en el XV Congreso Virtual de Psiquiatría. com, Interpsiquis 2014.
- Leal, L. (1999). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. Madrid: Feaps. Recuperado de: <http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/bp-enfoque-familia.pdf>
- Meltzer, D. (febrero, 2000). *Sobre la formación de símbolos y la alegoría*. Conferencia final del Congreso de la EFPP, Florencia. Recuperado de: <http://www.gpbarselona.org/sobre-la-formacion-de-simbolos-y-la-alegoria/>
- Meltzer, D. (2005). Acerca de signos y símbolos, *Intercanvis*, 14. Recuperado de: <http://www.intercanvis.es/pdf/14/14-11.pdf>
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea
- Salvador, G. (2009). *Familia. Experiencia grupal básica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y Paidós.
- Sadler, L. S., Slade, A. y Mayes, L. C. (2006). Minding the baby: A mentalization-based parenting program. En J. G. Allen y P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp. 271-288). Hoboken, NJ, US: John Wiley y Sons Inc.
- Slade, A. (2008a). Mentalization as a Frame for Parent Work in Child Psychotherapy. En E. Jurist, A. Slade, y S. Bergner (Eds.), *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience And Psychoanalysis* (pp. 307-334). New York: Other Press.
- Winnicott, D. W. (1963). La dependencia en el cuidado del infante y del niño, y en el encuadre psicoanalítico. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 326-339). Barcelona: Paidós, 1992.
- Winnicott, D. W. (1965). *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioners Guide*. New York: Guilford.

El grupo terapéutico como motor del desarrollo

JOANA FERNÁNDEZ MIRÓ^{1A} Y CARME MASIP MARCOVAL¹

RESUMEN

Los tratamientos grupales proporcionan un marco privilegiado de trabajo para el estudio de la personalidad y para estimular el progreso evolutivo en los niños. Este artículo pretende describir la experiencia clínica en un grupo terapéutico de niños de entre cuatro y seis años con dificultades en el desarrollo, así como analizar las funciones e intervenciones de los terapeutas grupales. *Palabras clave:* grupos psicoterapéuticos, desarrollo, simbolización, lenguaje.

ABSTRACT

The therapeutic group as an engine of development. Group treatments provide a privileged framework of work for the study of personality and for the stimulation of the evolutionary progress in children. This article aims to describe the clinical experience in a therapeutic group of children between the age of four and six, having developmental difficulties, as well as to analyze the functions and interventions of group therapists.. *Keywords:* psychotherapeutic groups, development, symbolization, language.

RESUM

El grup terapèutic com a motor de desenvolupament. Els tractaments grupals proporcionen un marc privilegiat de treball per a l'estudi de la personalitat i per estimular el progrés evolutiu en els nens. Aquest article pretén descriure l'experiència clínica en un grup terapèutic de nens d'entre quatre i sis anys amb dificultats en el desenvolupament, així com analitzar les funcions i intervencions dels terapeutes grupals. *Paraules clau:* grups psicoterapèutics, desenvolupament, simbolització, llenguatge.

Introducción

El trabajo con niños que presentan dificultades en el desarrollo requiere conocer y comprender el proceso y la evolución en el desarrollo normal para poder estimular y favorecer el progreso. Coromines (1991) define la estimulación del desarrollo como “facilitar el progreso en la evolución del niño, suprimiendo o atenuando los efectos de las causas que lo dificultan y utilizando conductas que atraigan la colaboración del niño para conseguir nuevas etapas y realizaciones que el niño pueda integrar en su nivel evolutivo” (p. 79).

Desde un punto de vista psicoanalítico, exis-

ten múltiples modelos que intentan explicar el desarrollo del niño poniendo énfasis en diferentes aspectos de la diferenciación y la organización mental. Desde estos modelos, se entiende que cada etapa, fase o posición dentro del desarrollo se caracteriza por unas preocupaciones propias y unos contenidos esperables. Así, cuando el niño entra en una etapa, progresa dentro de ella hasta entrar en crisis para pasar a la siguiente (Sala, 2009). En este sentido, el estudio del desarrollo es inseparable de la comprensión de la construcción del Yo en un mundo interpersonal. De hecho, los estudiosos e investigadores de la psicología del desarrollo nos explican cómo los recién naci-

¹Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta ^AConsultas Externas de la Fundació Aspace Catalunya (Barcelona)

Correspondencia: jfernandezm@aspace.cat

Recibido: 8/2/18 - Aceptado: 3/9/18

dos están programados para responder activamente a las reacciones de sus padres y a los estímulos del ambiente, de tal manera que la conducta del bebé y la respuesta instintiva de los padres se combina en el periodo inmediatamente posterior al nacimiento para estimular el vínculo y el crecimiento mental (Brazelton y Cramer, 1998).

Así pues, la vida del ser humano empieza y se desarrolla dentro de las interacciones y de los grupos: empezando por la familia, después la escuela y los amigos. Dentro de estos círculos, el niño puede vivir interacciones diversas que aportan experiencia, comunicación y la posibilidad de madurar en su desarrollo. El uso de grupos con un propósito terapéutico se basa justamente en estas posibilidades (Torras, 1996); permiten una experiencia relacional orientada a mejorar la interacción y la comunicación y pretenden promover la evolución mental y emocional.

Manzano y Palacio (1993) describen una serie de particularidades de la psicoterapia grupal en niños. Se refieren a la situación grupal como un contexto facilitador de la interacción y comunicación entre los iguales, así como una ocasión privilegiada para su observación. Del mismo modo, especifican que el grupo suscita una angustia propia de la situación grupal que no se hace tan presente en las psicoterapias individuales. Este hecho facilita la aparición de las defensas que caracterizan el funcionamiento del niño. Todo esto le permite observar los sistemas de identificaciones y le ayuda a diferenciarse del otro. En esta misma línea, De Turelli (2006) afirma que el grupo permite al terapeuta observar en vivo el “cómo”, “cuándo” y “dónde” tienen lugar las situaciones angustiosas y las defensas y resistencias que el niño utiliza. Por lo tanto, podríamos afirmar que los grupos terapéuticos pueden constituirse como una herramienta de observación a la vez que generan situaciones de interacción que permiten la intervención terapéutica *in situ* de la experiencia relacional entre iguales.

En cuanto a la función de los terapeutas, Beà y Torras (1996) consideran que la función central del terapeuta en los grupos de niños en la primera infancia es mantener el interés y ayudar a encontrar temas comunes que motiven y

mantengan la atención focal. Por eso, resulta especialmente importante ir poniendo en palabras aquello que se hace y sucede en el grupo, así como ir reconociendo y verbalizando las emociones, sentimientos y formas de relación que se establecen entre los miembros. Estas autoras afirman que todo esto ayuda a los niños a descubrir las relaciones entre las experiencias, que van ganando un significado y constituyendo un conocimiento estructurado. De este modo, poniendo en palabras las experiencias emocionales, sensoriales y motrices, facilitamos la evolución hacia el pensamiento verbal.

En un artículo reciente, Maspons, Carreño, Fornells, Pérez y Artigue (2016) describen su experiencia en el tratamiento grupal de niños de un Centro de Desarrollo y Atención Precoz (CDIAP) con problemas de lenguaje y maduración emocional. Estos autores afirman que en este perfil de grupos, el lenguaje no verbal (principalmente la acción) es una de las partes más importantes de la comunicación grupal y entienden que la finalidad del grupo es ayudar a transformar las acciones en pensamientos y poderlas expresar en palabras. De esta manera, las intervenciones del terapeuta en las dinámicas grupales se tienen que basar en el aquí y ahora y, por lo tanto, estar centradas en el presente.

En este artículo se expone la metodología de trabajo en los grupos terapéuticos de niños de entre cuatro y seis años con dificultades en el desarrollo, cuyo principal objetivo es estimular y facilitar el progreso y la evolución en el funcionamiento mental y emocional del niño.

Marco de trabajo

El grupo terapéutico que analizaremos tuvo lugar durante un curso escolar en las Consultas Externas de la Fundació Aspace Catalunya con una frecuencia quincenal y una hora de duración. Éste estaba constituido por seis niños de entre cuatro y seis años y dos terapeutas. A menudo, los niños dados de baja del CDIAP por edad con signos claros de retraso en el desarrollo y sin un trastorno mental o clara psicopatología asociada, integrados en escolarización ordinaria, quedan en una situación de mayor vulnerabilidad por la disminución de la atención

interdisciplinar que caracteriza a los estos centros. Por esta razón, se iniciaron los grupos de atención psicológica con este perfil de niños en nuestro centro.

Los niños que acuden a las Consultas Externas de Aspace son derivados por los CDIAPs o Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CS-MIJ), así como a través de los pediatras de las Áreas Básicas de Salud (ABS), por sospecha o antecedentes de trastornos del neurodesarrollo o factores de riesgo neurológico. Después de una primera visita médica y exploración neurológica, se realiza en muchos de los casos una valoración psicológica y neuropsicológica para ayudar en la elección del tratamiento. En algunos niños se realiza la indicación de grupo terapéutico, sobre todo en aquellos en los que predomina una dificultad en la interacción o en los casos en los que la sintomatología o funcionamiento mental puede interferir en la comprensión y la relación con los iguales. El grupo que se expone en este trabajo pretendía agrupar a niños con un diagnóstico de Retraso Evolutivo o Trastorno en el Desarrollo Cognitivo según la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT), o bien Retraso Mental según la Clasificación Diagnóstica CIE-10. Se hacía necesario un cierto nivel cognitivo que les permitiera entender la situación y las consignas de grupo, pero no se consideraba un requisito la presencia de lenguaje ni de pensamiento simbólico. La mayoría de niños con estas características son aptos para la técnica de tratamiento grupal.

El objetivo principal de estos grupos es, como ya se ha comentado, facilitar la evolución en el funcionamiento mental y emocional del niño. Además, y de forma específica, estos grupos pretenden también ayudar al niño a diferenciarse y separarse del otro para favorecer el proceso de diferenciación-individuación, así como estimular el proceso de simbolización y las relaciones de objeto. Estos objetivos son de especial relevancia para aquellos niños con un retraso en el lenguaje como los de nuestro grupo.

En los grupos terapéuticos de niños, el juego, la conversación y el dibujo son los medios más usados y, a su vez, los hilos conductores de las sesiones. La actividad de juego no tiene un fin lúdico sino que es un medio para conseguir

otros niveles de verbalizaciones más integrados en el psiquismo. Las sesiones del grupo que analizamos en este trabajo se estructuraban en tres momentos diferenciados. El primer momento está dedicado al saludo y a recoger las aportaciones espontáneas de los niños. En el caso de este grupo específico, este momento era de muy breve duración, dado el bajo nivel de lenguaje de sus integrantes. Si en el curso del tratamiento había alguna ausencia que fuera conocida con anterioridad, era también en este primer momento cuando se anunciaba y se explicaba el motivo. También se comentaban las ausencias de causa desconocida, aprovechando la ocasión para explorar las fantasías de los niños sobre tal ausencia o las ansiedades que pueden emerger (Coromines, Farré, Martínez y Camps, 1996). El segundo momento de la sesión se dedicaba al dibujo libre con folios, lápices y goma de borrar. En tercer lugar, un espacio de juego libre en el que se utilizan piezas de goma de construcción, material de ensambladura estilo Lego, muñecos representativos de figuras masculinas, femeninas, niños y bebés, así como animales. La sesión finalizaba mirando todos juntos el calendario para señalar el siguiente día de grupo, con la finalidad de establecer puentes hacia la próxima sesión. Esta división de las sesiones en tres partes diferenciadas tenía como objetivo facilitar un marco que diera estructura y sentido a las actividades desarrolladas en el grupo, atendiendo a las características y particularidades de este perfil de niños.

Por edad y funcionamiento mental, estos niños presentan un desarrollo yaico todavía precario, que dificulta la espontaneidad, y pueden dispersarse con facilidad o perder el interés por sus propias propuestas. Así, se pretende ayudar a los niños a comprender mejor el contenido de las sesiones y a participar de la actividad.

Material derivado del trabajo de grupo

La experiencia y el análisis del material clínico, así como la buena evolución de los pacientes que participaron en este tratamiento, nos ha permitido reflexionar sobre las funciones de los terapeutas en los grupos de niños con dificultades en el desarrollo del lenguaje

y la simbolización. A continuación, establecemos una categorización de las intervenciones y señalamientos de los terapeutas fruto de dicha reflexión, acompañados de ejemplos clínicos (1):

- Explicar o dar información del *setting* o del marco externo.
- Estimular el recuerdo y la memoria.
- Ofrecer un modelo de aprendizaje.
- Favorecer la percepción de lo que está pasando, tomar conciencia.
- Facilitar, reconocer e integrar las emociones.
- Reforzar la percepción de la presencia del otro.
- Estimular el pensamiento simbólico.
- Proporcionar una experiencia emocional y relacional diferenciada y comprensible.

Las dos primeras funciones descritas están íntimamente relacionadas, de forma que una intervención que pretenda dar información del *setting* o marco externo puede tener a la vez el objetivo de estimular el recuerdo y la memoria. Aún así, las hemos establecido de forma diferenciada, puesto que pensamos que es importante considerarlas por separado cuando trabajamos con este perfil de niños con más dificultades en el ámbito cognitivo. Las intervenciones que pretenden dar información del *setting* o marco externo son las que explican o recuerdan las características del encuadre que se describen en la primera sesión de grupo, así como la información que conocemos de los espacios externos de los niños. Por otro lado, las intervenciones que pretenden estimular el recuerdo y la memoria en niños con carencias cognitivas y déficits en los aprendizajes son aquellas que tienen por objetivo integrar y establecer conexiones entre el momento presente, hechos acontecidos en el pasado y futuros acontecimientos.

Daniel coge el lápiz con el puño, hace un rectángulo con una ralla en medio y se queda mirando a la terapeuta, que le dice "¡ala! ¿Qué has dibujado, Daniel?". Él no contesta, solamente enseña el dibujo y le volvemos a preguntar "¿y qué podría ser esto que has dibujado?". Valeria se fija en el dibujo y dice "¡fumbol". La terapeuta lo recoge: "Mira, Daniel, a Valeria le parece que podría ser un campo de fútbol". Éste hace que sí con la cabeza e intenta dibujar un

círculo diciendo que es la pelota. La terapeuta le recuerda "¡anda! Como Cristian, que el otro día dibujó un campo de fútbol con los jugadores. Quizás tú te has acordado, Daniel", pero no contesta. Una de las terapeutas señala que Cristian no ha venido hoy al grupo y muestra la silla donde normalmente se sienta, mientras pregunta al resto de niños si se acuerdan de él. Alex lo mira desde la distancia, Valeria dice que sí y Daniel no dice nada.

Respecto a la función del terapeuta como modelo de aprendizaje, es bien sabido que en muchas ocasiones podemos llegar a representar un modelo de identificación para nuestros pacientes. Con el perfil de niños que nos ocupa, queremos hacer referencia a aquellas ocasiones en las cuales el terapeuta de grupo se ofrece intencionadamente y de forma activa como modelo cuando se hacen más evidentes las carencias o deficiencias, con el objetivo de favorecer la evolución y el aprendizaje. En este sentido, entendemos que en este perfil de grupos el terapeuta debe tener un papel más activo y, en ocasiones, tener en mente un objetivo a su vez pedagógico. En la práctica clínica encontramos un ejemplo en aquellas ocasiones en las que los terapeutas modelamos el dibujo de figuras básicas, como el círculo para hacer una cara o el cuadrado para la casa, con nuestro dedo sobre el papel, con el objetivo de fomentar la representación gráfica y simbólica en el dibujo de sus propias ideas. También podemos señalar otro ejemplo cuando repetimos el habla de los niños con la finalidad de mostrarnos como modelo sin poner ningún énfasis en el error.

Daniel dibuja círculos uno encima de otro. Parece que se quedado absorto por el sonido del lápiz rozando sobre el papel. La terapeuta le pregunta qué dibuja, y Daniel contesta que son rayas. La terapeuta insiste, "¿qué nos podríamos imaginar que son estas rayas?" y Daniel la mira y dice "cabellos". "¿Cabellos?" le pregunta la terapeuta, "¿cabellos de quién? ¿Quién tiene estos cabellos?" y contesta "el Daniel", mientras sigue haciendo garabatos. La terapeuta le señala entonces que al dibujo le falta la cara, los ojos y la boca mientras los traza con el dedo sobre el dibujo de Daniel. Finalmente, el niño intenta hacer con dificultades un círculo donde introduce otros dos círculos como ojos y una línea curva

de boca. La terapeuta afirma “¡qué bien! Ahora sí que se ve claro que es Daniel” y le señala las partes de la cara que ha dibujado.

Seguidamente, en el listado de funciones de los terapeutas, aparecen tres puntos que hacen referencia a facilitar la toma de conciencia de las actuaciones, los estados internos y la presencia del otro. En este sentido, se pretende favorecer la percepción de lo que está pasando en el momento presente, y para ello ponemos en palabras las acciones, describimos lo que se observa en un espacio determinado y fomentamos la capacidad reflexiva de los niños preguntándolos a ellos mismos por sus percepciones. Por otro lado, se intenta facilitar el reconocimiento y la integración de las emociones de los niños poniéndolas en palabras, prestando atención a las expresiones y estableciendo relaciones y puentes entre el juego o el dibujo con aquello sucedido en otros momentos. Además, con el fin de fomentar la percepción de la presencia y diferenciación del otro, en el grupo se hacen intervenciones centradas en remarcar y señalar lo que hacen los diferentes niños en la sesión. Se pone atención al juego o dibujo de cada niño, así como se intenta fomentar y señalar la capacidad para la atención compartida. Dicho de otro modo, el terapeuta debe ser capaz de ejercer la función reflexiva que Fonagy entiende como una función materna con la finalidad de fomentar la capacidad de mentalización de los niños (Fonagy, 1999).

Valeria coge los animales de la caja de juegos y empieza a colocarlos de forma amenazante delante de la casa que ha construido Alex mientras gruñe. Una de las terapeutas exclama “ay, ay, ay... qué harán estos animales...” mientras Alex y Valeria ríen. Entonces Alex coge también animales de la caja y hace lo mismo, los coloca cerca de la construcción de Valeria haciendo ruidos amenazantes. Valeria empieza a sollozar y la terapeuta le pregunta afectuosamente “¿qué ha pasado, Valeria?”. Ésta señala a Alex, que se queda perplejo. La terapeuta explica lo que ha observado en la interacción: “Valeria, tú estabas poniendo los animales cerca de la casa de Alex y él ha querido jugar contigo y ha colocado sus animales cerca de tu casa, ¡y esto a ti no te ha gustado!”, mientras Alex se afana en retirar los animales y Valeria se va calmando poco a poco.

En esta viñeta clínica y en las anteriores, las terapeutas intentan ir poniendo en palabras lo acontecido en la sesión nombrando las acciones y emociones que observan y suponen de los participantes con la finalidad de hacer más comprensible la interacción, así como facilitar el reconocimiento y la integración de las emociones.

Hemos señalado ya la importancia de la estimulación del pensamiento simbólico como uno de los objetivos principales de este perfil de grupos. De hecho, este aspecto se encuentra presente en muchas de las intervenciones realizadas por las terapeutas. Podemos encontrar muchos ejemplos en las viñetas clínicas en las demandas de las terapeutas a los niños para que atribuyan un contenido más allá del concreto a los dibujos o al juego que realizan.

Por último, las intervenciones de los terapeutas también pretenden proporcionar a los miembros del grupo una experiencia emocional y relacional diferenciada y comprensible. En algunos momentos, los niños con dificultades y retrasos evolutivos pueden percibir la diferencia respecto a su grupo de iguales o presentar muchas dificultades en la comprensión de las interacciones en entornos ordinarios. Así pues, el grupo terapéutico pretende también proporcionarles un espacio donde experimentar situaciones emocionales y relacionales comprensibles para sí mismos. Por ello, los terapeutas debemos esforzarnos en poner en palabras no sólo aquello que sucede en el grupo sino también lo que suponemos que piensan y sienten sus integrantes, con el fin de hacer comprensible la interacción y la relación para los niños.

Conclusiones

En este trabajo hemos pretendido hacer una revisión de la literatura sobre el trabajo psicoterapéutico grupal con niños, así como describir nuestra experiencia clínica con grupos de niños con dificultades en el desarrollo. Todo ello nos ha permitido establecer una categorización de las intervenciones y señalamientos que realizan los terapeutas en los grupos, nacida de la reflexión sobre el material y la experiencia clínica.

En Aspace, trabajamos con niños con perturbaciones muy tempranas, tanto en el crecimiento cerebral/mental como en las primeras interacciones. Por todo ello, es de relevancia en el trabajo con este perfil de niños tener muy presentes aspectos del funcionamiento mental más arcaico, así como conocer y tener en cuenta de forma individual en cada integrante del grupo los aspectos biográficos, la patología neurológica asociada y el nivel de funcionamiento mental y evolutivo en el que se encuentra cada uno. Así, lo que en algunos momentos consideramos un avance en el desarrollo de un niño lo podemos señalar como regresión en otro y viceversa. Todo esto nos lleva a pensar en el terapeuta como un acompañante y facilitador en la adquisición de nuevas etapas en el desarrollo. Esto estaría estrechamente vinculado al concepto descrito por Vygotsky (1978) como la *Zona de Desarrollo Proximal* y que hace referencia a aquellas tareas que son para el niño demasiado complejas para dominarlas solo, pero que pueden conseguir con la guía y el estímulo de un compañero o referente más habilidoso. Por lo tanto, si nos basamos en este concepto, el terapeuta debe tener siempre muy presente el desarrollo cognitivo y emocional de cada niño con la finalidad de trabajar en su nivel evolutivo y, a su vez, ayudarlo y empujarlo a ir más allá de lo que ya sabe, de lo que ya conoce, siempre dentro de sus competencias. Este equilibrio entre aquello que se ha adquirido e integrado en el funcionamiento y aquello a lo que se puede llegar acompañado es siempre difícil de encontrar en un marco tan cambiante y dinámico como es el desarrollo.

Notas

(1) Los datos que constan en las viñetas clínicas son fruto de la transformación de los nombres y otros datos de relevancia con la intención de mantener el anonimato de los participantes.

Bibliografía

- Beà, N. y Torras, E. (1996). Con los más pequeños. En E. Torras de Beà, *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*, (pp. 86-98). Barcelona: Paidós.
- Brazelton, T. B. i Cramer, B. G. (1998). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.
- Coromines, J. (1991). *Psicopatologia i Desenvolupament Arcaics. Assaig psicoanalític*. Barcelona: Espaxs.
- Coromines, J., Farré, L., Martínez, M. y Camps, N. (1996). *Psicoterapia de grupo con niños. Una experiencia de psicoterapia psicoanalítica aplicada a la enuresis*. Barcelona: Paidós.
- De Tourelli, G. H. S. (2006). El grupo psicoterapéutico. Consideraciones sobre sus posibilidades diagnósticas. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, (8), 27-34.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana ODAT*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Revista de psicoanálisis*, (3), 89-111.
- Manzano, J. y Palacio, F. (1993). *Las terapias en psiquiatría infantil y en psicopedagogía*. Barcelona: Paidós.
- Maspons, G., Carreño, A., Fornells, C., Pérez, M. y Artigue, J. (2016). El lenguaje y la maduración emocional, ¿Cómo lo trabajamos en grupo? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, (27), 39-48.
- Sala, J. (Ed.). (2009). *Psicoteràpia focal de nens. Una aplicació del model psicoanalític a la Xarxa Pública*. Barcelona: Grup del Llibre.
- Torras de Beà, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Vygotsky, L. (1978). *Interaction between learning and development. In mind in society*. Cambridge: Harvard University Press.

Enfoques psicoterapéuticos en entorno hospitalario en edad de desarrollo. De la urgencia a la enfermedad crónica*

STEFANO COSTA^{1A}, ALESSANDRA MANCARUSO^{2A} Y LORENZO GIAMBONI³

RESUMEN

El trabajo de cribado psicodiagnóstico que se puede realizar en un hospital permite conectar con diferentes pacientes con trastornos psicopatológicos que de otro modo difícilmente habrían entrado en contacto con los servicios de salud mental. El objetivo de este trabajo es describir algunas experiencias de evaluación y proyectos terapéuticos activados por la unidad hospitalaria de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad Evolutiva en colaboración con varios departamentos hospitalarios de la Unidad de Salud Local de Bolonia. **Palabras clave:** cribado, hospital, unidades hospitalarias, adolescentes, enfermedades intestinales inflamatorias crónicas, amputaciones, psicodiagnóstico.

ABSTRACT

The psychotherapeutic focus in the hospital environment in the developmental age. From urgency to chronic disease. The psychodiagnostic screening that can be performed in a hospital allows engaging with patients who suffer from psychopathological disorders; patients who wouldn't otherwise get in touch with mental health services. The objective of this work is to describe some evaluation experiences and therapeutic projects activated by the Hospital Unit of Psychiatry and Psychotherapy of the Evolutionary Age in collaboration with several hospital departments of the Local Health Unit of Bologna. **Keywords:** screening, hospital, hospital units, adolescents, chronic inflammatory bowel diseases, amputations, psycho-diagnosis.

RESUM

Enfocaments psicoterapèutics en entorn hospitalari en edat de desenvolupament. De la urgència a la malaltia crònica. El treball de cribratge psicodiagnòstic que es pot realitzar en un hospital permet connectar amb diferents pacients amb trastorns psicopatològics que d'una altra manera difícilment haurien entrat en contacte amb els serveis de salut mental. L'objectiu d'aquest treball és descriure algunes experiències d'avaluació i projectes terapèutics activats per la unitat hospitalària de Psiquiatria i Psicoteràpia de l'Edat Evolutiva en col·laboració amb diversos departaments hospitalaris de la unitat de salut local de Bolonya. **Paraules clau:** cribratge, hospital, unitats hospitalàries, adolescents, malalties intestinals inflamatòries cròniques, amputacions, psicodiagnòstic.

Introducción

El hospital ofrece diversas posibilidades para detectar situaciones psicopatológicas e implementar acciones terapéuticas de valor psicoterapéutico. Ejemplos de ello son las enfermedades

crónicas en la edad de desarrollo y las posibles colaboraciones con los servicios de primeros auxilios y los pabellones que acogen a jóvenes en situación de urgencia, como consecuencia, por ejemplo, de un traumatismo.

El trabajo de cribado psicodiagnóstico que se

* Una versión anterior de este trabajo fue presentada en el 43º Congreso de la SIPM (Sociedad Italiana de Psicoterapia Médica), La dimensión psicoterapéutica en el cuidado de la salud, Chieti, 9-11 Junio, 2016

¹Neuropsiquiatra infantil; ²Psicóloga; ³Profesor Adjunto de la Universidad de Bolonia

^AUnidad Hospitalaria de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad del Desarrollo - AUSL de Bolonia

Contacto: stefano.costa@ausl.bologna.it

Recibido: 3/4/18 - Aceptado: 13/9/18

puede realizar en un hospital permite conectar con diferentes pacientes con trastornos psicopatológicos, niños y adolescentes, que de otro modo difícilmente habrían entrado en contacto con los servicios de salud mental, pero que probablemente habrían seguido presentando situaciones de sufrimiento o verdaderos trastornos y utilizando los servicios de salud, a menudo de forma inadecuada.

En particular, con respecto a los adolescentes, es importante considerar que existen contextos en la red de servicios sociales y de salud donde el acceso es frecuente para los jóvenes en situación de riesgo y donde, por lo tanto, es posible interceptar a tiempo la presencia de aspectos psicopatológicos. Además, se sabe que es difícil adherir a los adolescentes con trastornos psicopatológicos y conducirlos a emprender un camino de evaluación y posible vinculación.

La Asociación Americana de Psicología (APA) declaró en 2008, en este sentido, que la falta de servicios dedicados a la acogida y la transición de los adolescentes a los servicios para adultos puede tener un impacto negativo en los jóvenes, las familias y las instituciones no capacitadas y mal equipadas para la atención, citando hasta un 70 % de interrupción de los tratamientos (APA, 2008).

Según Singh (2009), la desvinculación de los servicios de salud mental es, en la mayoría de los casos, el mayor problema con los adolescentes socialmente aislados y el mayor riesgo de interrupción del tratamiento. Por lo tanto, los más vulnerables corren un mayor riesgo de que se interrumpa el tratamiento. Los jóvenes tienden a colaborar menos con los médicos acerca de su propio tratamiento porque muchos sienten que no tienen la oportunidad de expresar una opinión sobre los cuidados que reciben.

En las Unidades de Primeros Auxilios hay muchas investigaciones clínicas que han estudiado las autolesiones, los cortes autoinfligidos, los accidentes y los intentos de suicidio en las Unidades Hospitalarias de Medicina de Urgencias, también a cargo de menores. El trabajo de Borges y sus colaboradores (Borges y Rovosky, 1996; Borges et al., 2004), por ejemplo, destaca cómo los adolescentes no siempre

recurren a los servicios de salud mental, sino que pasan de un servicio a otro durante mucho tiempo utilizando una escalada de síntomas y comportamientos de riesgo.

Chun, Katz, Duffy y Ruth (2015) señalan un "aumento dramático en el número de jóvenes que se presentan a urgencias para recibir atención psiquiátrica". El aumento en las visitas por problemas de salud mental se define como una "oleada estelar" en las últimas décadas, alcanzando un 25 % - 50 % en las consultas pediátricas y un 5 % en las consultas pediátricas de urgencia.

Para estas situaciones, los autores afirman que sería necesaria una evaluación y un tratamiento adecuados (evaluación de riesgos, implicación de la familia y otros adultos de referencia, estrategias de desescalada, etc.), pero desgraciadamente la mayoría de los niños y adolescentes en situaciones de crisis psiquiátricas no reciben este tipo de tratamiento.

El Servicio de Primeros Auxilios (PA) y los departamentos que reciben situaciones de urgencia se convierten en lugares privilegiados para la recepción de estos jóvenes y la realización de un diagnóstico inicial.

Otra área de interés son las enfermedades crónicas en niños. Esta afección representa un factor de riesgo significativo desde el punto de vista psicológico: muchos autores encuentran que en la población de niños con enfermedades crónicas, la incidencia de trastornos psicopatológicos es mayor que en la población general, con estimaciones que van desde el 15 % (contra el 6 % de los controles), según Ajuriaguerra y Marcelli (1990), hasta otras que indican porcentajes de hasta el 60 % (Engstrom, 1991a, 199b; Engstrom y Lidquist, 1991). La vida mental de un niño con una enfermedad crónica corre el riesgo de organizarse en torno a la realidad traumática de la enfermedad, especialmente si el entorno familiar, debido a la ansiedad o a la excesiva solicitud o a las repetidas prohibiciones, refuerza las limitaciones objetivas vinculadas a la patología.

Durante el período inicial del diagnóstico, los cambios en el equilibrio familiar son intensos y rápidos, con un frecuente primer período de shock y reacciones depresivas. La gran mayoría de los estudios coinciden en la extrema

importancia de las reacciones familiares en el equilibrio del niño enfermo: las consecuencias psicológicas reactivas de la hospitalización y de la enfermedad están relacionadas con el significado que ésta adquiere en el mundo emocional de los padres y del niño (Bollea, 1980). Las enfermedades intestinales inflamatorias crónicas (EIIIC) son un ejemplo importante de ello: varios estudios en el extranjero han confirmado la presencia de altos niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima en niños con EIIIC, subrayando una correlación entre la gravedad del trastorno y la intensidad de estos síntomas psicológicos. También se ha demostrado que el curso de la enfermedad intestinal crónica es peor en pacientes con aspectos depresivos, además de tener una influencia negativa en la calidad de vida general de los niños (Graff, Walker y Bernstein, 2009).

Otro elemento reportado en la literatura, dentro de las dificultades conductuales y emocionales de estos niños, es la presencia de un bajo nivel de autoestima con problemas tanto con respecto a su imagen corporal, como con respecto a su familia (Markner, Crandall y Slighthy, 2006). Otros estudios sobre las familias de niños con EIIIC muestran un alto nivel de estrés, particularmente en las madres, y dificultades en la dinámica intrafamiliar (Engstrom, 1991a, 199b; Engstrom y Lidquist, 1991).

Las malformaciones craneofaciales en edad de desarrollo son también ámbito de estudio en este campo. Algunos trabajos han demostrado que los padres de niños con labio leporino (LL) reportan que sus hijos son más tímidos e inhibidos hacia las relaciones sociales que sus iguales. Esto conlleva a que los padres muestren una actitud más tolerante con el comportamiento de sus hijos. Algunos padres LL no sólo son más protectores, sino también más afectados por el estrés, la depresión y la ansiedad. Se ha señalado que las familias raramente discuten la condición del niño y que el problema a menudo sólo surge durante las visitas médicas con los equipos clínicos (Tobiasen y Hiebert, 1984; Clifford, 1987).

Recientemente, Morell (2017) ha abordado la intervención psicológica a favor de los niños en situación terminal, subrayando el papel de la buena comunicación.

Farré y Mir (2005) describen un sistema de intervención con equipos de salud para mitigar la fragmentación ante el impacto de las ansiedades que revelan el proceso de curación de la enfermedad en niños y adolescentes.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es describir algunas experiencias de evaluación y proyectos terapéuticos activados por la unidad hospitalaria (UH) de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad Evolutiva en colaboración con varios departamentos hospitalarios de la Unidad de Salud Local (Azienda Unità Sanitaria Locale, AUSL) de Bolonia (Pediatría, Medicina de Urgencias, Ortopedia, Rehabilitación, Cirugía Maxilofacial) (Giamboni y Costa, 2011; Mancaruso, Giuliani, Chiodo, Costa, Poggioli y Rigon, 2006).

Entre los elementos de mayor interés se encuentra también mostrar cómo la presencia de personal médico y psicológico atento a los aspectos psicoterapéuticos en el hospital ha tenido, a lo largo de los años, un efecto progresivo y gradual de “contaminación”, que ha llevado con el tiempo a activar nuevas y diferentes formas innovadoras de colaboración con diferentes departamentos del hospital.

Material y método

Se presentan brevemente experiencias, algunos datos numéricos y modelos de intervención de la Unidad Hospitalaria (UH) de Psiquiatría y Psicoterapia de la Edad del Desarrollo (PPED) con respecto a las siguientes áreas: primeros auxilios, ortopedia y rehabilitación, pediatría y cirugía maxilofacial.

La UH PPED comienza a funcionar en el Hospital Mayor del AUSL de Bolonia en el 1999 con consultas diarias ordinarias al Servicio de Urgencias Generales y Pediátricas y a los servicios de acogida de menores; la media es de dos consultas por semana. A partir de esta relación formalizada de consultoría, se han ido ampliando progresivamente las formas de colaboración-intervención que se describirán.

Primeros auxilios

El proyecto implementado preveía la presencia

de un psicólogo en el área de cribado de Primeros Auxilios Generales en una franja horaria específicamente pensada para acoger jóvenes en situación crítica potencialmente vinculada a aspectos psicopatológicos. La actividad del Servicio de Atención a la Juventud de Primer Auxilio (PA) (Pietrocola, Costa y Giamboni, 2014) se desarrolla los sábados y domingos por la mañana de 5.00 a 10.00 horas. El psicólogo se encuentra en el área de cribado donde escucha y observa la forma en que se produce la petición de ayuda del joven. A continuación, propone una conversación destinada a explorar no sólo el síntoma que ha llevado al joven a PA, sino también el contexto emocional en el que vive. Explora las actividades, proyectos y relaciones del joven con sus compañeros y la familia, evaluando sus recursos psicológicos y su nivel de ansiedad y depresión. Al final de la primera entrevista, el psicólogo propone al adolescente que vuelva a PA unos días más tarde, para que pueda hablar de sus experiencias en un momento en el que ya no se encuentra en una fase traumática aguda, pero el recuerdo del suceso está todavía muy presente en su memoria. Dependiendo de la especificidad de la situación clínica, los adolescentes regresan al PA para un máximo de cinco encuentros. En algunos casos, algunos adolescentes solicitan continuar con las entrevistas psicológicas; en los casos de menores con un trastorno psicopatológico reconocido, se activan los servicios competentes.

Resultados. Durante el período de octubre de 2011 a octubre de 2012, 170 adolescentes fueron atendidos durante el período de las 5 a.m. a las 10 a.m., 137 de los cuales aceptaron participar en la entrevista psicológica. La mayoría de los chicos entrevistados son hombres (65 %) y pertenecen al grupo de edad de 18 a 22 años (35 %). El 39 % de los pacientes acuden dos veces a PA y el 25 % tres o más veces. Los jóvenes llegan a PA principalmente por abuso de alcohol (43 %), accidentes de tráfico (37 %) y traumatismos por peleas (36 %). Analizando la descripción del accidente, se observa que, en el 70 % de los casos, la causa del incidente no se atribuye a la responsabilidad personal de los pacientes, sino a desafortunadas coincidencias externas. Del análisis de los datos anamnésticos se

desprende que muchos pacientes tuvieron experiencias de separación (56 %) y duelo (12 %).

El análisis estadístico con la prueba de Fisher nos ha permitido detectar cómo el mecanismo psicológico descrito de “atribución causal externa” del motivo que conduce a PA está relacionado con una dificultad en la aceptación de las entrevistas; al mismo tiempo emerge -siempre a partir del análisis estadístico- que quien, por lo contrario, se adhiere a las entrevistas, tiene menor probabilidad de acudir posteriormente a PA, lo que indica una posible función protectora de este tipo de intervención.

En el grupo de pacientes menores de 18 años, el análisis estadístico revela que quienes inician las entrevistas las continúan de manera estadísticamente significativa. También resulta significativa la presencia de un padre o una madre fallecidos y estos datos, a su vez, se correlacionan con sentimientos de tristeza y uso de bebidas alcohólicas.

Los menores con elementos psicopatológicos que requerían una prolongación de la atención recibida fueron enviados al servicio especializado del Área de neuropsiquiatría

Ortopedia y rehabilitación

El Hospital Mayor en el que se encuentra la unidad del PPED es el *centro de trauma* provincial: aquí llegan todos los resultados de traumatismos importantes, accidentes de tráfico, etc. Con frecuencia, surgen situaciones agudas en las que los adolescentes deben ser acompañados en relación con las consecuencias físicas y psicológicas de los accidentes, como, por ejemplo, cuando hay que amputar una extremidad. También en este caso, la colaboración se estructuró sobre la base de consultas formales con los departamentos para las entrevistas y la farmacoterapia.

Se solicita y se lleva a cabo una actividad de apoyo para los jóvenes que han sufrido la amputación de una extremidad debido a un accidente. Esta actividad clínica forma parte de encuentros que el departamento organiza entre jóvenes pacientes y atletas famosos que han sido amputados, pero que continúan realizando actividad física a nivel competitivo.

En el caso de la Reanimación y Rehabilitación, se requiere la colaboración en el proyecto

para hacerse cargo de las graves consecuencias de los accidentes. La presentación de una breve viñeta clínica es un ejemplo del trabajo realizado.

Giovanni es un chico de 17 años que llega a reanimación en coma por traumatismo craneal severo con ruptura de hueso en el parietal y occipital, después de una pelea en una discoteca. Al despertar, hay confusión y alteraciones del habla de tipo disartria. En la anamnesis emergen: uso masivo de sustancias, abandono de la escolarización y una situación social compleja (el niño vive prácticamente solo, la madre tiene una adicción al alcohol, el padre se ha separado de la mujer y vive en otra ciudad). El proyecto de cura de Giovanni involucra ampliamente a todos los departamentos que cuidan al joven, en particular Reanimación y Rehabilitación. El grave accidente aparece al personal médico y de enfermería como una *oportunidad* que debe ser aprovechada para que el joven vuelva a un proyecto de una vida normal. Entendiendo la importancia del aspecto psicopatológico, el personal de enfermería y rehabilitación del Departamento de Rehabilitación acompaña a Giovanni a las entrevistas clínicas. Le pide a él y al terapeuta novedades al respeto, monitorea su asistencia y, sobre todo, le apoya y motiva al tratamiento, casi compensando la ausencia de familiares y llenando una *soledad*.

Inicialmente, el joven muestra, además de cierta confusión, especialmente rabia por lo que le pasó y disforia por las posibles consecuencias permanentes del trauma. Con respecto al adulto, la posición inicial es de desconfianza. Progresivamente, sin embargo, se va construyendo gradualmente un vínculo de confianza que es también fomentado por el sentido de *trabajo en equipo* que Giovanni percibe gracias al refuerzo mutuo de los distintos especialistas en cuanto a la importancia del trabajo realizado por los otros colegas. Después de unos meses, a través de rehabilitación neurológica y logopedia, tratamiento psicológico y terapia farmacológica, Giovanni retomará con éxito la escuela y limitará el uso de sustancias, llegando a vivir, ahora mayor de edad, de forma independiente, con el apoyo externo de los miembros de la familia.

Pediatría

Las consultas de psiquiatría infantil en el departamento de Pediatría suelen ser solicitadas por diagnósticos indefinidos de dolores recurrentes (dolores abdominales, cefaleas, etc.) sin hallazgo orgánico; a partir de esta costumbre, se desarrolla en su lugar el proyecto de realizar un cribado de evaluación psicológica para todos los niños con enfermedad intestinal crónica, incluso en ausencia de una sintomatología de tipo psicopatológico. El cribado se compone de: entrevista clínico-anamnésica (con análisis de las líneas de desarrollo y particular referencia a socialización, progreso escolar, posible presencia de trastornos del sueño y problemas intrafamiliares), administración a padres e hijos de la escala de comportamientos anormales de CBCL y diseños de papel-lápiz.

Resultados. La actividad de cribado de la evaluación psicológica realizada en niños con EICC ha permitido detectar también en nuestros casos de estudio, en línea con lo que se ha indicado en la literatura, la presencia en un porcentaje significativo de trastornos de ansiedad (40 % de los casos) y dificultades en el proceso evolutivo (30 % de los casos, dificultades en la escuela). Esto confirma la utilidad de la evaluación psicológica en este tipo de enfermedad crónica del niño.

El análisis estadístico con las pruebas de Fisher mostró que es significativa ($p = 0,01984$) la relación entre la *gravedad del caso* (según el juicio de los pediatras) y la positividad de la escala CBCL con alta puntuación en la subescala de ansiedad. Este informe, del que también se informa en la literatura, en nuestra opinión muestra cómo la preocupación que inevitablemente se relaciona con el peor pronóstico es transmitida a los niños por los adultos de referencia y hace que aparezcan síntomas significativos de ansiedad. Esto es aún más cierto si se tiene en cuenta que nuestra evaluación suele llevarse a cabo en el primer período posterior a la comunicación del diagnóstico, es decir, cuando también en la literatura se informa del momento más agudo e intenso de la conmoción emocional.

A este respecto, es importante recordar que los pediatras y los miembros de la familia tienen efectivamente la tarea de informar al niño

de la gravedad de la situación para motivarlo a adherirse constantemente a un régimen terapéutico que es muy exigente porque cambia drásticamente los hábitos previos del niño. El tema, por tanto, no es tanto el de no comunicar al niño la gravedad de la situación clínica, sino el de trabajar conjuntamente con médicos y padres para que esta comunicación no se traduzca en una alteración de las dinámicas intrafamiliares en la vida cotidiana.

La hipótesis que avanzamos con respecto a la génesis de estos síntomas es que son de naturaleza reactiva al impacto emocional de la enfermedad tanto desde un punto de vista individual como desde un punto de vista ambiental (en particular intrafamiliar). Precisamente a partir de estos últimos datos, la estrategia de tratamiento descrita que ha sido desarrollada en colaboración con los pediatras y los propios padres se compone de intervenciones grupales dirigidas a los padres. En colaboración con padres y pediatras, se ha planteado la hipótesis de una intervención grupal dirigida a los padres con el fin de apoyar el manejo de las preocupaciones sobre la enfermedad infantil y la comparación de los diferentes síntomas de malestar que pueden surgir en la familia y la consiguiente dinámica relacional.

Cirugía maxilofacial

La colaboración con el Servicio de Cirugía Maxilofacial se ha desarrollado a lo largo del tiempo a partir de la solicitud de la presencia en el equipo asistencial de un psicólogo para niños con malformaciones faciales congénitas y sus familias; el desarrollo posterior viene dado por la solicitud de extensión del trabajo del psicólogo al personal sanitario, tanto para la comunicación de la enfermedad y la gestión de la relación con los padres, como para el trabajo del equipo.

El equipo multiprofesional está formado por cirujanos, el fonólogo, el otorrino, el ortodontista, el pediatra, los enfermeros, la voluntaria de la Asociación SMILE y la psicóloga. Los profesionales provienen de diferentes servicios y también de diferentes instituciones sanitarias. A partir de la visita *colectiva* se abre la posibilidad de realizar una profundización psicológica en una sala separada.

El trabajo de la psicóloga tiene la función de prevención, seguimiento y orientación de la trayectoria que está realizando el paciente dentro del servicio de neuropsiquiatría, e intervención especializada para casos con rasgos psicopatológicos. La psicóloga también colabora con la asociación de familiares en el grupo de autoayuda mutua, que permite abordar conjuntamente los distintos temas informativos e emocionales relacionados con la patología de los niños, superando el problema de la dificultad de encontrar espacios y modalidades adecuadas dentro de la cotidianidad familiar para discutir estos temas.

Después de algunos años de colaboración, los profesionales de la salud piden una formación para ellos mismos. Se requieren dos temas:

- a) La comunicación entre médico y padres, para facilitar la adhesión al proyecto terapéutico y la construcción de una relación positiva de confianza. En la tabla 1 del anexo se reporta un ejemplo de recomendaciones para la comunicación entre médico y paciente (comunicación de diagnóstico) utilizado en la formación.
- b) El cuidado del trabajo en equipo para el grupo de profesionales de la salud que se relacionan con los diferentes servicios.

Con respecto a estas recomendaciones, cabe señalar que, desde un punto de vista psicológico, pueden parecer genéricas e incluso obvias, pero su aplicación en la realidad concreta y cotidiana de un servicio de cirugía hospitalario no es en absoluto obvia ni fácil; por lo tanto, la formación requerida por los propios trabajadores de la salud es una valiosa oportunidad para motivar una inversión de atención, especialmente de tiempo, una vez madurada la conciencia de la utilidad de estas atenciones.

Conclusiones

Se han descrito diferentes experiencias de colaboración, mostrando cómo la posibilidad de organizar dispositivos de evaluación psicodiagnóstica en contextos como Primeros Auxilios y diferentes departamentos permite interceptar diferentes casos de adolescentes y/o familias de menores que, de otra manera, habrían sido difíciles de acercar a los servicios

de salud mental.

Además, se ha demostrado que la presencia de un enfoque psicoterapéutico y la voluntad de colaborar pueden conducir a una progresiva *contaminación* psicoterapéutica con la activación de muchos recursos a menudo internos a los propios servicios o activados por los familiares de los pacientes, que son un signo de la difusión de una cultura y de atenciones psicológicas que constituyen una intervención de valor psicoterapéutico con importantes repercusiones en la salud mental de los jóvenes pacientes.

Traducción del italiano por Elena Venuti.

Bibliografía

- Ajuriaguerra J. y Marcelli D. (1990). *Psicopatología del bambino*. Milán: Masson.
- American Psychological Association (APA) (2008). *Public Interest Government Relations Office – Transition Youth with serious mental illness*. Washington: APA.
- Bollea, G. (1980). *Compendio di psichiatria dell'età Evolutiva*, Roma: Bulzoni Editore.
- Borges, G., Cherpitel, C. J., Medina-Mora, M. E., et al. (2004). Violence related injuries in the emergency room: alcohol, depression, and conduct problems. *Subst Use Misuse*, 39:911-30.
- Borges, G. y Rovosky, H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample, *J Stud Alcohol*, 57(5): 543-8.
- Chun, T. H., Katz, E. R., Duffy, S. J. y Ruth, S. G. (2015). Challenges of Managing Pediatric Mental Health Crises in the Emergency Department Child and Adolescent *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 21-40.
- Clifford, E. (1988). The state of art? Cleft Palate J, 25(2): 174-5.
- Engstrom, I. (1991a). Family interaction and locus of control in children and adolescents with inflammatory bowel disease, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(6):913-20.
- Engstrom, I. (1991b). Parental distress and social interaction in families with children with inflammatory bowel disease, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(6):904-12.
- Engstrom, I. y Lidquist, B. L. (1991). Inflammatory bowel disease in children and adolescents: a somatic and psychiatric investigation, *Acta Paediatr Scand.*, 80(6-7): 640-7.
- Farré, L. y Mir Bou, A. (2005). Pensamiento psicoterapéutico y contención emocional del niño hospitalizado. *Psicopatol. Salud ment.*, 5, 83-91.
- Giamboni L. y Costa S. (2011). Malattie intestinali croniche pediatriche: valutazione degli aspetti psicopatologici, *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, Vol. 31, Suppl. 1.
- Graff, L. A., Walker, J. R. y Bernstein, C. N. (2009). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management, *Inflamm Bowel Dis*, 15(7): 1105-08.
- Makner, L. M., Crandall, W. V. y Szigethy, E. M. (2006). Psychosocial functioning in pediatric inflammatory bowel disease, *Inflamm Bowel Dis.*, 12 (3): 239-44.
- Mancaruso, A., Giuliani, R., Chiodo, S., Costa, S., Poggioli, D. G. y Rigon, G. (octubre, 2006). *Le problematiche delle famiglie con bambini affetti da malformazioni: consulenza psicologica presso un Servizio di Chirurgia Maxillo-facciale*. Ponencia realizada en el Congreso Nazionale Sinpia, en Abano (Italia).
- Morell Velasco. M. C. (2017). Intervención psicológica en niños en situación de terminalidad, *Psicopatol. Salud ment.*, 30, 53-67.
- Pietrocola, A., Costa, S. y Giamboni, L. (mayo, 2014). *Sportello Giovani al pronto soccorso*, Ponencia realizada en el 42° Congresso Nazionale Società Italiana di Psicoterapia Medica, en Bologna (Italia).
- Singh, P. (2009). Transition of care from child to adult mental health services: the great divide, *Curr Opin Psychiatry*, 22(4):386-90. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c9221.
- Tobiasen, J. M. y Hiebert J. M. (1984). Parent's tolerance for conduct problems of the child with cleft lip and palate, *Cleft Palate J*, 21(2): 82-85.

Anexo

Tabla 1. Recomendaciones para la comunicación del diagnóstico de enfermedad genética compleja y / o discapacidad.

Cuándo	1. Realizar la primera reunión con los padres cuando el diagnóstico sea clínicamente seguro.
Quién	2. La persona que comunica el diagnóstico debe tener un buen conocimiento del niño (y si es posible de su familia) y de la condición diagnosticada y posiblemente ser el futuro cuidador. 2.1 En los casos en que sea previsible un tratamiento quirúrgico o de rehabilitación específico, el cirujano o rehabilitador debería estar presente (o ser contactado inmediatamente). 2.2 En los casos en que los padres sean extranjeros, la presencia de un traductor es adecuada para garantizar la máxima comprensión.
Con quién	3. Llevar a cabo la primera reunión de comunicación de diagnóstico con ambos padres presentes
Dónde	4. Todas las reuniones deben celebrarse en un espacio privado.
Cómo	5. Comunicarse proactivamente, con empatía y respeto. Esta es la actitud más valorada y recordada por las familias.
Cuánto tiempo	6. La primera reunión debe tener una duración ilimitada.
Qué, en general	7. La información general que debe proporcionarse desde el principio debe estar actualizada y fehaciente, explicada con sencillez, claridad y lenguaje común.
Qué, en particular	8. La descripción de la afección no puede separarse de la descripción del plan de cuidados y de las indicaciones prácticas específicas de cómo implementarlo.
Con qué medios	9. El contenido de todas las reuniones corre el riesgo de ser tergiversado u olvidado.
Con qué ayuda	10. Ofrecer a los padres la oportunidad de ponerse en contacto con asociaciones de padres que se ocupan de la misma o similar condición, ya sea para ponerse en contacto con aquellos que ya han tenido experiencias similares o para encontrar información adicional y soluciones a los problemas que puedan encontrar.

La psicoterapia psicoanalítica focalizada de niños sin cuidados parentales.

Estudio de caso

ANA MARIA LUZZI¹, LAURA RAMOS², VANINA AGUIRIANO², VIRGINIA SACCO²,
MARÍA PADAWER³, DANIELA BARDI^{2,4} Y SARA SLAPAK⁵

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo describir las características de la psicoterapia psicoanalítica focalizada aplicada a *niños sin cuidados parentales*, atendidos en un Servicio de Psicología Clínica de Niños dependiente de la Universidad de Buenos Aires. Se presentan viñetas de un estudio de caso y se formulan observaciones sobre cuestiones teóricas y técnicas referidas a la determinación del foco terapéutico y los nudos conflictivos del paciente, al valor del encuadre del proceso psicoterapéutico y a la consideración de los vínculos transferenciales y contratransferenciales en el contenido de las intervenciones del psicoterapeuta. **Palabras clave:** *psicoterapia focalizada, niños sin cuidados parentales, intervenciones, encuadre, transferencia, contratransferencia.*

ABSTRACT

Focused psychoanalytic psychotherapy of children lacking parental care. Case study. The objective of this article is to describe the characteristics of focused psychoanalytic psychotherapy applied to children who lack parental care, assisted in a Children Clinical Psychology Service of the University of Buenos Aires. Case study vignettes are presented and observations are made on theoretical and technical questions related to the determination of the therapeutic focus and the patient's conflicts, to the value of the framing of the psychotherapeutic process and the consideration of the transferential and countertransferential links in the content of the interventions of the psychotherapist. **Keywords:** *focused psychotherapy, children lacking parental care, interventions, framing, transference, countertransference.*

RESUM

La psicoteràpia psicoanalítica focalitzada de nens sense cures parentals. Estudi de cas. L'objectiu de l'article és descriure les característiques de la psicoteràpia psicoanalítica focalitzada aplicada a nens sense cures parentals, atesos en un Servei de Psicologia Clínica de Nens dependent de la Universitat de Buenos Aires. Es presenten vinyetes d'un estudi de cas i es formulen observacions sobre qüestions teòriques i tècniques referides a la determinació del focus terapèutic i a la consideració dels vincles transferencials i contratransferencials en el contingut de les intervencions del psicoterapeuta. **Paraules clau:** *psicoteràpia focalitzada, nens sense cures parentals, intervencions, enquadrament, transferència, contratransferència.*

Introducción

En este trabajo nos proponemos describir características de la psicoterapia psicoanalítica focalizada y su aplicación a “niños sin cuidados parentales” (UNICEF, 2012), asistidos en un

Servicio de Psicología Clínica de Niños, servicio asistencial comunitario dependiente de una universidad de gestión pública de Argentina. En particular nos interesa presentar viñetas de un estudio de caso y formular algunas observaciones sobre cuestiones técnicas relativas a las

¹Profesora Asociada, ²Licenciada en Psicología, ³Magister en Salud Pública, ⁴Magister en Psicoanálisis, ⁵Profesora Emérita. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina).

Contacto: aluzzi7@gmail.com

Recibido: 23/4/18 - Aceptado: 25/6/18

intervenciones del psicoterapeuta.

La denominación de “niños sin cuidados parentales” (UNICEF, 2012) refiere a aquellos que fueron separados de su grupo familiar por una medida judicial excepcional de protección de derechos (1) debido a causas diversas: violencia familiar, maltrato, abuso sexual y negligencia. Suelen estar alojados en hogares convivenciales de manera transitoria, a la espera de que se resuelvan las circunstancias que impiden la convivencia familiar. Esta medida debería abarcar el menor lapso posible, hasta que se reparen las causas que la ocasionaron (UNICEF, 2012). No obstante, la posibilidad de reinserirse en la familia de origen es poco frecuente y los niños suelen permanecer en los hogares convivenciales durante un período mucho más extenso que el deseable. Frecuentemente, esa permanencia se prolonga hasta que las autoridades judiciales decretan la “condición de adoptabilidad” de estos niños.

¿Por qué psicoterapia psicoanalítica focalizada?

La necesidad de incrementar la eficacia y de abreviar el tratamiento psicoterapéutico cuando se presentan dificultades para el curso de un proceso psicoanalítico clásico, o ante situaciones de *impasse*, fueron motivo de indagación desde los orígenes del psicoanálisis. Cabe señalar la introducción de la “técnica activa” planteada por S. Ferenczi (1921) para afrontar las dificultades de un proceso “detenido”: el psicoanalista, mediante prescripciones o interdicciones, induce al paciente a encarar aquellos conflictos que no puede afrontar. También deben recordarse las inquietudes y objeciones planteadas por el propio S. Freud en *Análisis terminable e interminable* (1937). Más tarde, M. Balint, P. H. Orstein y E. Balint (1972) plantearon un psicoanálisis focalizado sin renunciar a los principios fundamentales, pero con una mayor flexibilidad en la técnica, acorde con las necesidades del paciente.

En una psicoterapia psicoanalítica focalizada, el psicoterapeuta guía las intervenciones de acuerdo con el foco que se prioriza, seleccionando un aspecto particular y postergando momentáneamente otros temas o puntos de interés (Fiorini, 2002). Este tipo de psicoterapia es

particularmente apropiado cuando la situación vital del paciente no admite la utilización del encuadre clásico del psicoanálisis o de la psicoterapia psicoanalítica. Entre los objetivos principales, destacan la disminución del sufrimiento, el fortalecimiento y activación de las funciones yoicas y el logro de un adecuado *insight* de la situación real actual (García Arzeno, 1997). El foco terapéutico es el estado mental actual del paciente y las intervenciones apuntan a explicitar los contenidos y relaciones preconscientes, intentando integrar las representaciones escindidas del *self* y del objeto y favorecer áreas transicionales (Winnicott, 1972). El psicoterapeuta selecciona el material con mayor carga afectiva que le permite inferir la relación de objeto y las defensas predominantes, identifica “los diferentes canales de comunicación” y jerarquiza los temas, interpretando la transferencia positiva y negativa (Pérez, 2011, p. 23).

En la psicoterapia focalizada con adultos, el foco y los objetivos son, en principio, aquellos temas que psicoterapeuta y paciente hayan acordado trabajar, y los objetivos que intenten alcanzar (Defey, Montado, Navarro y Rubin, 2004), relativizando otras variables tales como la duración del tratamiento. Defey et al. distinguen entre focalización *espontánea* (el paciente tiene una idea clara del conflicto que se propone resolver), focalización *selectiva* (cuando es necesario trabajar sobre diferentes focos al mismo tiempo), y focalización *inducida* (cuando es el psicoterapeuta quien plantea y aborda un foco sin ser el objetivo principal del paciente). Los objetivos propuestos deben ser posibles de ser alcanzados y evaluados hacia el final del tratamiento, tanto por el psicoterapeuta como por el paciente.

Respecto de las psicoterapias psicoanalíticas focales con niños, cabe mencionar el método de la Psicoterapia Psicoanalítica en la Institución pública (PPIP) de Chancho et. al (2013). Los autores plantean un foco general centrado en la etapa evolutiva propia de cada niño, y una focalización orientativa más específica: una construcción individual para cada paciente que puede modificarse parcial o totalmente a lo largo del tratamiento. La focalización permite al psicoterapeuta orientar sus intervenciones hacia el “nudo conflictivo” actual más urgente:

la tramitación de un duelo, la separación de sus padres, un proceso migratorio, una intervención quirúrgica o las dificultades que tiene el niño para encontrar su lugar en la triangulación, entre otros temas o situaciones. El PPIP, método utilizado en la Unidad de Psicoterapia Psicoanalítica para Niños y Jóvenes del Departamento de Salud Mental del Patronato de Sant Pere Claver, Fundació Sanitària en Barcelona, tiene predeterminado un tiempo limitado de doce meses, con una frecuencia semanal de sesiones.

En el Servicio de Psicología Clínica de Niños -una de cuyas modalidades de trabajo presentamos en este artículo- se realizan psicoterapias psicoanalíticas focalizadas con una frecuencia semanal, sin un tiempo predeterminado de duración, ya que ésta se define cuando se han alcanzado los objetivos terapéuticos. En el encuadre de trabajo para los niños que se encuentran *sin cuidados parentales*, el tiempo del tratamiento está determinado por las decisiones judiciales.

La indicación de psicoterapia psicoanalítica focalizada en niños sin cuidados parentales

El trabajo psicoterapéutico con *niños sin cuidados parentales* en un servicio público de salud mental infantil implica que tanto el paciente como su terapeuta compartan la incertidumbre respecto del tiempo disponible para el trabajo terapéutico. Aun cuando se establezcan articulaciones y relaciones de cooperación multidisciplinaria con el ámbito judicial, las decisiones judiciales suelen “llegar” intempestivamente, sin aviso previo, y con pocas posibilidades para el niño - y para su psicoterapeuta -de dar un cierre adecuado al proceso psicoanalítico. Por lo tanto, trabajar con la transitoriedad de la medida de abrigo institucional implica asimismo el trabajo con la transitoriedad del vínculo transferencial, potenciando la eficacia de cada encuentro y del encuadre establecido para el proceso psicoterapéutico, del cual sólo puede fijarse, en nuestro caso, la frecuencia -semanal- y la modalidad de trabajo.

La base conceptual del trabajo psicoterapéutico es la *Teoría de las Relaciones Objetales* formulada por Melanie Klein, que comporta la

utilización de la técnica del juego mediante la incorporación de una caja con materiales lúdicos y de expresión. Los fundamentos de esta teoría -y de la teoría de la técnica correspondiente- es, como en toda psicoterapia psicoanalítica, el análisis de las fantasías inconscientes en el marco de la situación transferencial. El juego de los niños es considerado el equivalente de la “asociación libre” verbal del adulto. Por ende, no se establece una planificación previa al decurso de la psicoterapia pero el contenido de las intervenciones del psicoterapeuta está principalmente acotado al foco y a los objetivos acordados, esto es, referido a las fantasías, emociones y defensas respecto de las situaciones que los niños han vivido y las que actualmente les suceden. Se trata de que los niños puedan “historizar” su vida y tramitar situaciones de pérdida.

Se realiza un seguimiento de las psicoterapias mediante supervisiones semanales a cargo de los responsables del Servicio, lo que permite evaluar la conveniencia o pertinencia eventual de incorporar algún nudo conflictivo inicialmente no previsto en los objetivos predeterminados.

Material

Se presentan algunas viñetas de material clínico correspondiente al primer año de la psicoterapia psicoanalítica focalizada de una niña de seis años de edad, quien a los fines de la confidencialidad llamaremos Marcela. La intervención en el Servicio de Psicología Clínica de Niños se inicia cuando el poder judicial decreta la condición de adoptabilidad de la niña, alojada al momento en un hogar convivencial. A los dos años de edad, el Poder Judicial decretó una “medida de abrigo”, luego de constatar la vulneración de los derechos de la niña y de sus hermanos, y las severas fallas en los cuidados parentales. La niña vivió desde entonces en diferentes hogares convivenciales, separada de sus hermanos.

Se indicó psicoterapia psicoanalítica individual focalizada y se estableció el encuadre considerando dos ejes de trabajo: la transitoriedad que implica la medida de abrigo institucional (2) en curso, y el decreto de adoptabilidad establecido. Las sesiones, como ya fuera

mencionado, tuvieron una frecuencia semanal. Con el acuerdo de las autoridades judiciales intervinientes, se decidió focalizar la psicoterapia en los siguientes puntos que se consideraron prioritarios: 1) la separación con su familia de origen, 2) la transitoriedad de su alojamiento en el hogar convivencial actual y, eventualmente, algunas referencias a los anteriores y 3) la condición de adoptabilidad.

La incertidumbre respecto de la duración del tratamiento -debido a la dependencia de las decisiones judiciales-, es asimismo la oportunidad de trabajar en la situación transferencial la transitoriedad de todos los vínculos vividos por la niña a lo largo de su breve existencia. Cabe aclarar que si bien es el psicoterapeuta quien orienta el trabajo sobre el foco de la psicoterapia mediante el contenido de sus intervenciones, éste puede ampliarse o variar cuando el niño o niña expresan a través de sus producciones sus propios puntos de urgencia o nudos conflictivos.

Esto quiere decir que si el niño o niña presenta en sesión un material que expresa conflictos no contemplados en los objetivos inicialmente acordados, se lo incluye y trabaja en el marco de su situación actual.

Como es de práctica, se obtuvo el consentimiento informado para la psicoterapia y la investigación por parte de las autoridades judiciales, y el asentimiento de la niña, que incluyó los alcances del trabajo psicoterapéutico e investigativo, con los recaudos necesarios para corroborar la comprensión y aceptación de las tareas por su parte, acorde con su etapa evolutiva y su desarrollo emocional.

Marcela logra concitar la atención de todos -otros pacientes, sus acompañantes y equipo psicoterapéutico- desde el momento en que ingresa al Servicio. Reclama atención personalizada; realiza demandas continuas con un tono imperativo tanto si se trata de un igual, de un adulto de la sala de espera o de algún psicoterapeuta que se encuentre en esa sala acompañando a los niños. Con frecuencia intenta transgredir los límites que le marcan los adultos. Siempre parece necesitar más de lo que se le ofrece: materiales de juego o de expresión gráfica, tiempo, atención. Con un tono de voz fuerte e imperativa concentra todas las

miradas. Algunos niños en la sala de espera se animan a enfrentarla, mientras que la mayoría acata sus órdenes a rajatabla porque temen sus represalias.

Resultados

Primeras sesiones, comienzo de la construcción del espacio psicoterapéutico

El equipo psicoterapéutico estuvo conformado por una psicoterapeuta, acompañada por un observador no participante, cuya función es registrar en forma escrita todo lo que sucede durante las sesiones. El registro textual favorece la reflexión a *posteriori* acerca del material y de las estrategias pertinentes para la paciente, y mejora la *atención flotante* del psicoterapeuta, optimizando su análisis acerca de la dinámica de la sesión y del proceso psicoterapéutico. Facilita un análisis más exhaustivo de la dinámica de la transferencia y de la contra-transferencia, indispensable para la comprensión del material, aun cuando esos vínculos no sean explicitados mediante interpretaciones o señalamientos en este tipo de psicoterapia. Es también la base empírica para las actividades investigativas del Servicio.

En la primera sesión, la psicoterapeuta demarca el foco de la psicoterapia y establece el encuadre. Dentro del encuadre se presenta a la niña el observador y se le explican sus funciones (3). La psicoterapeuta le cuenta a Marcela que conoce su historia de sucesivas separaciones, de convivencia en diferentes hogares y la situación de estar a la espera de encontrar una familia o, más precisamente, de que una familia la encuentre a ella.

Como es de esperar, la información dada a la niña deberá ser procesada en el transcurso del tratamiento. Marcela pondrá a prueba el encuadre una y otra vez. Sólo la comprobación de su estabilidad -dada por la presencia constante a lo largo del tiempo del equipo psicoterapéutico y la índole de las intervenciones de la psicoterapeuta- le permitirá a Marcela *darse cuenta* de su necesidad de contar con un adulto seguro y confiable, y la posibilidad -confianza, esperanza- de encontrarlo también en el futuro.

En esa primera sesión, Marcela explora los materiales de su caja, entre ellos un sobre con

papeles de colores. Ante la primera dificultad para abrirlo, la niña ordena imperativamente a su psicoterapeuta que lo haga. Las acciones iniciales de exploración devienen en un juego dramático: Marcela toma un hilo y la plastilina de la caja de materiales e intenta atar un trozo de aquél a un arco que moldea con la plastilina; le pide ayuda a la psicoterapeuta, y además refuerza esa unión con cinta adhesiva. Marcela nos presenta así aspectos de su propio foco o nudo conflictivo: las uniones no resultan porque aquello que se pretende unir no es apto para esa unión, y por eso es necesario reforzarlo como se pueda. Este primer juego dramático cuya temática trata sobre uniones, desuniones y uniones fallidas, se repetirá en las siguientes sesiones con sus variantes; en algunas se tratará de encuentros y desencuentros y, en otras, de apariciones y desapariciones. El contenido de las intervenciones del psicoterapeuta apunta a la ansiedad específica de la niña y sus defensas correspondientes. Marcela escenifica mediante el juego un aspecto de sus vínculos primitivos y de su mundo interno: el intento de unir materiales que no son solidarios entre sí expresa la fantasía inconsciente de un objeto interno “fallado” (Klein, 1940), lo que no le permite vincularse satisfactoriamente con los adultos.

En los primeros tres meses de psicoterapia, la psicoterapeuta interviene con señalamientos e interpretaciones extra-transferenciales dirigidas a explicitar el empleo de mecanismos maníacos para evitar el dolor psíquico ocasionado por las pérdidas. Poco a poco, Marcela puede lograr uniones *pertinentes* entre los materiales de la caja, pero el mayor contacto con su mundo interno le genera fantasías claustrofóbicas e intenta huidas del consultorio, poniendo a prueba la tolerancia e interés de la psicoterapeuta y la estabilidad del encuadre.

En las sesiones del primer trimestre, la niña comienza a preguntarse por sus hermanos y relata lo ocurrido con cada uno de ellos; emergen fantasías de exclusión y separación. Realiza un juego con un muñeco al que viste con ropa que ella misma construye con los materiales de la caja; pega una y otra vez las vestimentas con cinta adhesiva al cuerpo del muñeco-bebé, forzando evitar el desprendimiento. El contenido de las intervenciones de la psicoterapeuta hace

referencia mayoritariamente a la separación de sus hermanos y al temor de perder todo contacto con ellos.

A los seis meses de tratamiento

Luego del receso de las vacaciones estivales, Marcela revisa los materiales constatando que no falte nada y da órdenes a la psicoterapeuta, controlando que las cumpla. Luego comienza a construir un *collage* junto con su psicoterapeuta, mientras comienza a armar su propia historia, su recorrido por los distintos hogares convivenciales. Menciona a varios referentes del hogar y a profesionales a cargo de sucesivos tratamientos (4). Se incrementa el uso de mecanismos de defensa maníacos, de omnipotencia y negación de la dependencia afectiva con los objetos (Klein, 1940). La relación con la psicoterapeuta se torna tiránica, exacerbando los mecanismos defensivos de control y dominio sobre el objeto. Marcela ordena imperativamente las acciones a realizar: cortar y pegar los distintos papeles que conforman el *collage*; luego, unir con cinta adhesiva el trabajo de la última sesión - antes de las vacaciones- con el *collage* recientemente realizado. La psicoterapeuta interviene interpretando que Marcela intenta así negar el tiempo transcurrido durante las vacaciones. Cuando la psicoterapeuta señala el fin de la sesión, Marcela pide llevarse el muñeco de la caja de materiales a sabiendas que el encuadre establecido lo impide, e insiste empecinadamente en ello. En esa circunstancia, las intervenciones apuntan a retomar aspectos del foco acordado y del nudo conflictivo expresado por la paciente, esto es, relacionar este pedido de Marcela con su situación de desamparo y el temor a sufrir nuevas pérdidas. Marcela continúa pidiendo llevarse el muñeco hasta el último momento de la sesión, cada vez con más insistencia y ahínco; reclama por aquello que otros tienen y ella no.

Marcela comienza a manifestar la privación (Winnicott, 1954, 1956) sufrida tiempo atrás, que es reactualizada en la sesión. Intenta convencer a su psicoterapeuta y le explica con muchos detalles cómo cuidará al bebé en el hogar, que el bebé necesita cuidados y que ella podrá dárselos. Es Marcela quien necesita esos cuidados y es la psicoterapeuta quien, a

través de sus interpretaciones en el *aquí-ahora-conmigo*, va generando la posibilidad de expresar aquello que necesita: un lugar estable de cuidados y contención.

En sus relatos y verbalizaciones se observa la manifestación de carencias respecto de cuidados primordiales: bañará, alimentará, coserá, jugará y llevará al psicólogo al bebé. Marcela dice que hará con su muñeco-bebé lo que desea que hubieran hecho con ella: sostenerla y no dejarla caer (Winnicott, 1955). No busca llevarse al muñeco-bebé como “objeto lúdico”; en esta demanda insistente busca los cuidados que necesitó tiempo atrás y que no pudo satisfacer.

A un año del inicio de la psicoterapia

Luego de que la psicoterapeuta anunciara la proximidad de un breve receso por vacaciones de invierno, Marcela toma distintos materiales de la caja y los une con cinta adhesiva. Los une y separa con insistencia, hasta llegar a encintar sus propios dedos con los de su psicoterapeuta. La sensación de desamparo se reactualiza ante la inminente separación por el receso. La psicoterapeuta interpreta que ahora es con ella con quien necesita estar “pegada”. Marcela la mira, se saca la cinta de los dedos y exclama “¡me duele!”, poniendo de manifiesto emociones relativas a desencuentros y separaciones.

Unas sesiones luego del receso, Marcela refiere no querer tener su sesión y entra con desgana al consultorio. Solicita imperativamente materiales a la psicoterapeuta y le ordena que realice ciertas acciones. La voracidad y la necesidad de acopio es la respuesta de la niña ante la angustia frente a la ausencia del objeto. La psicoterapeuta explicita estos contenidos mediante una interpretación; como respuesta, Marcela dice querer poner su nombre a los distintos materiales de la caja, quiere “unir” su nombre a ellos para que no se lo roben, como sucede con sus pertenencias en el hogar de tránsito donde vive.

Las interpretaciones de la psicoterapeuta posibilitan que los pedidos continuos y los *actings* devengan en juego reglado. Con los lápices de la caja organiza el juego de Mikado: hay que sacar un palillo sin tocar los otros. De este modo, el control hacia la psicoterapeuta se desplaza al control sobre los palillos; asimismo, expresa

mediante ese juego el intento de control sobre sus impulsos. Luego ese juego se transforma en un juego de “escondidas”: Marcela le pide a su psicoterapeuta que cierre los ojos y encuentre los palillos que ella esconde. La psicoterapeuta interpreta la necesidad de la niña de encontrar una familia; como respuesta, Marcela pide que la psicoterapeuta esconda los palillos y es ella quien los debe encontrar. La reiteración de este juego es la escenificación de la conflictiva sobre la aparición y desaparición del objeto y de la necesidad de control sobre él (hacer activo lo sufrido pasivamente). Frente al anuncio de la finalización de la sesión, que implica la separación con la psicoterapeuta, Marcela guarda los materiales en la caja y se despide dando muestras de afecto, a diferencia de cómo había transcurrido el ingreso y el comienzo de la sesión.

Discusión

Focalización inducida y nudos conflictivos del paciente

La evaluación psicológica que se realiza previo al inicio de la psicoterapia tiene como objetivo central la determinación del foco, mientras que el psicodiagnóstico se va construyendo a lo largo del proceso. Cuando se trata de niños, el foco de la psicoterapia suele ser *inducido*, acordado entre el psicoterapeuta y los adultos responsables, si bien es de rigor estar atentos a la formulación por parte del niño de sus propios puntos de urgencia. En el caso de los *niños sin cuidados parentales*, este acuerdo suele formularse entre el equipo psicoterapéutico, el responsable del hogar convivencial de turno y el juez, ninguno de ellos con vínculos permanentes con los niños ni tampoco responsables de la crianza de manera continua (5).

En el material clínico presentado, se destaca que, si bien los tres aspectos del foco acordados y mencionados anteriormente fueron incluidos y trabajados durante la psicoterapia, el nudo conflictivo o punto de urgencia de Marcela fue la separación, en especial respecto de los hermanos.

Los primeros juegos, intento fallido de unir materiales no solidarios, nos remite al miedo a la separación, a perder el contacto, a la necesidad de mantener unido o junto lo que se

puede dispersar. Y también se ponen de manifiesto los mecanismos defensivos frente a esas emociones, en especial aquellos dirigidos a evitar el dolor psíquico. A lo largo de las sesiones, emergen en Marcela fantasías respecto de lo sucedido con sus hermanos, fantasías de exclusión y separación. Intenta mediante actividades lúdicas revertir los daños reales y fantaseados, pegando una y otra vez con cinta adhesiva el cuerpo del muñeco-bebé, como si al hacerlo imaginariamente quedara pegada a sus hermanos y evitara el dolor de la separación y la angustia de no saber qué pasó con ellos, ni qué pasará en el futuro.

La preocupación respecto de los hermanos recorre el material de las sesiones. Podemos formular la hipótesis de que esa preocupación condensa temores vinculados a situaciones reales, pero también referiría a vivencias y ansiedades tempranas de fragmentación, o al menos de labilidad en los procesos de integración psíquica. Sin embargo, y a pesar de las reiteradas *fallas ambientales*, Marcela ha logrado cierta integración en su *self*, integración lograda a costa del factor personal, y con una expectativa permanente de persecución (Winnicott, 1988).

El valor del encuadre

El encuadre de trabajo, que incluye la presentación del equipo terapéutico (psicoterapeuta y observador no participante), la fijación de lugar de trabajo, tiempo de duración de la sesión, frecuencia de encuentros, recesos, formulación del foco o tema y los objetivos a lograr y modalidad de trabajo, es en nuestra experiencia la intervención central que efectúa el psicoterapeuta. Su previsibilidad y estabilidad permiten que las diversas expresiones del paciente cobren significación, que el psicoterapeuta explicita mediante sus otros instrumentos de intervención (señalamientos e interpretaciones) a la luz de su marco teórico y en función del foco acordado.

El psicoterapeuta que se pone de su lado en búsqueda de la verdad, define un espacio de trabajo seguro y estable a lo largo del tiempo (Winnicott, 1955). El encuadre es la intervención por excelencia, que permite al psicoterapeuta otorgar estas significaciones mediante interpretaciones y señalamientos a las variadas

expresiones lúdicas y no lúdicas de Marcela, quien a su vez las ratifica o rectifica mediante nuevas y sucesivas respuestas.

Evaluamos que el sostenimiento firme del encuadre constituyó también un abordaje adecuado para lo que consideramos la estructuración incipiente de una “tendencia antisocial” en el caso particular de esta paciente (Winnicott, 1967). Es posible que la estabilidad constatada en cada reencuentro le haya permitido reclamar por aquello de lo que fue privada y que era su derecho poseer. La tendencia antisocial está intrínsecamente vinculada a la privación: Marcela ha pasado por diferentes hogares, diferentes personas dejaron en ella marcas indelebles en los primeros años de su vida. Se subraya el tono imperativo de las verbalizaciones de Marcela; nunca satisfecha, siempre exigiendo más del adulto; aun si éste accede a sus exigencias, nunca llegará a cumplir sus expectativas (Winnicott, 1940).

Transferencia y contratransferencia. Contenido de las intervenciones

El trabajo psicoterapéutico con *niños sin cuidados parentales* obliga al equipo a trabajar muchas veces casi a ciegas, sin contar con informes ni referencia alguna acerca de la historia del paciente. Ello refuerza una de las características fundamentales del psicoanálisis, y también de la psicoterapia de base psicoanalítica, que supone trabajar con la realidad psíquica, con el mundo interno de los pacientes. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica focalizada de *niños sin cuidados parentales*, esta característica debe combinarse con lo que se acuerde como foco y objetivos; esto es, con componentes de la realidad externa particulares y específicos tales como la judicialización de la situación familiar, la transitoriedad de alojamiento en diversos ámbitos institucionales y la condición de adoptabilidad.

El *diálogo* peculiar del psicoanálisis y de las psicoterapias de base psicoanalítica en cualquiera de sus variantes, incluida la focalizada, ha sido definido tradicionalmente en términos de transferencia-contratransferencia, definición que conserva su validez teórica, aunque en términos estrictamente técnicos hubiera variaciones según los dispositivos, estrategias y

encuadres que se establecieran. Trabajar con niños en situaciones de abandono y desamparo, tanto actual como pretérito, implica repensar estas cuestiones metodológicas. En particular, resulta de interés la atención sobre las vivencias y reacciones contratransferenciales, ya que en muchas ocasiones orientan las intervenciones del psicoterapeuta: enojo, impotencia, desesperación, entre otras emociones que se corresponden con las que el niño ha transitado efectivamente en su vida, vive o revive en el marco de la psicoterapia y que con mayor urgencia que en otros encuadres psicoanalíticos, permiten acceder al mundo interno del paciente, aún sin contar con información histórica y contextual. Los psicoterapeutas que asisten a *niños sin cuidados parentales* necesitan contar con un espacio confiable de supervisión en equipo para “volver a pensar” sus intervenciones, a modo de un espacio “conteniente” que les permita liberar identificaciones proyectivas masivas (Bion, 1967). Para ello es necesario crear condiciones de seguridad que transformen la contratransferencia en instrumento para la comprensión, sin abandonar los principios fundamentales de una psicoterapia psicoanalítica.

Notas

(1) Leyes marco en la Provincia de Buenos Aires, sede del Servicio de Psicología Clínica de Niños: ley 13298 (Promoción y protección integral de los derechos de los niños); Ley 14528 (Adopción), Ley 14537 (modifica el artículo 19 de la ley 13298).

(2) Ley Provincia de Buenos Aires 13.298 de Promoción y Protección Integral de los derechos de los Niños y decretos reglamentarios.

(3) El Servicio de Psicología Clínica de Niños se desarrolla en el marco de una cátedra universitaria en la cual graduados recientes y estudiantes avanzados se entrenan en una práctica psicoanalítica con base comunitaria. El rol del observador no participante es fundamental para su formación profesional, para el entrenamiento en la práctica de la abstinencia y para aguzar la capacidad de observación y auto-observación en la situación psicoanalítica. Por ello, aunque no se cuenta con Cámara Gessell

por razones presupuestarias, tampoco se la considera imprescindible.

(4) En la mayoría de los casos, los niños sin cuidados parentales son derivados para su asistencia psicológica por las autoridades judiciales sin proporcionar datos precisos de su historia; es un arduo trabajo de los psicoterapeutas en su función de *handling* acudir a los juzgados tratando de recopilar los datos de la historia de los niños, de la familia de origen, de las instituciones por las que han transitado en su breve vida. Cuando hubo otros profesionales que intervinieron anteriormente, se desconocen sus datos y procedimientos, y las causas que motivaron su intervención.

(5) En Argentina, los responsables de los hogares convivenciales suelen cambiar y no se cuenta con un cuidador fijo a cargo de cada niño. De todos modos, es una práctica de rigor mantener una comunicación fluida con ellos cuando traen al niño a su psicoterapia o ante situaciones de urgencia.

Bibliografía

- Balint, M., P. H. Orstein y Balint, E. (1972). *Psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bion, W. (1967). *Second Thoughts*. Londres: Heinemann.
- Chancho, A., Ger, E., Miquel, C., Montserrat, A., Noguera, R., Ríos, C. y Sánchez, C. (2013). *Psicoterapia Focal de Niños - Una aplicación del modelo psicoanalítico en la red de salud pública*. Barcelona: Octaedro.
- Defey, D., Montado, G., Navarro, R. y Rubin, E. (2004). *Vidas en crisis. La técnica de la psicoterapia focal psicoanalítica en vivo, Psicoterapia psicoanalítica focalizada*, Tomo 1. Pelotas (Brasil): Educat.
- Ferenczi, S. (1921). Prolongaciones de la técnica activa en Psicoanálisis. En *Obras completas de Sándor Ferenczi, Tomo III*. Madrid: Espasa Calpe.
- Fiorini, H. (2002). *El concepto de foco en Teoría y Técnicas en Psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas, Vol. XXIII*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García Arzeno, M. E. (1997). La psicoterapia

- psicoanalítica breve o focalizada. *Rev. Cuba. psicol.* vol. 14, (1), 121-126.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los mecanismos maníaco-depresivos. En *Contribuciones al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Pérez, L. (2011). Psiquiatría y Psicoanálisis. Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Vol. 75 (1), 20-25.
- UNICEF (2012). *Situación de niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en Argentina*. Ministerio de Desarrollo Social, Presidencia de la Nación Argentina.
- Winnicott, D. W. (1940). El delincuente y el transgresor habitual, En *Acerca de los Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1954). Obstáculos en la adopción. En *Acerca de los Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1955). Los hijos adoptivos al llegar a la adolescencia. En *Acerca de los Niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1956). La tendencia antisocial. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1967). La delincuencia juvenil como signo de esperanza. En *Deprivación y delincuencia*, Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*, Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. W. (1988). De la teoría de los instintos a la teoría del yo. En *La naturaleza humana*. Buenos Aires: Paidós.

El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI

FERNANDO DUALDE BELTRÁN¹

RESUMEN

Los trastornos del espectro autista (TEA) y de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) ocupan un lugar cada vez más preponderante. Junto a ellos, y por otros motivos, la disforia de género (DG) completa el grupo de etiquetas diagnósticas que retratan el sufrimiento emocional del niño y del adolescente. A pesar de ello, las escasas estadísticas oficiales no sugieren la existencia de un incremento de la psicopatología en la infancia española en el siglo XXI. Se exploran algunas de las causas que contribuyen a dicha situación y se proponen aproximaciones diagnósticas alternativas. **Palabras clave:** TEA, TDAH, Disforia de género, psicopatología.

ABSTRACT

The child who suffers emotionally. The increase of psychopathology in the infancy of the 21st century's. Autism spectrum disorders (ASD) and attention deficit disorder with or without hyperactivity (AD / HD) occupy an increasingly preponderant place. Together with these and other reasons, gender dysphoria (GD) completes the group of diagnostic labels that show the emotional suffering of the child and the adolescent. Despite this, the scarce official statistics do not suggest the existence of an increase in psychopathology in Spanish childhood in the 21st century. Some of the causes that contribute to this situation are explored and alternative diagnostic approaches are proposed. **Keywords:** ASD, ADHD, Gender dysphoria, psychopathology.

RESUM

El nen que pateix emocionalment. L'augment de la psicopatologia en la infància del segle XXI. Els trastorns de l'espectre autista (TEA) i de trastorn per déficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDA/H) ocupen un lloc cada vegada més preponderant. Amb ells, i per altres motius, la disfòria de gènere (DG) completa el grup d'etiquetes diagnòstiques que retraten el patiment emocional del nen i de l'adolescent. Malgrat això, les escasses estadístiques oficials no suggereixen l'existència d'un increment de la psicopatologia en la infància espanyola en el segle XXI. S'exploren algunes de les causes que contribueixen a aquesta situació i es proposen aproximacions diagnòstiques alternatives. **Paraules clau:** TEA, TDAH, disfòria de gènere, psicopatologia.

¿Está aumentando la incidencia de patología mental en la infancia?

A juzgar por las noticias publicadas en los periódicos de distintas comunidades autónomas, durante los últimos 10 años parecería que asistimos a una epidemia (Alberola, 2016; De Antonio, 2009; García, 2017; Hospital de Manises, 2013;

Información, 2008; Mouzo, 2016). Algo similar parecen indicar los escasos datos oficiales sobre demanda existentes en alguna comunidad autónoma (Cantó, 2014; Generalitat Valenciana, 2011, 2016).

Una impresión similar se obtiene al revisar las cifras relativas al consumo de psicofármacos en niños, más específicamente las de aquellos

¹Psiquiatra y psicoterapeuta. Consulta de psiquiatría del niño y del adolescente (Valencia)
Contacto: fe.dualdeb@comv.es.

Recibido: 15/4/18 - Aceptado: 6/6/18

empleados en el tratamiento del Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H) (Criado y Romo, 2003; Criado, González, Romo, Moriano, Montero y Pérez, 2016; *Información Farmacoterapéutica de La Comarca*, 2013; Vázquez, 2017).

No obstante, toda esta información puede dar lugar a una falsa impresión: mayor demanda y mayor consumo no significan, necesariamente, un aumento de la incidencia ni de la prevalencia. Además de las consabidas prevenciones metodológicas que hay que considerar a la hora de extrapolar los datos de consumo de fármacos para establecer la incidencia (Criado y Romo, 2003; Criado et al., 2016) este efecto podría explicarse por varios motivos. Así, la ausencia de series estadísticas fiables continuadas en el tiempo (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009) dificulta el establecimiento de conclusiones sólidas que confirmen un incremento real de la patología. A ello se añade el efecto inclusivo que puede producirse como consecuencia de la modificación de los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación al uso (Rice et al., 2012).

Otra serie de factores pueden igualmente contribuir a un incremento de la demanda: la mayor concienciación de la población general respecto al sufrimiento infantil; la mejora en la detección de los casos como consecuencia de una mejor formación de los profesionales; o el establecimiento de una red específica para la atención a la salud mental infantil, a pesar de ser incompleta y con deficiencias pendientes de subsanar. Pero también la menor tolerancia a determinadas conductas que pueden resultar socialmente molestas o inconvenientes, con el consiguiente intento de medicalización de las mismas, al igual que sucede con determinadas dificultades para adaptarse a las exigencias del sistema educativo.

Finalmente, las presiones externas debidas a intereses comerciales, la menor tolerancia que se tiene hoy día en relación con el malestar cotidiano de la vida, o los cambios demográficos y sociales que han tenido lugar en los últimos años y que han dado lugar a una pérdida de apoyos y de transmisión de conocimientos que, en ocasiones, resultan básicos para llevar a cabo una crianza saludable (Assiego y Ubrich,

2015; Oliver, 2018) completan, sin intención de ser exhaustivo, la lista de posibles factores que contribuyen a explicar este incremento de la demanda de consultas y del consumo de psicofármacos en población infantil al que hemos asistido en los últimos años.

Paradójicamente, las Encuestas Nacionales de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018), indican que el riesgo de mala salud mental entre 2006 y 2011 –última serie de datos disponibles– ha disminuido en el conjunto nacional tanto en población infantil como adulta. Además, ha mejorado la salud mental infantil evaluada con las escalas que valoran síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y conducta prosocial, tanto de forma total como desagregada por rangos de edad y sexo (1).

A modo de ejercicio lúdico, quisiera reflexionar hacia dónde puede evolucionar la psicopatología que veremos en nuestras consultas. Para ello, me gustaría considerar algunas de las circunstancias que pueden servirnos para explicar dicha evolución.

Por citar unos pocos ejemplos, nos encontramos con la irrupción no solo de nuevas formas de familia, sino también de nuevas formas de parentalidad y de acceso a la misma, con lo que ello implica en términos de elaboración de los conflictos y de internalización de las figuras parentales (Béjar, 2017). A ello se añade la falta de apoyo o la pérdida del mismo en las arduas tareas de la crianza, con las consecuencias que ello conlleva (Assiego, V. y Ubrich, T., 2015). Por último, la presencia de las que seguimos llamando, anacrónicamente, “nuevas tecnologías”, cuya influencia sobre las relaciones personales en términos de inmediatez y ubicuidad establece un campo relacional con sus características propias. Las reflexiones de Baumann (2000) al respecto, sobre las que volveremos a propósito de la identidad, resultan totalmente pertinentes.

¿Cuáles son, por tanto, las predicciones? He decidido escoger tres etiquetas que engloban sendos cuadros clínicos relacionados con cada una de las etapas de desarrollo – primera infancia, latencia y adolescencia–. Cuadros que distan entre sí cuando atendemos al aspecto

externo de los mismos pero que guardan una cierta relación en términos de dinámica interna. Son aquellos pacientes que irán cayendo sucesivamente en las diferentes etiquetas diagnósticas de las que posteriormente saldrán debido a su atipicidad.

El informe de la OMS (WHO, 2005) que describe los rangos de edad típicos de presentación de unos pocos trastornos seleccionados nos pone sobre la pista: los trastornos del apego y los trastornos generalizados del desarrollo ocupan la primera infancia; las conductas disruptivas y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, la edad de latencia, para continuar hasta la edad adulta; el abuso de sustancias y las psicosis del adulto, la adolescencia.

Un vistazo al DSM-5 (APA, 2014), un texto que *marca tendencia* en la medida en que los diagnósticos emitidos se encaminan cada vez más hacia los que indica dicho manual, también nos puede dar una idea. El cambio realizado en la organización de los capítulos parece sugerir, de forma más clara que en ediciones previas, la agrupación del grueso de la patología infantil en torno a dos entidades sindrómicas: los trastornos del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H), las *estrellas* de los trastornos del neurodesarrollo.

Los trastornos del espectro autista (TEA) con evolución posterior a psicosis

Cuando unos padres vienen a consulta, en ocasiones tras haber hecho un recorrido más o menos prolongado por otros recursos, se plantea que, aunque el niño cumple algunos de los criterios de autismo, no encaja con *lo que hemos leído que es un autista*. Por otra parte, en la anamnesis de chavales púberes y adolescentes no es extraño comprobar cómo, en más de un caso, les dijeron durante la primera infancia que “tenía rasgos autistas” o que, abiertamente, era un “autismo”. Incluso chavales en los que parecía no haber dudas respecto a su *autismo*, con el tiempo y, sobretudo, con la activación que produce la pubertad, parecen perder tales características para convertirse en *algo diferente*. A esos niños que tienen ese *algo diferente* es a quienes me voy a referir.

Por un lado, los cambios sociales a los que antes hacía referencia ejercen una influencia tanto directa como remota sobre las condiciones en las que tiene lugar la crianza. Entre tales influencias interesa destacar ahora el modo en que se ve dificultado el establecimiento de un *holding* “suficientemente bueno” que permita al bebé desplegar toda la potencialidad con la que viene al mundo. La acción nociva se materializa a través de la interferencia con la estructuración del psiquismo, ya que no solo compromete los mecanismos de autorregulación –y de ahí la historia de problemas del sueño, de alimentación, de gestión de las frustraciones... –, sino que también ejerce su efecto sobre el establecimiento del apego y el desarrollo de la intersubjetividad –con el correlato de dificultades en la integración del esquema corporal, en la mentalización, en el desarrollo cognitivo, en la socialización, y, en última instancia, en el contacto con la realidad–.

Abundando en esta idea, dichas alteraciones en la estructuración del psiquismo influirían en el desarrollo neurobiológico del cerebro en la medida en que limitarían las aferencias favorecedoras de un desarrollo saludable; cerebro que, a su vez, podría estar dañado desde su desarrollo inicial a raíz de las desventajas de todo tipo ocasionadas por la modificación en las condiciones generales de crianza ya citadas y que, por tanto, podría también estar en el origen de la secuencia de dificultades arriba indicadas.

La consecuencia de toda esta serie de factores sería la irrupción, en términos psicodinámicos, de intensas angustias de fragmentación que encontrarían en el repliegue sobre sí mismo, la retirada del contacto visual, la reducción de las vocalizaciones, el menor reclamo del adulto y toda otra serie de mecanismos de defensa arcaicos, un recurso aceptable para frenar la sobreexcitación así como un daño en su siempre frágil autoestima, como nos recuerda Kohut (1989) a propósito de las personalidades narcisistas. El despliegue de dichos mecanismos es lo que ofrece un aspecto externo que podrá ser fácilmente etiquetado como TEA, etiqueta que apenas ofrece idea de una posible evolución.

Por otro lado, en línea con las críticas que ha

suscitado la sustitución de la categoría de trastornos generalizados del desarrollo por la de TEA en el DSM-5, resulta que bajo esa etiqueta tan amplia e inespecífica se privilegia una forma de funcionar –un determinado tipo de defensas– donde se pierde la riqueza para poder apreciar las diferencias entre cuadros sumamente graves –el autismo clásico tipo Kanner, por ejemplo– y otros cuadros que, igualmente graves por el sufrimiento que comportan, presentan un pronóstico algo más favorable. Esta indefinición podemos encontrarla en el apartado dedicado a la comorbilidad del autismo, cuando se indica que “muchos individuos con trastorno del espectro autista tienen síntomas psiquiátricos que no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno (aproximadamente el 70 % de los individuos con trastorno del espectro autista puede tener un trastorno mental comórbido, y el 40 % puede tener dos o más trastornos mentales comórbidos)” (APA, 2014).

¿Comorbilidad o resultado de la sobreinclusión de cuadros dispares bajo el paraguas de TEA? Lo que en ocasiones vemos en la evolución de los niños previamente diagnosticados así son cuadros que, desde un punto de vista psicodinámico, entrarían dentro del grupo de las psicosis. Son los cuadros que los autores franceses han agrupado bajo el concepto de *disarmonías psicóticas* –aunque, en ocasiones, también incluiría algunas disarmonías evolutivas propias de las patologías límite de la infancia– y que guardan una estrecha relación con el olvidado trastorno del desarrollo multiplex (Cohen, Paul y Volkmar, 1986; Contreras, 2007; Tordjman et al., 1997).

Se trataría de la constatación de que las dificultades detectadas inicialmente, entre las que el retraimiento sería uno más de los mecanismos de defensa, evolucionan hacia una estructuración psicótica. Pero en la medida en que también hay otros recursos disponibles, se logra una estructuración que, aunque frágil, permite una evolución que poco a poco los aleja de las características iniciales del cuadro. Son los niños que van quedando en los márgenes del sistema educativo. Pero también aquellos otros con síntomas menos evidentes que, posteriormente, con la entrada en la pubertad y la

adolescencia, correrán el riesgo de desembocar en una enfermedad mental grave (García, 2017).

Así pues, la primera predicción es el aumento de los casos que, diagnosticados inicialmente como TEA, debutarán como cuadros psicóticos en la adolescencia.

Las patologías límite de la infancia con resolución a modo de personalidades narcisistas

En la práctica diaria, en el medio escolar, en la vida cotidiana sorprende la elevada frecuencia de diagnósticos de TDA/H que, al igual que sucede con el TEA, seguramente está muy por encima de la prevalencia real. La imprecisión en la definición del TDA/H, al igual que sucede con el TEA, puede llevar –y, de hecho, lleva– a que cualquier niño en edad escolar que presenta dificultades de cierta envergadura reciba ese diagnóstico, por más que en muchas ocasiones no cumpla los criterios necesarios. Más allá de la crítica al concepto, lo que interesa rescatar ahora es que se trata de una etiqueta que engloba a un grupo heterogéneo de pacientes.

Esta hipotética relación entre ambas entidades sugerida en el párrafo anterior es, en realidad, una de las tendencias actuales que surgen a partir de la perspectiva que plantea el DSM-5, como bien ilustra el texto de Carrascosa y De Cabo (2015): “a la vista de los criterios del nuevo DSM-5, que permiten los diagnósticos duales de los comportamientos de TEA y TDA/H, más investigaciones acerca del solapamiento clínico de estas dos condiciones posiblemente mejore nuestra comprensión de los factores etiológicos/genéticos y de los mecanismos metabólicos comunes de estos trastornos, así como de la secuencia adecuada de intervenciones terapéuticas y de tratamiento farmacológico en los casos de coexistencia, especialmente en la infancia temprana. Queda por averiguar si las intervenciones tempranas pueden modificar el curso del *TEA in statu nascendi*, entendido como un *continuum* con otros trastornos del neurodesarrollo como el TDA/H o el trastorno de la comunicación social de tipo leve o moderado”.

Lo que parece sugerir el DSM-5 en términos de continuidad o solapamiento entre el TEA y

el TDAH podría ser, en realidad, consecuencia de la progresiva indiferenciación en la definición de ambos cuadros como consecuencia de la modificación de los criterios diagnósticos, tal vez en su intento por recoger, de la forma menos condicionada posible por la teoría, el devenir del grueso de pacientes que conforma la psicopatología de la infancia.

Desde una perspectiva dinámica, esa continuidad entre ambas entidades se expresa en términos de funcionamiento psíquico, de modo que un mismo tipo de dificultades en la estructuración del psiquismo recibiría diferentes etiquetas diagnósticas en diferentes momentos del desarrollo.

Por ello, más allá de la existencia de una hipotética vía común para ambos tipos de trastornos, merece la pena insistir en el concepto de las patologías límites de la infancia de Misès (2000), que otros autores hacen coincidir con el TDA/H (Janín, 2004; Lasa, 2008).

Lo que interesa de esta concepción es que en función de los diferentes factores que confluyen -genéticos, hereditarios, temperamento, crianza...-, y del momento y duración de sus influencias, se produciría una *discontinuidad de los cuidados parentales* responsable de fallas más o menos significativas en la estructuración del psiquismo de los niños. Dichas fallas darían lugar a una sintomatología que podría ser etiquetada como TEA, cuando el daño fuera más extenso y/o temprano, los mecanismos de defensa fueran más arcaicos y la sintomatología apareciera de forma más temprana; o bien podría ser diagnosticada de TDA/H, cuando el daño fuera menos extenso y/o tardío, se lograra recurrir a otros mecanismos de defensa más elaborados y la sintomatología apareciera en una edad posterior.

Este enfoque, a su vez, explicaría la transición de un cuadro al otro, evitando la siempre farfalleosa cuestión, desde un punto de vista epistemológico, de la comorbilidad: las dificultades vistas como TEA en la primera infancia, con la maduración y desarrollo posteriores, pasarían a adoptar la forma de un TDA/H. Por los mismos motivos, la continuidad que evocaría el DSM-5 entre dos trastornos aparentemente tan dispares quedaría desmontada si se reservara el diagnóstico de autismo para casos graves y

se empleara otro término para los casos diferentes.

No obstante, si bien el concepto de patologías límites de la infancia rellena ese hueco, en la medida en que hace referencia a unos cuadros proteiformes que señalan una falta de organización -o una organización deficiente- del psiquismo, abierta a muchas evoluciones posibles, e indicativa de un sufrimiento mayor que el que acompaña a las neurosis y a los trastornos del carácter, no está exento de críticas ya comentadas en otro lugar (Dualde y Becerra, en prensa), principalmente por el riesgo de caer en la misma inespecificidad que la de otros constructos teóricos como el TDA/H.

Más allá de si está o no justificado el empleo de la etiqueta de TDA/H, las estadísticas referidas en el primer apartado indican cómo el empleo prioritario de ese diagnóstico -o el recurso significativamente elevado a la medicación indicada para su tratamiento farmacológico-, hablan de la existencia de un malestar, como ilustra Londoño Paredes (2017), que se acompaña de un incremento de las dificultades para la estructuración psíquica.

Y es que en un periodo del desarrollo donde una de las labores principales es la construcción de la propia personalidad, las carencias iniciales redundarán en la insuficiencia de las identificaciones y comprometerán el establecimiento de los vínculos, dejando un terreno abonado para acogerse a modelos - las etiquetas diagnósticas- en torno a los cuales se estructurará la identidad.

Fenichel (1941) ya planteaba esta cuestión a propósito de la importancia que tienen las identificaciones en el proceso de estructuración del carácter: cómo la *identificación con objetos mal elegidos* conduce a la creación de rasgos patológicos de carácter; cómo los cambios frecuentes y rápidos en el medio ambiente del niño -la discontinuidad de cuidados parentales a la que antes hacíamos referencia- dificulta el establecimiento de identificaciones duraderas; cómo, en suma, "cada ambiente cultural tiende a producir estructuras caracterológicas similares en la mayoría de los niños que crecen bajo su influencia, frustrando ciertos impulsos, estimulando otros, formando ideales y deseos, surgiendo modos de defensa y soluciones para

los conflictos creados por esas mismas sugerencias. De este modo, la denominación de *trastornos del carácter* corresponde a cosas bien diferentes en diferentes condiciones culturales. Lo que representa el orden en un medio ambiente significa *desorden* en otro”.

Este *balizado* estará también sostenido por las expectativas sociales, tal y como desarrolla Novella (2015) en su trabajo acerca de las identidades inestables que remiten “a un mundo que ha perdido el rumbo y los referentes, pero que ofrece todo tipo de herramientas de navegación y posibilidades de identificación; un mundo que fomenta la riqueza expresiva, pero que tiende a disolverla en la búsqueda incesante de la espectacularidad, la inmediatez y el impacto; un mundo, en definitiva, que oscila permanentemente entre la omnipotencia y la insuficiencia, la oportunidad y la desesperación, la abundancia y el vacío”.

Esta tendencia evolutiva característica de nuestro tiempo también es señalada por otros autores (Knauer, 2017) desde una perspectiva clínica al indicar cómo en la adolescencia el nuevo malestar psíquico toma sobre todo la forma de sentimientos de insuficiencia que se asemejan, a menudo, a la depresión.

Esto nos devuelve a las patologías límites de la infancia, una de cuyas posibles salidas es hacia las personalidades narcisistas (Misès, 2000), salida que resulta adaptativa y puede ser muy aceptada socialmente, desde formas más benignas hasta aquellas otras más dañinas. Ejemplos ilustrativos de ello los vemos en todas las áreas de nuestra vida: algunos concursantes de programas de cocina, tertulianos, tronistas; políticos; compañeros y jefes *tóxicos*; parejas sustentadas por el culto al cuerpo en un intento por retener una adolescencia eterna... En ellos apreciamos la dificultad para escuchar al otro, máxime cuando lo que el otro tiene que decir sentimos que pueda ser una amenaza para nuestra identidad; la dificultad para tolerar la frustración y la crítica, con el recurso a la devaluación y el ataque al otro en la habitual espiral de *y tú más*; la falta de empatía, de poder colocarse en el lugar del otro para entender sus motivos y vivencias; sin olvidar a la presencia, en ocasiones, de rasgos paranoicos y psicopáticos acompañantes.

Todo ello sin olvidar cómo el estado actual de la psicopatología dominante, con la preponderancia del diagnóstico de TDA/H, ha provocado la desaparición del concepto de psicosis infantil entre los propios profesionales de la salud mental infantil y, a consecuencia de ello, la eventual evolución que pueden sufrir las patologías límites de la infancia hacia una psicosis en la adolescencia acaba resultando en una sorpresa *surgida de la nada*, frente a la que no se ha podido apenas intervenir.

Por todo ello, la segunda predicción aventurará el aumento de la prevalencia de las variantes narcisistas de patología de la personalidad como salida estructurada a los abundantísimos casos etiquetados de TDA/H.

Disforia de género como paradigma de la psicopatología posmoderna

Resulta tentador explicar las vicisitudes de la psicopatología a la luz de las características de la posmodernidad. De hecho, la cuestión de la identidad sexual y las numerosas variantes de género parecen darle la razón.

Numerosos autores, entre los que cabe citar a Álvarez (2008), nos han mostrado cómo las enfermedades mentales son un constructo teórico que intenta atrapar, en cada época histórica, las peculiaridades de lo que se considera extravío moral, conducta desviada, sufrimiento emocional. En este caso, del mismo modo que la problemática narcisista de la personalidad a la que hemos hecho referencia en el apartado anterior podría ilustrar la crisis de la modernidad y el paso a la posmodernidad, la narrativa de la identidad de género, impregnada como está del discurso de esta última, ilustraría de forma prototípica la psico(pato)logía de la posmodernidad.

Abundando en ello, así como en el siglo XIX el discurso psiquiátrico buscaba su legitimación como disciplina médica y científica a partir de la actividad del colectivo profesional los alienistas (Huertas, 2002), en el siglo actual ese discurso se configura de manera diferente pues está sometido a las tensiones que emanan del diverso poder de influencia de los diferentes grupos de presión: colectivos profesionales, legisladores, gestores, proveedores de servicios,

industria farmacéutica, sistema educativo, asociaciones cívicas, usuarios... De la capacidad de conciliar, en la medida de lo posible, las diferentes tensiones, dependerá la mayor o menor aceptación del constructo teórico resultante.

En este sentido, parece importante destacar cómo una de las últimas influencias en aparecer, pero no por ello menos importante, es la derivada del autotempoderamiento de los usuarios a través de colectivos y de asociaciones de pacientes y familiares. Esta fuerza, capaz de generar –o de presionar para que se genere– un discurso alternativo al que elabora la psiquiatría *oficial*, tiene en la identidad de género uno de los mejores ejemplos (World Professional Association for Transgender Health [WPATH], 2010), tal y como ha quedado demostrado, por ejemplo, en los cambios en el texto de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (2017), en trámite de aprobación por el parlamento español, en consonancia con la declaración de la WPATH (2015).

Éste y otros ejemplos (Mad in America, 2017) contribuyen a generar una sensación de pérdida en la capacidad en la elaboración –y control– del discurso psicopatológico que acusa una parte del colectivo psiquiátrico / psicológico. Y esa pérdida de influencia por parte de quienes se encuentran en la primera línea de la atención puede acabar repercutiendo en la calidad de los servicios que recibe el paciente, en la medida en que se produce un hiato significativo entre las expectativas que se le han generado al usuario y la realidad ofrecida por el sistema de salud.

No se trata de negar el sufrimiento psíquico, sino de entender que la labor descriptiva y taxonómica de la psicopatología va por detrás de los acontecimientos, a los que intenta dar una coherencia y una explicación. Inevitablemente condicionada por el entorno social, la psicopatología se ve sometida a una serie de tensiones que hoy en día, a propósito de los cambios sociales sobrevenidos que caracterizan la modernidad tardía, son aún más intensas. En ese contexto, la labor del profesional de la salud mental se torna más compleja.

Una dificultad a la hora de abordar la cuestión de la variabilidad de género estriba en el

desconocimiento –o la omisión voluntaria– de las vicisitudes del desarrollo del concepto de la identidad y su relación con la sexualidad y el género (Pfäfflin, 2014). Dicho concepto –el de la identidad– surge en el contexto de la tradición filosófica centroeuropea del siglo XIX y recibe aportaciones posteriores de parte de la sociología que, apoyada en el modelo freudiano de estructuración de la personalidad, culmina en la obra de Erikson.

Diversas aproximaciones psicoanalíticas a la cuestión plantean que la experiencia de identidad no sería innata, sino que más bien se trataría de un constructo que se elaboraría en el contexto de la relación con el otro, poniendo el foco en la experiencia subjetiva de la identidad; que dicho proceso estaría íntimamente relacionado con el control de las pulsiones; y que debería entenderse en términos de funcionamiento en lugar de quedar restringido a su contenido, como habitualmente sucede con las definiciones categoriales (Vanheule y Verhaeghe, 2009).

A ello hay que añadir la distorsión provocada por la introducción del término *género*, que responde a las necesidades lingüísticas del inglés pero que carece de sentido tanto en las lenguas románicas como en el alemán. En la medida en dicho término –el *género*– ocupa un lugar preponderante en el discurso imperante en torno a la sexualidad, ha terminado por oponerse al término sexo con la renuncia dialéctica a integrar los conceptos de naturaleza y ambiente.

Además, es en el transcurso de esas vicisitudes cuando se desglosan y alcanzan autonomía conceptual aspectos parciales del género tales como la identidad, el rol y la expresión del mismo, hasta acabar formado parte del cuerpo teórico de textos de notable peso en el campo de la variabilidad de género, como las *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género* (WPATH, 2012).

Conforme a estos planteamientos la cuestión de la identidad se vería reducida, en gran medida, a la forma en la que se vive el propio género, de modo que las categorías tradicionales de masculino y femenino resultarían insuficientes para *atrapar* la complejidad de una experiencia que se asume como variable, cambiante,

inconstante... Cobrarían así sentido las 71 opciones de género que contemplaba Facebook en 2014 para los usuarios del Reino Unido, o las 37 que ofrece Tinder desde 2017.

Tal vez por todo ello el DSM-5 lleva a cabo el reemplazo del *Trastorno de identidad de género* por el de *Disforia de género*: “el término actual es más descriptivo que el anterior término del DSM-IV, de *trastorno de identidad de género*, y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad *per se*” (APA, 2014, p. 451).

Se desentiende así del conflicto principal –la complejidad de la elaboración de la identidad y las dificultades que pueden sobrevenir en dicho proceso– en la medida que trasciende la dimensión clínica y pasa a ser abordado también desde la sociología (Giddens, 1995), para focalizarse en la disforia, concepto menos expuesto a debate por parte del público general, aunque no por ello exento de controversias.

Se dan, por tanto, los elementos necesarios para que las diferentes administraciones privilegien la identidad expresada por el individuo y quede en un plano accesorio la eventual presencia de psicopatología asociada a la misma. Así, la eliminación del requisito de la valoración psiquiátrica / psicológica en menores, entendida como un logro en el reconocimiento de los derechos individuales, puede acarrear la ausencia de un apoyo psicológico que permita al individuo en desarrollo transitar por un proceso enormemente complejo debido a las dinámicas emocionales que se entran en juego. Ello, sin olvidar que las decisiones garantistas de la Administración, cuando no van implementadas de la correspondiente dotación económica y de personal, corren el riesgo de convertirse en papel mojado, pues pueden dejar sin cobertura un problema que requiere una atención prioritaria.

Descendiendo al terreno de la práctica cotidiana, quedaría por resolver la cuestión de cómo abordar, en un sistema todavía marcado por los postulados más tradicionales de la modernidad, un concepto cada vez más cargado de una visión posmoderna del mundo. La contradicción frente a la que nos encontramos es que se pide / exige a los profesionales certificar con su propia subjetividad la subjetividad del otro en función de unos parámetros

que no sólo no forman parte de un lenguaje común, sino que cuestionan incluso su validez epistemológica como referencia para determinar la normalidad / patología. Esto es particularmente significativo en el caso de la llamada disforia de género, donde lo que puede ser un momento evolutivo de una personalidad en desarrollo se le dota de las características de validez absoluta... aunque sólo sea por un tiempo.

El trabajo de Wren (2014) ofrece una perspectiva interesante que intenta evitar una posible colisión entre los distintos actores –en última instancia entre usuarios y profesionales–, ante el riesgo de que la disparidad de criterio acerca de la variabilidad de la identidad de género entre unos y otros ocupe el lugar central de la intervención sin que pueda llegar a abordarse el motivo real de consulta. La labor del profesional sería, para esta autora, facilitar a la persona *trans* un espacio de reflexión donde co-construir, fuera de una visión categorial / binarista de la identidad sexual, una autonarrativa acerca de cómo es vivido el propio género en un contexto donde el significado de *trans* está en constante redefinición. Se trata de una tarea similar a la que describe Foucault (2005) en torno la de elaboración de una identidad homosexual en la edad moderna.

Ahora bien, al hilo de la deconstrucción discursiva del conocimiento que conlleva la posmodernidad, ¿tiene sentido desgajar la sexualidad como elemento autónomo de la identidad del individuo, tal y como sugieren los planteamientos vistos hasta ahora? En la medida en que se cuestiona el binarismo, parecería que la consecuencia inevitable sería la crítica y deconstrucción de la dualidad de género. Sin embargo, una crítica a este punto de vista parcial, junto con una explicación más profunda del devenir de la identidad, la encontramos en el excelente trabajo de Tubert (2003), de obligada lectura.

En él nos muestra cómo Freud lleva a cabo una labor igualmente deconstructiva de las categorías de masculino y femenino operando, paradójicamente, con términos producto de una lógica binaria: “he mencionado la dificultad de transponer a lo psíquico una construcción binaria de las categorías sexuales (masculino–

femenino) que toma como modelo el dimorfismo sexual anatómico y pretende superponerlo al polimorfismo de la realidad psíquica. Toda explicación que se apoye en analogías con el cuerpo orgánico –que no es, por otra parte, el cuerpo real, sino el cuerpo construido por la biología– será necesariamente imaginaria porque no toma en consideración la heterogeneidad del *organismo* y el *cuerpo erógeno*, cuerpo que la historia de cada sujeto configura como una cartografía particular del placer y del dolor” (p. 369).

Para esta autora, la clave se encontraría en las vicisitudes que atraviesa el desarrollo del individuo hasta la lograr la estructuración psíquica, con especial énfasis en el logro del control instintivo por parte del yo y, por ende, en la integración del impulso sexual, indeterminado y dotado de múltiples posibilidades derivadas de su polimorfismo. Desde un punto de vista psicodinámico, esta cuestión reviste importancia pues remite, por un lado, a la construcción personal de la identidad de cada individuo, que progresa a través de múltiples vicisitudes y la convierten en un producto único. Y, por otro, a la dificultad para la elaboración de algunos de los conflictos universales por los que atraviesa el desarrollo del individuo, principalmente la elaboración del complejo de Edipo y de la angustia de castración.

Siguiendo dichos argumentos, masculinidad y feminidad serían, por tanto, el punto de llegada en el proceso de elaboración de la propia identidad y no el de partida. Dicho proceso partiría, en origen, de la diferencia anatómica y, en la medida en que dicha diferencia remitiría a una *falta* –o, mejor dicho, a la representación psíquica de una falta–. Se pondrían entonces en marcha los complejos mecanismos que darían lugar, tras muchas vicisitudes, a la estructuración del aparato psíquico. Todo ello en un contexto donde la intersubjetividad, la relación con el otro y, en última instancia, la relación con la sociedad, acabarían configurando la identidad en un proceso mutuamente influyente; identidad que tiene que establecerse, ineludiblemente, sobre un cuerpo sexuado: “[L]a imagen que tenemos de nosotros mismos no es una función psicológica aislada, sino una representación narcisista del yo que se modela

en función de un ideal correspondiente a los emblemas culturalmente propuestos para cada sexo, mediatizados por los personajes de nuestro entorno a los que deseamos o con los cuales nos identificamos” (pp. 388 y 379).

Esta perspectiva enriquece y supera los planteamientos terapéuticos de Wren, en la medida en que va más allá del objetivo de ayudar a elaborar una narrativa respecto a la propia identidad, sustentada en el género, para plantear que la labor del terapeuta debe estar al servicio de integrar la sexualidad en sentido amplio, esto es, el deseo y los conflictos a los que éste da lugar. Y es que, como Tubert misma nos previene, ubicar el género en un primer plano corre el riesgo de ocultar por completo el auténtico trabajo que comporta la elaboración de la identidad, en los términos en los que la venimos definiendo.

Desde esta perspectiva, la variabilidad de género supondría, por tanto, la permanencia en una indefinición que, favorecida por los cambios socioculturales y por la ideología dominante de relativización, serviría tanto para negar la diferencia básica –el cuerpo sexuado– de la que parte el proceso de elaboración de la identidad, como para obviar una de las labores principales de dicho proceso, la integración y apropiación del deseo sexual, con los inevitables conflictos a que ello da lugar.

En última instancia se llegaría “lugar común”, las palabras de Reiche (1997, citado por Tubert, 2003) que tantos autores reproducen: “el género se convierte en la metáfora central de una época: la identidad encubre tanto la sexualidad como su carácter problemático. El triunfo del género sobre el sexo es un triunfo de los tiempos, en tanto borra los límites entre los sexos y elimina el conflicto a través de la afirmación de la propia identidad; condensa el deseo de una sexualidad libre de conflictos al precio de la represión de la sexualidad”.

Así pues, la tercera predicción es que asistiremos al incremento de casos relacionados con la compleja situación que lleva aparejada la variabilidad de género. En otras palabras, la disforia de género, en tanto que una de las variantes más evidentes de la difusión de la identidad, puede convertirse en una señal definitoria de nuestra época.

A modo de conclusión

*En los mismos ríos entramos y no entramos,
pues somos y no somos los mismos*
Heráclito

El mundo ha cambiado. De hecho, es siempre cambiante si bien, en algunas épocas, la velocidad a la que se suceden los cambios nos fuerza a tener que adaptarnos con mayor rapidez, lo que no siempre es posible. Esto quiere decir que nos enfrentamos a problemas nuevos con viejas herramientas que pueden, o no, dar cuenta de tales cambios y novedades. Por otra parte, como profesionales, podemos sentir la necesidad de que haya una constancia en los “objetos” de nuestro trabajo, en nuestros conocimientos... que algunas cosas permanezcan y que determinados saberes sean perdurables, deseando que sean útiles más allá de la cultura y de las sociedades a lo largo del tiempo.

En el caso de la llamada variabilidad de género, así como en las nuevas formas de parentalidad, las tensiones son inevitables. De igual modo, la cuestión de determinar qué es salud mental y qué no lo es, de dar valor creativo a la psicosis frente a su potencial empobrecedor, es una cuestión seguramente irresoluble.

He aventurado la hipotética predominancia de una serie de diagnósticos que, por diferentes motivos, parecen ocupar un lugar central en la práctica clínica de la salud mental infantil de la época actual. Espero que las ideas expuestas a lo largo de estas páginas contribuyan a conjurar el riesgo de que dicha preeminencia anule la necesaria reflexión que cada uno de nosotros debemos llevar a cabo, constantemente, con cada paciente para lograr que el potencial evolutivo del niño –del ser humano– siga siendo esa fuerza al servicio del desarrollo que es importante cuidar, atender, trabajar... para lograr una estructuración sólida de su psiquismo, de su personalidad.

Agradecimientos

A Libertad Orazi y a los compañeros del grupo de Alicante por su propuesta de reflexión que ha dado lugar a este trabajo.

Notas

(1) Existen diferencias entre comunidades autónomas, siendo llamativo el empeoramiento en el País Vasco en las cinco áreas estudiadas –pese a la inversión realizada en salud mental infantil– y el de Asturias, Extremadura y Murcia en cuatro de las cinco áreas. Por variables, la hiperactividad es, curiosamente, la que menos empeora, estando afectada sólo en Asturias, Cataluña, Navarra y País Vasco.

Bibliografía

- Alberola, P. (27 de marzo de 2016). Los problemas de conducta acaparan las consultas de los psiquiatras infantiles. *Información*. Recuperado de: <http://www.diarioinformacion.com/alicante/2016/03/27/problemas-conducta-acaparan-consultas-psiquiatras/1743215.html>
- Álvarez, J. M. (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid, Gredos.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos14.pdf>
- Assiego, V. y Ubrich, T. (2015). *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias mono-parentales*. Madrid: Save the Children. Recuperado de: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/829/Mas_solas_que_nunca.pdf
- Béjar Trancón, A. (2017). Reproducción asistida, parentalidad y asistencia al crecimiento. *Revista de Psicoterapia Y Psicosomática*, 95.
- Baumann, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Cantó, T. J. (2014). *Evolución gráfica de la demanda de consulta (USMI del HGUA y del HUSJ)*. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/salutmentalinfantil/las-usmi/protocolos/protocolo-de-derivacion/evolucion-de-la-demanda>

- Carrascosa-Romero, M. C. y De Cabo- De La Vega, C. (24 de septiembre de 2015). The Comorbidity of ADHD and Autism Spectrum Disorders (ASDs), en *Community Preschoolers, ADHD Jill M. Norvilitis, IntechOpen*, Recuperado de: <https://www.intechopen.com/books/adhd-new-directions-in-diagnosis-and-treatment/the-comorbidity-of-adhd-and-autism-spectrum-disorders-asds-in-community-preschoolers>
- Cohen, D. J., Paul, R. y Volkmar, F. R. (1986). Issues in the Classification of Pervasive and Other Developmental Disorders: Toward DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(2), 213-220. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)60228-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60228-4)
- Contreras, M. M. (2007.). Trastorno del desarrollo múltiple y complejo. Comparación con la disarmonía psicótica. En *Curso virtual interdisciplinario a distancia. Salud mental, psicología y psicopatología* (pp. 1-12). Recuperado de: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/1/final15.pdf>
- Criado Alvarez, J. J. y Romo Barrientos, C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*, 37(9), 806-10. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14606045>
- Criado Álvarez, J. J., González González, J., Romo Barrientos, C., Mohedano Moriano, A., Montero Rubio, J. C. y Pérez Veiga, J. P. (2016). Variabilidad y tendencias en el consumo de fármacos para los trastornos por déficit de atención e hiperactividad en Castilla-La Mancha, España (1992-2015). *Neurología*, 282, 1-9.
- De Antonio, A. (16 de marzo de 2009). Las consultas a la unidad de Salud Mental Infantil aumentan un 40 %. *La voz de Galicia*. Recuperado de: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/ferrol/2009/03/16/consultas-unidad-salud-mental-infantil-aumentan-40/0003_7593623.htm
- Dualde Beltrán, F. y Becerra Gordo, M. (n.d.). *Las patologías límites del niño*. En prensa.
- Fenichel, O. (1941). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. México: Paidós, p. 564
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- García, A. R. (29 de octubre de 2017). El alto número de ingresos de adolescentes por problemas psiquiátricos alarma a los médicos. *El Diario Montañés*. Recuperado de: <http://www.eldiariomontanes.es/cantabria/alto-numero-ingresos-20171029200501-ntvo.html>
- Generalitat Valenciana, Conselleria de Salut Pública (2011). *Observatorio de Salud Infantil y Perinatal (OSIP) / Situación de la salud / Salud mental en la infancia y la adolescencia / Todas las tablas y gráficas de Salud Mental en la infancia y la adolescencia 201*. Recuperado de: http://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/osip/2007/OSIP_SS_SMIA_2011_TODAS.pdf
- Generalitat Valenciana (2016). *Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Año 2015*; Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, pp. 221, 224-226. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/157385/6697728/Memoria+de+Gesti%C3%B3n+2015.pdf>
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo*. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Ediciones Península.
- Huertas García-Alejo, R. (2002). *Organizar y persuadir: estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*. Madrid: Frenia.
- Janín, B. (2004). *Niños desatentos e hiperactivos (ADD/ADHD) Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad*, Argentina: Noveduc.
- Knauer, D. (2017). Introducción. En N. Nanzer, D. Knauer, F. Palacio Espasa, Z. Qayoom-boulvain, F. Hentsch, P. Clinton,... I. L. E. Scouezec (Eds.), *Manual de psicoterapia centrado sobre la parentalidad* (1a, pp. 1-22). Barcelona: Ediciones Octaedro. Recuperado de: <https://octaedro.com/appl/botiga/client/img/08016.pdf> pp. 13-14
- Kohut, H. (1989). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 26-27.
- La Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital de Manises amplía sus consultas para atender 300 nuevos casos este año. (11 de septiembre de 2013). *Hospital de Manises*. Recuperado de: <https://www.hospitalmanises.es/la-unidad-de-salud-mental-infantil-del-hospital-de->

- manises-amplia-sus-consultas-para-atender-300-nuevos-casos-este-ano/
- Las consultas por enfermedad mental en niños y adolescentes crecen un 20 %. (5 de octubre de 2008). *Información*. Recuperado de: <http://www.diarioinformacion.com/alacanti/2008/10/05/consultas-enfermedad-mental-ninos-adolescentes-crecen-20/804646.html>
- Lasa Zulueta, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Ediciones Altxa.
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, *BOE de 16 de marzo de 2017*.
- Londoño Paredes, D. E. (2017). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una mirada socio-cultural. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 477-496. Recuperado de: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/download/17017/16887>
- Mad in America (29 de abril de 2017). Plantas de psiquiatría libres de medicación: una nueva opción en Noruega. Locura, comunidad y derechos humanos. *Mad in America para el mundo hispanohablante*. Recuperado de: <https://madinamerica-hispanohablante.org/plantas-de-psiquiatria-libres-de-medicacion-una-nueva-opcion-en-noruega/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Encuesta Nacional de Salud de España*. Portal estadístico del SNS. Recuperado en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=42>
- Misès, R. (2000). Actualidad de las patologías límites del niño. *Cuadernos de Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, 30, 5-19. Recuperado de: <http://www.sepypna.com/documentos/psiquiatria30.pdf#page=7>
- Mouzo, J. (4 de enero de 2016). Los niños atendidos por trastornos mentales crecen un 27 % desde 2009. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/ccaa/2016/01/04/catalunya/1451938159_928603.html
- Novella, E. J. (2015). Identidades inestables: el síndrome borderline y la condición postmoderna. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 18(1), 118-138. Recuperado de: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/RLPF%2003%202015/p.118-138.Hist.psiquiatria.Latino%20mar.2015.CV.pdf>
- Oliver, D. (11 de enero de 2018). La soledad de la maternidad. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2018/01/11/mamas_papas/1515682730_474645.html
- Pfäfflin, F. (2014) Identity: A Historical and Political Reflection. En: Giordano, S., y Waal, H. A. D. De. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. Focus on Sexuality Research*. pp. 331-346. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7441-8>
- Reiche, R. (1997). Gender ohne Sex. Geschichte, Funktion und Funktionswandel des Begriffs "Gender". *Psyche: Zeitschrift Für Psychoanalyse Und Ihre Anwendungen*, 51(9), 926-957.
- Rice, C. E., Rosanoff, M., Dawson, G., Durkin, M. S., Croen, L. A., Singer, A. y Yeargin-Allsopp, M. (2012). Evaluating Changes in the Prevalence of the Autism Spectrum Disorders (ASDs) HHS Public Access. *Public Health Rev*, 34(2), 1-22. <https://doi.org/10.1002/jcp.24872>.
- Tordjman S., Ferrari P., Golse B., Bursztejn C., Botbol M., Lebovici S. y Cohen D. J. (1997). Dysharmonies psychotiques et multiplex developmental disorder: Histoire d'une convergence. *La Psychiatrie de l'enfant*, 40(2): 473-504.
- Trastornopordéficitdeatenciónconhiperactividad (TDAH): ¿Infra o sobrediagnosticado? ¿Infra o sobremedicalizado? Una reflexión. (2013). *Información Farmacoterapéutica de La Comarca*, 21(5), 35-39. <https://doi.org/10.1503/cmaj.111752>. Recuperado de: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_21_5_bis.pdf
- Tubert, S. (2003). ¿Psicoanálisis y género? En: Tubert, S. (Ed.). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto. Feminismos (1a)*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vanheule, S. y Verhaeghe, P. (2009). Identity through a Psychoanalytic Looking Glass. *Theory & Psychology*, 19(3), 391-411. <https://doi.org/10.1177/0959354309104160>
- Vázquez Casar, M. (2017). *Study of the use of medicines for the treatment of attention deficit and hyperactivity disorder in Catalonia*.

Universidad de Girona.

World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans (Mental health policy and service guidance package)*. Suiza: World Health Organization. Recuperado de: http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/9_child%20ado_WEB_07.pdf

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2010). *De-Psycho-pathologisation Statement*, p. 1. Recuperado de: https://amo_hub_content.s3.amazonaws.com/Association140/files/de-psycho-pathologisation-5-26-10-on-letterhead.pdf

WPATH. (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género (7a)*. Recuperado en: https://amo_hub_content.s3.amazonaws.com/Association140/files/SOC-Spanish-v2.pdf

WPATH. (2015). *WPATH Statement on Legal Recognition of Gender Identity*. Recuperado de: http://amo_hub_content.s3.amazonaws.com/Association140/files/WPATH-Statement-on-Legal-Recognition-of-Gender-Identity-1-19-15.pdf

Wren, B. (2014). Thinking postmodern and practicing in the enlightenment: Managing uncertainty in the treatment of children and adolescents. *Feminism and Psychology*, 24(2), 271-291.

Simbiosis y narcisismo en la adolescencia. A propósito de un caso

JOSÉ ANDRÉS SÁNCHEZ PÉREZ¹ Y ALFONS ICART²

RESUMEN

Las reflexiones que mostraremos a continuación parten de la experiencia asistencial con un caso asistido por los autores del artículo en co-terapia y de las conversaciones inter-sesión. Una gran parte de las reflexiones sobre el caso las hemos podido hacer a posteriori de la experiencia terapéutica. Nuestro objetivo principal es el cuidado y atención de los menores y sus familias. Escribir este artículo permite la elaboración mental del caso y la función de presentarlo es repensarlo para seguir velando por mejorar la asistencia a la salud mental infantil y juvenil desde nuestra institución. *Palabras clave: simbiosis, narcisismo, adolescencia, gestión clínica, parentalidad, psicoterapia familiar dinámica.*

ABSTRACT

Symbiosis and narcissism in adolescence. About a case. The reflections that we are going to show are based on our care experience in co-therapy and on conversations between sessions. A large part of the case reflections has been made after the therapeutic experience. Our main objective is the care and attention of minors and their families. Writing this article allows the mental elaboration of the case and presenting it aims at reconsidering and making our institution keep on improving the mental health assistance of children and youth. *Keywords: symbiosis, narcissism, adolescence, clinical management, parenthood, dynamic family psychotherapy.*

RESUM

Simbiosi i narcisisme en l'adolescència. A propòsit d'un cas. Les reflexions que mostrarem a continuació parteixen de l'experiència assistencial amb un cas assistit pels autors en co-teràpia i de les converses inter-sessió. Una gran part de les reflexions sobre el cas les hem pogut fer a posteriori de l'experiència terapèutica. El nostre objectiu principal és la cura i l'atenció dels menors i les seves famílies. Escriure l'article permet l'elaboració mental del cas i la funció de presentar-lo és repensar-lo per seguir vetllant per millorar l'assistència a la salut mental infantil i juvenil des de la nostra institució. *Paraules clau: simbiosi, narcisisme, adolescència, gestió clínica, parentalitat, psicoteràpia familiar dinàmica.*

Introducción

En el presente caso, planteamos el diagnóstico de simbiosis madre-hija como la causa principal de la clínica tan diversa observada. Creemos que ha sido útil, en el proceso de aprendizaje, la atención en co-terapia. Somos conscientes de que la presión asistencial de la red pública, en ocasiones, dificulta este dispositivo de atención.

Recomendamos a los clínicos la importancia de escribir el caso como forma de aposentar los aprendizajes, elaborar el impacto de la clínica y evitar errores futuros en la medida de lo posible.

El interés en revisar este caso es por el fracaso de anteriores consultas, y emerge con los objetivos de pensar en la clínica, la gestión asistencial y generar una propuesta de revisión de una tipología de casos de gran calado en la red pública de salud mental infantil y juvenil.

¹Médico psiquiatra. Unidad de Salud Mental de Marbella. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)

²Psicólogo. Psicoanalista (SEP-IPA). Director de la Fundació Orienta (Sant Boi de Llobregat, Barcelona) y de la Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente.

Contacto: sanchezperezjoseandres@gmail.com

Recibido: 24/5/18 - Aceptado: 13/9/18

Objetivos

Clínico

En primer lugar, quisiéramos generar discusión clínica sobre el grado de adecuación de hacer múltiples hipótesis diagnósticas fenomenológicas, sintomáticas o de promover un diagnóstico etiológico y relacional que nos lleve a encontrar las raíces causales del trastorno.

En segundo lugar, queremos plantear la hipótesis de que, en este caso, los diagnósticos sintomáticos pueden no ser funcionales para resolver el caso en su complejidad.

Por último, nos planteamos mostrar un marco de trabajo adecuado para estos casos que permita resolver la problemática causal del trastorno para evitar que se repita la aparición de síntomas en otras áreas psicopatológicas.

Gestión asistencial

Queríamos mostrar el recorrido asistencial del caso y, en términos de eficiencia, reflexionar sobre los recursos utilizados en diferentes niveles: sanitarios, educativos y sociales. Las dificultades de presión asistencial en la red pública complejizan esta tarea y nos lleva a buscar diagnósticos sintomáticos que, si bien son de gran utilidad para algunos tratamientos y para tener un lenguaje común, despista y entorpecen, en otros casos de mayor gravedad, las decisiones de gestión asistencial. Pensamos que la multiplicidad diagnóstica, en sí misma, puede suponer un aumento en el gasto de recursos por la dispersión de la atención, por las frustraciones generadas a la familia y a las instituciones secundarias a los fracasos terapéuticos. No obstante, vivimos como la sociedad parte de un concepto de salud y enfermedad que nos empuja a encontrar respuestas de inmediatez a la sintomatología. Esto dificulta, a veces, pensar en las causas desencadenantes del conflicto.

Investigación y docencia

Quisiéramos describir una tipología de casos de complejo manejo, no infrecuentes en los centros de salud mental infantil y juvenil de la red pública; proponer a reflexión una mirada diagnóstica útil y eficiente que describamos como psicopatología de la simbiosis (Mahler,

1972) y estructura de la personalidad narcisista (Kernberg, 2010).

Presentación del caso

Se trata de una mujer de quince años, a la que llamaremos Y, con histórico de elevado consumo de servicios de salud mental, con varios procesos en hospitales de día, atendida en dos centros ambulatorios públicos de salud mental infantil y algunos terapeutas privados. En la primera visita en el centro de salud mental ambulatorio, solicita, a pesar de tener una grave sintomatología -a nuestro modo de ver y que nos hará saber después la madre-: “quiero que me ayudéis a que yo pueda ir al colegio”. Dice no tener ningún problema, solo que no se encuentra bien en la escuela y por eso no puede ir. “Me da ansiedad y mareos” y esto le impide mantener la jornada escolar. Niega sentir ningún malestar subjetivo en otras áreas de su vida salvo la citada. La madre, que la acompaña, nos cuenta que lleva dos años sin ir a la escuela, no tiene amigas y ambas han vivido importantes situaciones de violencia doméstica. No se relacionan con las familias de su entorno. La madre la tiene que acompañar a todas partes, ya que tiene miedo a ir sola.

El terapeuta, desde el primer contacto, tiene la impresión de que la paciente y la madre viven en una situación de importante aislamiento. El elevado consumo de servicios y la impresión inicial hacían pensar en un trastorno mental severo no tratado hasta el momento. Esta idea nos llevó a hacer unas entrevistas diagnósticas buscando la causa de la clínica. Asumimos la demanda autoritaria y exigente de la paciente por el riesgo de desvinculación pero con la mirada puesta en indagar en las causas desencadenantes de la sintomatología.

Metodología

El caso Y es un ejemplo de evolución tórpida por las dificultades clínicas y el grave deterioro del funcionamiento psicosocial. La paciente ha recibido multitud de diagnósticos fenomenológicos y de todo el espectro de las clasificaciones europeas y americanas CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM-IV

(American Psychiatric Association, 2000): TEA/TGD (Trastorno del Espectro Autista/Trastorno generalizado del desarrollo), Trastornos afectivos, Trastorno disocial o Trastorno negativista desafiante (TND), Fobia social o escolar, Trastorno de Personalidad Obsesiva, Trastorno delirante de la personalidad, Enuresis primaria, Problemas de relación materno filial, Otros trastornos de la personalidad y Trastorno límite de la personalidad. A pesar de que la fenomenología haya hecho justicia a todos estos complejos psicopatológicos, hemos desgarnado el caso desde diferentes perspectivas o paradigmas y mostramos cómo el diagnóstico etiológico de simbiosis y narcisismo maternal nos ha aportado luz para entender la causa que provocaba la sintomatología.

Al inicio del trabajo terapéutico, pensábamos que focalizar sobre la simbiosis nos podría ayudar a resolver *ad integrum* la situación clínica de la paciente y mejorar su contacto con la realidad. Este objetivo no sería posible si nos hubiésemos planteado la hipótesis causal de psicosis o de autismo. En este caso, optamos por incidir en la simbiosis y no realizar un trabajo de rehabilitación o centrado en lo deficiente. No obstante, hemos tenido la experiencia de que no ha habido una resolución completa del problema, a pesar de la mejoría parcial. Es posible que una intervención en edades más tempranas, y con un menor deterioro del funcionamiento global, mejore el pronóstico de esta tipología de casos.

Proponemos una revisión del caso usando la metáfora del iceberg para mostrar cómo hemos pensado la comprensión de la psicopatología. La punta del iceberg, lo visible, serían los problemas explícitos de la paciente o síntomas por los que viene o ha consultado en otros servicios (diagnósticos fenomenológicos, sintomáticos). La estructura y la base del iceberg harían referencia a la patogénesis y etiología del caso. Es decir, cómo se estructura la clínica del individuo (diagnóstico estructural de la personalidad según Kernberg, 1989) partiendo del diagnóstico etiológico, que llamaremos psicodinámico familiar. En este apartado haremos referencia a las aportaciones de Melanie Klein (la teoría de relaciones objetales [1971, 1988]), la psicopatología de la parentalidad de la escuela

de Palacio y Manzano (1999), las aportaciones de Mahler (1972) al concepto de simbiosis y las reflexiones recientes a la comprensión de la simbiosis narcisista y de carencia (Icart y Freixas, 2013).

Fenomenología: factores estresantes, síntomas, diagnósticos

En este apartado nos restringiremos a hacer un relato de los hechos e hitos de la historia clínica tal como nos cuentan que han sucedido. Intentaremos tener un discurso libre, en la medida de lo posible, de interpretaciones o juicios clínicos. La mayoría de los datos que aportamos provienen de la revisión de los informes e historias clínicas y no del relato de la familia. En la descripción del caso se omitirán detalles o se modificarán a fin de que la paciente no pueda ser identificada.

Comenzamos el último proceso asistencial, sobre el que describiremos el caso, cuando Y contaba con quince años. La paciente ha pasado por dos ingresos en diferentes hospitales de día para adolescentes, tres procesos de psicoterapia de diferentes características técnicas y llega a nuestro centro con una demanda de “tenéis que hacer algo para que vuelva al colegio”.

Antecedentes personales en salud mental. Presenta enuresis primaria hasta el inicio de la adolescencia. Hace el primer contacto con salud mental en la primera infancia. La madre hace la demanda de atención para “prevenir malestar relacionado con la pérdida del padre”. En la pre-adolescencia, la paciente agrede a la madre y se produce una visita de urgencias, en el hospital de referencia, donde se prescribe seguimiento desde salud mental infantil ambulatoria. En aquel momento, la menor reconocía problemas de relación con los iguales, absentismo escolar, aislamiento social, que no controlaba sus impulsos, no aceptaba el no ni toleraba la ansiedad.

Inicia asistencia en centro de día de adolescentes, donde se administra alta voluntaria por falta de vinculación. Se le da orientación diagnóstica de trastorno delirante.

Realiza un ingreso total posterior por sobre ingesta de fármacos. Este gesto autolesivo se produce hasta en tres ocasiones seguidas. Durante el ingreso hospitalario, es diagnosticada

de Trastorno Negativista Desafiante (TND), Fobia Social y Problemas parentales.

Solicitan atención privada en un centro de salud mental de otro territorio e ingresa en centro de día de adolescentes de otra zona, por dificultades de contención ambulatoria.

Ha estado en tratamiento con Sertralina, Fluoxetina, Risperidona y Aripiprazol. Rechazaba el uso de antipsicóticos. Se observa mayor adherencia a los antidepresivos por descenso de la clínica de ansiedad manifiesta. Una hipótesis de esta selección y adherencia a los fármacos es que la paciente no tolera aquellos que no le permiten sentir el control de sí misma o que reducen o evitan la defensa de negación y escisión de la realidad.

En la historia escolar, destacan frecuentes cambios de centro académico. De los tres a los diez, Escuela A, pública. De los 11 a los 13, Escuela B, concertada. Repite curso en Escuela C, privada, de otro territorio. Se da absentismo escolar y resistencia a vincularse y cambia a escuela privada D de otro territorio

Algunas preguntas que empezamos a hacernos tras la lectura inicial del historial clínico, fueron: ¿A qué se deben los cambios de terapia, de diagnóstico, de tratamiento y de escuela? ¿Porque no acepta la paciente los antipsicóticos y sí los antidepresivos? ¿Qué necesita controlar la paciente cuando elige el tipo de fármacos que toma? ¿Tiene un problema para vincularse con los servicios? ¿Qué se pone en juego en la familia y en las instituciones cuando paciente y familia no sostienen la relación?

Antecedentes familiares. Los padres se separan a los cuatro años de la paciente. La madre refiere que la separación fue traumática por la custodia y la participación de las familias de origen de ambos progenitores. La madre había roto la relación con su familia de origen cuando se separó del padre de Y. La madre dice que ella “no toleraba que la vieran como la oveja negra” de la familia. Dice que la veían así por la pareja que eligió y por no cumplir con las expectativas de sus padres. La familia del padre le negó el afecto a la madre por haber roto la relación de pareja. Le retiraron el apoyo pragmático para cuidar de su hija. Estas circunstancias llevaron a la madre a hacerse cargo sola y solo de su hija. Pensamos que esta realidad generó un aumento

de la simbiosis entre ambas.

Exploración psicopatológica. En términos de exploración psicopatológica sintomática, mostraremos el eje vertebrador del discurso de los servicios. Las diferentes personas que hemos intervenido hemos visto a la paciente de la siguiente forma: “estructura de pensamiento rígida con rasgos obsesivos, verbalizaciones paranoides de autorreferencialidad. Destacan una importante frialdad afectiva, insensibilidad social y egocentrismo. Muestra una actitud y comportamiento manipulador, demandas de elevada exigencia, con aumento de los niveles de ansiedad y sufrimiento interno ante la frustración que muestra de manera externalizante. No se relaciona con el grupo de iguales y presenta sonrisas y conductas inadecuadas. Se perfila un posible cuadro de trastorno de la personalidad, en una estructura límite (Kernberg, 1975) y un pensamiento irracional inmaduro”.

Su funcionamiento se ha visto gravemente alterado debido a que ha estado durante dos años sin asistir a la escuela. La socialización es escasa, llegando a precisar una profesora a domicilio facilitada por el departamento de educación y exigida por ella. Su funcionamiento global está deteriorado, con aislamiento social; no tiene amigas y la única relación de confianza es con la madre. Se observan dificultades de relación materno-filial.

¿Qué consecuencias tiene la ruptura de la madre con su familia de origen sobre la relación con su hija? ¿Es la simbiosis un mecanismo de adaptación ante la vivencia de abandono que siente la madre respecto su familia de origen? ¿Es la exigencia de Y hacia los terapeutas, fármacos e instituciones una proyección del aspecto materno? ¿Cuánta intensidad debe tener su capacidad de influir en el otro para que lo fuerce a tomar decisiones que van en contra de su autonomía?

Exploraciones complementarias. Los resultados del Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993) nos muestran: no tendencia límite; introvertida; ruda; difusión de identidad; desvalorización de sí misma; insensibilidad social; impulsividad marcada. La entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM IV, SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin,

1997) puntúa en paranoidismo y antisocial. La entrevista para el diagnóstico de autismo ADI-Revisada (Rutter, 2006) descarta la presencia de un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA): no alteraciones de la comunicación social recíproca; no alteraciones antes de los 36 meses de edad en el funcionamiento mental; no signos de alteración en patrones de conducta restrictivos, estereotipados y repetitivos. Los resultados del WISC-V (Escala de inteligencia de Weschler para niños-V [Weschler, 2015]) fueron: comprensión verbal (ICV), 86; visoespacial (IVE), 92; razonamiento fluido (IRF), 88; memoria de trabajo (IMT), 100; velocidad de procesamiento (IVP), 100; escala total (CIT), 85. Nos muestra un nivel de inteligencia por debajo de la media (CI 85) sin grandes diferencias entre los subtests y perfil bastante armónico.

Diagnóstico estructural y psicodinámico familiar

Consideramos que una forma de explicar cómo se ha desarrollado el funcionamiento mental actual de la paciente es el resultado del diálogo entre su estilo temperamental, los hitos del desarrollo y el sumatorio de estresores ambientales que han cristalizado la clínica o estructura.

En términos de Nanzer et al. (2017), el funcionamiento de la personalidad se esquematizaría por la organización en tres niveles: innato o temperamental, elementos inconscientes de la personalidad (modelado por las relaciones precoces) y los aspectos conscientes de los comportamientos, las interacciones y las imágenes de sí y de los demás (moldeado por los estresores y acontecimientos vitales).

Como hipótesis de trabajo desde un punto de vista relacional, pensamos que la simbiosis narcisista en la relación materno filial pudo iniciar el alejamiento de la figura paterna. Esto comportó unas relaciones familiares turbulentas y conflictivas que llevaron a la separación. La separación del matrimonio, la muerte del padre y la ruptura con las familias de origen potencian la simbiosis y reducen el mundo entre ambas. Las consecuencias relacionales secundarias a estos hechos, junto con las experiencias vividas por la madre con su familia de origen, parecen ser lo más relevantes en la estructuración

de la psicopatología del sistema familiar y de la paciente. La madre, que ya presentaba una dificultad para tolerar la diferencia y la triangulación, se vio abocada desde la separación y muerte del padre a una relación de simbiosis con la hija. Es posible que estuviera convencida de que tenía que dedicar su vida entera al cuidado de la paciente, aunque no fuera una necesidad real de la hija. La madre parece estar convencida de que no puede vivir fuera de ella, en un sentido simbólico.

Tanto la madre como el padre parecían mostrar dificultades de diferenciación de sus propias familias de origen. La madre de la paciente Y (M) refiere que la madre del padre no pudo cuidar de su hijo y lo crio la tía materna, provocando esto un sentimiento de culpa intenso en la abuela paterna. Durante su enfermedad, el padre se instala en casa de la madre en vez de mantenerse en el lugar de la familia. Es posible que la culpa por no haber sentido que lo cuidaba de pequeño le llevara a reparar. M ha tenido una mala relación con la familia del padre desde el inicio. La simbiosis provocó un aumento de la necesidad de apartar a las familias de origen. M fue rechazada por ellos y por sus propios padres, ya que se separó del padre en el momento peor de la enfermedad: “es como si lo hubiera abandonado en el momento que más lo necesitaba”. Fue culpada y señalada de “mala mujer” y “mala esposa”, por no hacerse cargo de estar con su pareja.

M muestra la queja de que encontró dificultades para que éste estuviera presente durante la primera fase de la separación en la crianza de la paciente pero nos preguntamos si no era la simbiosis la que impedía la entrada del padre en esta diada. Comentarios como “no es el padre que necesita mi hija”, “no es lo que ella necesita”, “no se comporta como debería comportarse” nos hacen pensar en la estructura narcisista de M. Ella piensa que la hija necesita del padre pero no se comporta como el padre que debería tener y aparece, por tanto, la queja con demanda de ayuda y el rechazo a la vez.

Etiología

Y probablemente nació con un temperamento difícil en el seno de una relación de pareja formada por dos adultos jóvenes. Como hipótesis

de trabajo pensamos que M se separa de su familia de origen para unirse a su pareja; se separa de su pareja para poder cuidar en su totalidad a su hija. En la realidad, podemos ver como M no ha podido rehacer su vida con otra pareja y tiene afectado el ámbito laboral, ya que tiene una reducción de jornada “por los problemas de la hija”. El tiempo que dedica M lo invierte en establecer relaciones con las instituciones que cuidan del estado de salud de su hija para cuidarla.

M reconoce un aspecto interno normativo, autoexigente, severo y rígido que, a modo de “mandato interno” heredado de sus padres, le ordena cómo ejercer los cuidados de una determinada manera.

El funcionamiento familiar se agrava con la muerte del padre de Y, un año después de la separación. Esto genera una relación materno-filial con un vínculo estrechísimo (simbiosis narcisista). Durante la infancia de la paciente, esto no parece generar muchos problemas o síntomas: se refuerza la simbiosis en términos de simbiosis de carencia. Cuando se proyecta la carencia en el hijo, cuidamos al hijo tal como hubiéramos querido ser cuidados nosotros y olvidamos al hijo real (Icart y Freixas, 2013). Es en la pre-adolescencia cuando los intentos de diferenciación, emancipación y autodefinición de la identidad generan la ruptura. El intento de separarse no puede ser a costa de nada, no es posible una separación neta. Es decir, si hay separación, la una se llevará de forma no controlada un trozo de la otra.

¿No es ésta la ansiedad de fragmentación que viven ambas cuando se pone en juego su relación? ¿No es adaptativo que reaccionen con defensas rígidas y primarias que mantengan la unión?

La presencia de un funcionamiento mental en M rígido, autoexigente, narcisista y onnipotente con ideas sobre la realidad bastante dicotómicas y un ideal de Yo grandioso en cuanto a los cuidados, le lleva a ejercerlos a “toda costa”, a pesar de que vaya en contra de las necesidades de Y.

En términos de la escuela de psiquiatría infantil de Ginebra (Palacio y Manzano, 1999), podríamos pensar en una *psicopatología de la parentalidad de características narcisistas*. La

madre proyecta sobre la hija la relación vivida con su propia madre. La describe como poco cuidadosa y escasamente afectiva, que la trata mal y la descuida. M, para evitar repetir esto, decide establecer una relación de cuidados en la que cuida a su hija como le hubiera gustado que la cuidaran a ella (Ideal del Yo). La experiencia de Y, pensamos, no es de ser cuidada según sus necesidades sino a imagen de lo que M piensa que necesita (Palacio y Manzano, 1999). En la actualidad, vemos cómo la paciente repite de la misma forma el patrón de relación con los terapeutas y servicios. Muestra una actitud de exigencia sobre cómo quiere ser cuidada pero no permite que le ofrezcamos la ayuda que, pensamos, que necesita. Esta posición de narcisismo primario, en la que realmente no se tiene en cuenta al otro, es lo que lleva a repetir una y otra vez el fracaso terapéutico (Nanzer et al., 2017).

La madre tiene integrados dentro de su funcionamiento mental objetos internos persecutorios y sádicos que la castigan e inciden sobre su capacidad de pensar (Turbet-Oklander, 1999). Podemos ver en las sesiones exploratorias de familia cómo M, cuando recuerda las relaciones con su madre o su padre, vive con terror la amenaza de no hacerse cargo de “todo” lo que la paciente o su familia han necesitado. Vive el peligro de ser criticada y perseguida por esas partes propias de su funcionamiento mental que la juzgan, critican y ponen en cuestión de una manera humillante. Si no se encarga de “hacer todo lo que su hija necesita”, su integridad está en peligro. Estas relaciones internas de objeto son actuadas en la paciente mediante la *identificación proyectiva* (Klein, 1971, 1988), mostrándose con una severa exigencia hacia el otro, tal como hemos vivido las diferentes personas que hemos atendido a la menor. La identificación proyectiva es siempre un empobrecimiento, y frecuentemente, motor de un incremento del odio hacia el objeto. Seligman (2009) la define como la asignación coercitiva de los propios estados mentales intolerables e imposibles de ser pensados a otra persona, perdiéndose el reconocimiento de las diferencias con el otro. Por tanto, con la identificación proyectiva, M e Y pueden evitar angustias de separación, pero el coste es elevado, pues se

instauran ansiedades persecutorias intensas, pánico, claustrofobia, etc...

Una viñeta que representa esta cuestión es cuando la paciente está en período de ingreso total en una institución privada y sale de permiso con la madre. Le dejan salir a comer. La madre nos cuenta en la sesión que Y se repliega en el suelo como un bebé, de manera fetal y ella se queda de pie mirando la situación. Estaba mal y quería volverse a casa, no quería seguir ingresada. Tal como lo explica M, parece distanciarse afectivamente de la paciente y muestra una actitud de observación, desconectando de la emoción de Y. Esto parece generar un impacto en alguien del pueblo que se acerca (probablemente al activarse sus instintos paternos) que le llevan a acercarse a la escena ofreciendo una ayuda. La madre la rechaza, le dice que no, "¡¡no puedes hacer nada!!". El señor, a pesar de eso, decide agacharse y acercarse a la adolescente clavada en el suelo. "¿Qué te pasa?", le dice. Parece que Y se abre. Comienza a explicar que tiene problemas con la madre y que se siente mal en el centro donde está ingresada. Que la tratan mal, dice. El señor parece que intenta reforzar el cuidado que le hacen en el centro, ya que es lugareño y conoce a niños que se han tratado ahí. La madre permanece como observadora de la situación. El señor, que podría ser el padre de Y por la edad, le pide permiso para darle un abrazo, que la paciente acepta. La madre piensa que esto le ayudó y le permitió tranquilizarse. Se emociona durante el relato y puede traer al recuerdo que es posible que esta escena representara que a Y le falta el padre. Se muestra agradecida por la conducta del señor.

La sugerencia a M es que no parece que sea una situación en la que la paciente recordase la falta del padre sino más bien que estaba ávida de afecto, deseosa de funciones maternas afectivas que la madre no pudo darle en aquel momento. ¿Y por qué?, trabajamos en sesión...

Durante la misma sesión y al momento inmediato después, la madre dice que llega agotada los domingos a casa, emocionalmente desgastada por los movimientos que le generan las visitas con Y. Nos trae que es posible que esto genere que los lunes sienta que tiene que "hacer algo". Por esto se pone en funcionamiento

la actitud reactiva de decirle a los del centro qué cree ella que es lo más adecuado para Y. Empieza a analizar cuál es la situación del cuidado de su hija y si se "están haciendo las cosas bien". Suele escribir algún mail o mover alguna pieza para enterarse de qué cosas están pasando en el tratamiento de Y. Además, siente o teme que si "ella no hace lo que hace, Y puede estar en peligro". Y, por tanto, reacciona reforzando a la madre de forma suspicaz y rechazando el ingreso. La madre actúa "supervisando" el trabajo que hacen los otros.

La frustración de la madre ante su dificultad de dar afecto es proyectada en los terapeutas y ella les exige que la cuiden, controlando los cuidados que le hacen y si estos son los adecuados o no. Pensamos que este control se activa como defensa ante la angustia o tristeza que le genera ver a su hija en el estado de carencia afectiva y que ella no la puede satisfacer. Se confronta este comportamiento y nos pide un espacio para traer un recuerdo: "mi madre, cuando yo le mostraba que estaba mal por algo, me decía que esto es una cuestión que depende de uno, que uno se lo busca y que es uno el que tiene la culpa de sufrir por el motivo que sufre. Se tiene que buscar las *papas* cada uno". M abre paso en su consciencia a un momento de su infancia (repetido y como una especie de *flash back*) en el que se sintió no acogida por su madre cuando ella lo que necesitaba era eso. ¿No es lo mismo que le pasaba a Y?

Patogénesis

El narcisismo de la madre que no le permite aceptar ningún tipo de ayuda por el dolor que le produce reconocer que ella no lo puede todo, le lleva a proyectar a la hija a través de la identificación proyectiva (Klein, 1971, 1988) su imagen narcisista. La hija se identifica con esta madre narcisista y ahora es ella la que no puede aceptar ningún tipo de ayuda. Se crea una personalidad en la paciente con predominio de la escisión y negación como defensas, igual que en la madre. Se genera en el núcleo familiar un funcionamiento esquizoide, muy aislado socialmente. En esta estructura narcisista, aceptar ayuda es vivido como fracaso y como humillación.

La madre decía que su propia madre no la había cuidado. Ahora es ella la que proyecta su carencia en la hija y la cuida como ella hubiera querido ser cuidada. Tenemos a una hija con gran dedicación de su madre y, al mismo tiempo, olvidada: simbiosis narcisista y de carencia (Icart, 2018).

Los intentos de Y de mostrarse diferente de su madre son vividos por ésta como una amenaza severa para su identidad, ya que su vida ha sido dedicada exclusivamente al cuidado, ese cuidado de su parte carenciada proyectado en su hija.

Orientación diagnóstica

Desde el punto de visita fenomenológico (CIE 10): *fobia social grave* (F40.1), *trastorno narcisista de la personalidad* (F60.8). A nivel estructural: *estructura borderline de la personalidad* (Kernberg, 1970), con un nivel intelectual normal (CI: 85). Hipótesis de diagnóstico etiológico: *simbiosis narcisista de carencia* (Icart y Freixas, 2013).

Tratamiento

La intervención que se ha realizado desde nuestro servicio, una vez más, ha dado cuenta de la complejidad del caso y de los movimientos que genera la clínica de la simbiosis. Los recursos movilizados han sido:

- Terapia psicodinámica familiar para la disolución acelerada de los aspectos simbióticos que bloquean el desarrollo evolutivo de Y (una sesión semanal durante un año)
- Terapia focalizada en la transferencia individual (una sesión semanal)
- Ingreso en régimen total (dos meses)
- Coordinación con la red

Los resultados terapéuticos permitieron resolver los síntomas fóbicos inicialmente, que le permitieron retornar a la escuela. Esta mejora pudo ser vista por la madre como una amenaza a su narcisismo, ya que puso condiciones a la terapia familiar. La madre hizo todo lo que pudo para que la hija fuera a la escuela pero no pudo hacer nada para que viniera a la sesión familiar. A pesar de esto, pretendía continuar las sesiones familiares ella sola para recibir asesoramiento

para que pudiera seguir cuidando de su hija. El tratamiento ha quedado interrumpido.

Conclusiones

Consideramos que la presencia de esta tipología de casos de salud mental infantil y juvenil es frecuente. Suponen un gasto de recursos importantes y la tendencia a la disociación entre servicios y profesionales. Esto repercute en importantes frustraciones en la familia por la sensación de no sentirse ayudados, en los profesionales por sentir incapacidad para la gestión del caso, además de un gasto importante a nivel de gestión asistencial.

Promover el estudio de este diagnóstico y de la terapia focal y breve en las simbiosis narcisistas ayudaría a reducir la dispersión atencional que suelen generar en la red y permitiría potenciar la eficiencia. El proceso sería una psicoterapia familiar para la disolución acelerada de la simbiosis previo a una atención individual.

La parte más eficaz del planteamiento del tratamiento ha sido el abordaje de la familia, ya que la madre, más consciente del problema, es la que ha mantenido durante más tiempo el contrato terapéutico. La no tolerancia a la frustración y la parte más infantil de satisfacción inmediata de este tipo de adolescentes debe llevarnos al planteamiento de terapias familiares para asegurarnos la adherencia. A pesar de esto, en los casos en que la simbiosis narcisista de carencia es de alta complejidad y prematura, nos encontramos con que los tratamientos han de estar dirigidos a la disolución de la simbiosis materno-filial. Es a partir de esta psicoterapia familiar cuando el hijo/a se podría diferenciar de la madre para organizar su yo. A partir de este momento, el hijo empieza a tener consciencia de sí y de sus problemas para empezar un tratamiento individual. El problema lo encontramos en aquellos casos en los que la disolución de la simbiosis no es posible; cuando la simbiosis es el emergente sintomático y no la causa. Esto se da en familias en las que predomina en el progenitor que ejerce funciones maternas una estructura de la personalidad narcisista con un entorno familiar hostil y alta emoción expresada (Vaughn, 1976). Este contexto hostil y con frecuencia carenciado lleva a

la figura materna a una sobreprotección de sus hijos. Este conjunto de situaciones vienen a potenciar el proteccionismo del hijo aumentando la simbiosis, la indiferenciación.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA [2000]). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author (Trad. castellano, Barcelona: Masson, 2002).
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders, (SCID-I)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1989). *Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas*. México D. F.: Manual Moderno.
- Kernberg, O. (2010). Narcissistic Personality Disorder. En J. Clarkin, P. Fonagy y G. Gabbard (eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A clinical handbook*. Arlington. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Klein, M. (1988). Envidia y gratitud y otros trabajos. En *Obras completas*. Volumen 3. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1971). *Principios del análisis infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. (1972). *Simbiosis Humana, las vicisitudes de la individuación*. México: Rústica.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: NCS.
- Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2017). *Manual de Psicoterapia centrada en la parentalidad*. Barcelona: Octaedro.
- Organización Mundial de la Salud (OMS [1992]). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Palacio, F. y Manzano, J. (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.
- Rutter, M. (2006). *ADI-R. Entrevista para el diagnóstico del Autismo. Edición revisada. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Seligman, S. (2009). Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva: Observando la Identificación Proyectiva. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 26(1): 76-96.
- Tubert-Oklander, J. (1999). Proceso psicoanalítico y relaciones objetales. *Aperturas psicoanalíticas*, 3. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000093>
- Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol.*, 15(2):157-65.
- Wechsler, D. (2015). *Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC)*, V. Barcelona: Pearson.

Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionismo: ¿qué papel juegan las conductas purgativas?

EDUARDO SERRANO^{1A}, ALBA CAMPOS^{1A}, MÓNICA GODRID^{2A}, LAURA CAÑAS^{1A},
MARTA CARULLA^{2A}, JOSEP MATALÍ^{1A} Y MONTSERRAT DOLZ^{2A}

RESUMEN

Los objetivos del estudio son evaluar las dimensiones del perfeccionismo en adolescentes diagnosticados de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con y sin conductas purgativas y estudiar la asociación entre el perfeccionismo y las variables psicopatológicas relacionadas con los TCA. Los resultados concluyeron que el perfeccionismo caracterizado por la necesidad de lograr metas propuestas por los demás se asocia al uso de conductas purgativas y que un elevado perfeccionismo se relaciona con una mayor gravedad de la sintomatología alimentaria, depresión, ansiedad y a una menor motivación para el cambio. **Palabras clave:** *trastorno de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, conducta purgativa, perfeccionismo.*

ABSTRACT

Adolescents, eating disorders and perfectionism: What role do purgative behaviours play? The objectives of the study are to evaluate the dimensions of perfectionism in adolescents diagnosed with eating disorders (ED) with and without purging behaviours and to study the association between perfectionism and the psychopathological variables related to eating disorders. The results concluded that perfectionism (having the necessity to achieve the goals proposed by others) is associated to purgative behaviours and that high perfectionism is related to a greater severity of food symptomatology, depression, anxiety and a lower motivation for change. **Keywords:** *eating behaviour disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, purgative behaviour, perfectionism.*

RESUM

Adolescents, trastorns de la conducta alimentària i perfeccionisme: quin paper hi juguen les conductes purgatives? Els objectius de l'estudi són avaluar les dimensions del perfeccionisme en adolescents diagnosticats de trastorns de la conducta alimentària (TCA) amb i sense conductes purgatives i estudiar l'associació entre el perfeccionisme i les variables psicopatològiques relacionades amb els TCA. Els resultats van concloure que el perfeccionisme caracteritzat per la necessitat d'assolir metes proposades pels altres s'associa a l'ús de conductes purgatives i que un elevat perfeccionisme es relaciona amb més gravetat de la simptomatologia alimentària, depressió, ansietat i a menys motivació pel canvi. **Paraules clau:** *trastorn de la conducta alimentària, anorèxia nerviosa, bulímia nerviosa, conducta purgativa, perfeccionisme.*

Introducción

El perfeccionismo es un constructo multidimensional estructurado en dos factores: un alto nivel de rendimiento y en segundo lugar, esfuerzos positivos con altos niveles de autocrítica (Goldstein, Peters, Thornton y Touyz, 2014). Cuando

el esfuerzo es dirigido por una emoción positiva (satisfacción cuando se alcanza el logro) no tiene implicaciones clínicas. Por contra, en el perfeccionismo clínico o neurótico, la emoción asociada a la consecución de las metas personales es negativa. En el perfeccionismo clínico se considera que interactúan tres factores: 1) objetivos personales

¹ Psicólogo/a. ² Psiquiatra. ^AUnidad de TCA. Área de Salud Mental. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)
Contacto: eserrano@sjdhospitalbarcelona.org

Recibido: 11/1/18 - Aceptado: 15/2/18

elevados e inflexibles, que sólo se reevalúan en el caso de ser alcanzados; 2) preocupaciones desadaptativas acerca de los posibles errores cometidos y sobre la exigencia o expectativas por parte de los otros, que generan una ansiedad elevada; 3) conducta excesivamente dirigida por el resultado (por un esfuerzo excesivo o por evitación de actividades en las que el sujeto teme no alcanzar un nivel elevado).

Estos tres factores confluyen en una autoevaluación muy dependiente del esfuerzo y los logros, que comporta un importante malestar subjetivo e intrapersonal (Bardone-Cone et al., 2007).

El perfeccionismo se ha considerado un factor que predispone a cogniciones depresivas y desesperanza tanto en niños como en adultos (Donaldson, Spirito y Farnett, 2000; Hewitt y Flett, 1991), ideación suicida (Hewitt, Newton, Flett y Callander, 1997), ansiedad (Lloyd, Fleming, Schmidt y Tchanturia, 2014) o insomnio crónico (Vincent y Walker, 2001). El perfeccionismo también se ha vinculado, tanto empírica como conceptualmente, a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Varios autores han afirmado que el perfeccionismo está implicado en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Lloyd, Schmidt, Simic y Tchanturia, 2015). Un elevado perfeccionismo puede conducir al adolescente a buscar un cuerpo perfecto, factor clave en el desarrollo de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

Diferentes estudios han mostrado una asociación significativa entre un elevado perfeccionismo y los TCA comparado con controles sanos (Halmi et al., 2000; Lilifeld, 2000; Moor, Vartanian, Touyz y Beumont, 2004). Otros estudios señalan el perfeccionismo como factor de riesgo y factor mantenedor de síntomas bulímicos (Lloyd et al., 2014, 2015; Stice, 2002) y un rasgo de personalidad que predispone a la AN (Tyrka, Waldron, Graber y Brooks-Gunn, 2002). Asimismo, se ha constatado el elevado perfeccionismo como un predictor negativo de resultados (abandono del tratamiento) para la AN; esta influencia es menor en los pacientes con BN (Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Jolmsted y Kaplan, 2003). Al comparar los niveles de perfeccionismo entre los pacientes con diferentes tipos de TCA, no se encontraron diferencias

significativas entre los pacientes con AN, BN, trastorno por atracones y TCA no especificado (TCA-NE, Bardone-Cone, 2007). Por subtipos de TCA, tampoco se encontraron diferencias significativas entre AN-Restrictiva (AN-R), AN-Purgativa (AN-P) y BN-Purgativa (BN-P) (Halmi et al., 2000; Hewitt, 1997; Tachikawa et al., 2004).

La mayoría de los estudios que han valorado las dimensiones del perfeccionismo y su relación con los TCA se ha realizado en población adulta. Existen pocos estudios en nuestro medio que hayan evaluado las dimensiones del perfeccionismo en los TCA, y a nuestro conocimiento, ningún estudio ha evaluado la asociación entre el perfeccionismo y la presencia o no de conductas purgativas; y la relación entre perfeccionismo y motivación para el cambio en adolescentes con AN.

El objetivo del presente estudio es evaluar la relación entre las dimensiones del perfeccionismo en un grupo de pacientes adolescentes con TCA con y sin conductas purgativas. El segundo objetivo es estudiar la asociación entre las dimensiones del perfeccionismo y las variables psicopatológicas relacionadas con los TCA: ansiedad, depresión, insatisfacción corporal y motivación para el cambio.

Materiales y métodos

Participantes

Se evaluaron un total de 80 adolescentes entre 12 y 18 años (Media: 14,69; $DE = 1,52$) con diagnóstico principal de TCA (AN, BN o TCA-NE) según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2000). Los pacientes estaban recibiendo tratamiento ambulatorio y hospitalización parcial de una unidad de TCA de un hospital general pediátrico. Los criterios de exclusión fueron padecer una enfermedad médica o neurológica grave y/o retraso mental.

Instrumentos

Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS) (Flett, Hewitt, Boucher, Davidson, y Munro, 2000). Cuestionario de autoinforme de 22 ítems que contiene dos escalas: una de *Perfeccionismo Auto-Orientado* con 12 ítems, y otra

de *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* con 10 ítems. Se utilizó la adaptación española de la escala (Castro, Gila, Gual, Lahortiga, Saura y Toro, 2004).

Perfectionistic Self-Presentation Scale (PSPS; Hewitt y Flett, 1991). Cuestionario de 27 ítems que evalúa la necesidad del sujeto de parecer perfecto y no mostrar sus defectos a los demás. Además, predice la angustia generada por la necesidad de perfección personal. Se utilizó la versión la adaptación con población española (Garner, 1998).

Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2; Garner y Garfinkel, 1979). Se trata de un instrumento de autoinforme que evalúa los síntomas relacionados con los TCA. Consta de 91 ítems que ofrecen puntuaciones en 11 escalas clínicamente relevantes en los trastornos alimentarios. Ocho escalas evalúan rasgos psicológicos: *Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia interoceptiva, Miedo a la madurez, Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad social*; y tres escalas evalúan actitudes relacionadas con la conducta alimentaria, la figura y el peso: *Obsesión por la delgadez, Bulimia e Insatisfacción corporal*.

Eating Attitudes Test 40 (EAT-40; Castro, Toro, Salamero y Guimerá, 1991). Es un cuestionario de cribado para la detección precoz de los TCA en la población general. Evalúa conductas relacionadas con la preocupación por el peso, las dietas y la comida. Se utilizó la adaptación española de la escala (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995).

Body Attitude Test (BAT) (Gila, Castro, Gómez, Toro y Salamero, 1999). Cuestionario que evalúa la alteración de las actitudes hacia el cuerpo (aspecto subjetivo de la imagen corporal). Consta de 20 ítems que se agrupan en tres factores: *Apreciación negativa del tamaño corporal, Pérdida de familiaridad con el propio cuerpo e Insatisfacción corporal general*. Se utilizó la adaptación española (Rieger et al., 2000).

Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ; Prochaska y DiClemente, 1982). Es un cuestionario de autoinforme de 20 ítems que evalúa la motivación para recuperarse de la anorexia nerviosa y la forma de comer. Los ítems tienen relación con métodos para controlar el peso, la forma del cuerpo y los problemas emocionales que ocasiona. Su estructura deriva de

las etapas de cambio del modelo de Prochaska y DiClemente y Norcross (1992) y por cada ítem hay cinco alternativas de respuesta que reflejan las etapas de cambio propuestas: *Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento* (Serrano, Castro, Ametller, Martínez y Toro, 2004). La versión utilizada es la validada para población española adolescente (Spielberger, Gorsuch, R. y Lushene, 1970).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Consta de 2 escalas, *Ansiedad Estado* que evalúa un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos de atención e hiperactividad del sistema nervioso autónomo; y la *Ansiedad Rasgo*, que indica una propensión ansiosa relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

Beck Depression Inventory (BDI; Pryor, Wiederman y McGilley, 1996). Cuestionario autoadministrado de 21 ítems de respuesta múltiple que evalúa la gravedad o intensidad de la sintomatología depresiva.

Procedimiento

Una vez obtenido el consentimiento informado por escrito de los padres y niños (mayores de 12 años) y el asentimiento verbal de los menores de 12 años para participar en el estudio, se realizó una entrevista clínica a los adolescentes junto con sus padres. Posteriormente, se administró la batería de cuestionarios a los participantes. Este estudio fue aprobado por el comité ético de la institución.

Análisis estadístico. La edad y las puntuaciones de las escalas por grupo diagnóstico (TCA con y sin conducta purgativa) se compararon mediante pruebas paramétricas *t* de Student. La correlación de Pearson se utilizó para estudiar la asociación entre los diferentes cuestionarios. El nivel de significación estadística fue de $p < ,05$. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Características generales de la muestra

De los 80 participantes del estudio, 70 (87,5 %) fueron mujeres y 10 (12,5 %), hombres. Por lo

que refiere al subtipo de TCA, 48 pacientes (60 %) fueron diagnosticados de AN [40 (83,33 %) de tipo restrictivo y ocho (16, 67 %) de tipo purgativo], tres pacientes (3,75 %) fueron diagnosticados de BN [todos los casos fueron de tipo purgativo] y 29 (36,25 %) recibieron el diagnóstico de TCA-NE. Del total de la muestra, 23 (28,75 %) pacientes con TCA presentaron conductas purgativas como método compensatorio frente a 57 (71,25 %) que presentaron conductas restrictivas.

La media de tiempo del inicio de la enfermedad fue de 15,59 meses ($DE = 10,68$) y del tiempo de tratamiento 6,19 meses ($DE = 9,7$).

Respecto al recurso donde recibían tratamiento en el momento de la evaluación, 36 pacientes (45 %) se encontraban en tratamiento en Consultas Externas (CCEE) y 44 (55 %) recibían tratamiento en Hospitalización Parcial (HP).

Relación entre perfeccionismo y conductas purgativas, tipo de TCA, género y recurso de tratamiento

No se encontraron diferencias significativas entre las dimensiones del perfeccionismo valoradas por la CAPS y el PSPS por grupo diagnóstico (TCA con y sin conductas purgativas), a excepción de la escala de *Perfeccionismo Socialmente Prescrito* de la CAPS (ver Figura 1 del anexo).

Los pacientes con anorexia nerviosa frente a los TCA-no especificado tuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de perfeccionismo *Auto-Orientado* de la CAPS (36,62 frente 43,47; $p = ,008$) y la puntuación total de la CAPS (60,17 frente 67,91; $p = ,043$).

No se hallaron diferencias significativas en la escala de perfeccionismo del EDI entre pacientes con AN y BN (26,04 frente a 25,33; $p = ,95$); ni entre pacientes con AN-R frente a AN-P (22,78 frente a 33,13; $p = ,057$).

No se hallaron diferencias significativas en cuanto al género entre las puntuaciones de la escala de *Perfeccionismo* del EDI. En esta escala, los pacientes de género masculino obtuvieron puntuaciones superiores que los del género masculino (43,40 frente a 40,09; $p = ,672$). Tampoco se hallaron diferencias significativas en la escala de *Perfeccionismo* del EDI entre los pacientes que recibían tratamiento en CCEE y

hospitalización parcial.

Asociación entre perfeccionismo y variables psicopatológicas en los TCA

Existe una asociación significativa entre las dimensiones del perfeccionismo y las escalas que valoran sintomatología alimentaria, ansiedad, depresión, insatisfacción corporal y motivación para el cambio (ver tablas 1 y 2 del anexo).

Conclusiones

El principal hallazgo del presente estudio es que el *Perfeccionismo Socialmente Prescrito*, que se caracteriza por la necesidad de lograr metas propuestas por los demás, se asocia al uso de conductas purgativas en adolescentes con TCA. El *Perfeccionismo Auto-orientado* (metas personales elevadas y autoevaluación crítica) y el *Perfeccionismo Auto-Presentado* (necesidad del sujeto de parecer perfecto y no mostrar sus defectos a los demás) es similar en adolescentes con TCA purgativos y no purgativos (restrictivos). En este sentido, otros autores encontraron que el abuso de laxantes se asociaba a un elevado perfeccionismo en adolescentes con TCA (Bizeul, Brun y Rigaud, 2003).

En nuestro estudio, al valorar el perfeccionismo como un constructo unidimensional (escala de perfeccionismo del EDI-2) no se encontraron diferencias significativas por grupo diagnóstico. Sin embargo, otros estudios encontraron que los pacientes con conductas purgativas presentaban un mayor perfeccionismo que los pacientes restrictivos, evaluados con la escala de *Perfeccionismo* del EDI-2 (Halmi et al., 2000; Berkman, Lohr y Bulik, 2007).

Los resultados de nuestro estudio muestran que los pacientes con TCA con conductas purgativas presentan una mayor gravedad del trastorno alimentario, mayor obsesión por la delgadez, mayor insatisfacción corporal, mayor alteración de las actitudes hacia el cuerpo (aspecto subjetivo de la imagen corporal) y una menor motivación por el cambio. Estos resultados apoyan los datos de la literatura existente que relaciona la presencia de vómitos autoinducidos y abuso de laxantes como factores de mal pronóstico (junto con la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, ajuste social, rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva y duración

de la enfermedad) (Steinhausen, 2002; Tozzi et al., 2005; Favaro et al., 2005).

En nuestro estudio, los pacientes con conductas purgativas tenían mayor nivel de impulsividad (pero sin ser estadísticamente significativa, aunque se observa una tendencia) valorado con la escala de impulsividad del EDI-2. Otros autores relacionaron la impulsividad con un conjunto de características temperamentales específicas (altos niveles de búsqueda de sensaciones, alto perfeccionismo, síntomas obsesivo-compulsivos) y las conductas de purga (Davis, Kaptein, Olmsted y Woodside, 1998). Estos autores concluyeron que las conductas impulsivas se asociaban a mayor psicopatología.

Aunque no es el objetivo principal de nuestro estudio, se han comparado las dimensiones del perfeccionismo entre los subtipos de TCA. Los pacientes con anorexia nerviosa tuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de *Perfeccionismo Auto-Orientado* y *Puntuación Total* de la CAPS comparado con los pacientes con TCA no especificado. Otro estudio mostró una asociación significativa entre la conducta de realizar ejercicio físico excesivo (en pacientes con restricción alimentaria) y un mayor *Perfeccionismo Auto-Orientado* (Milos, Spindler y Schnyder, 2004). Asimismo, otros autores hallaron que los pacientes con TCA-NE son los que muestran un menor perfeccionismo al compararlo con pacientes con AN (Moor et al., 2004).

Al comparar el nivel de perfeccionismo entre pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, encontramos que no existen diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del perfeccionismo. Tampoco encontramos diferencias entre pacientes con AN purgativa frente a restrictiva. Otros estudios tampoco encontraron diferencias significativas por subtipo de AN (Moor et al., 2004; Woodside et al., 2004).

Otro hallazgo fue el no encontrar diferencias significativas en cuanto al género entre las puntuaciones de la escala de perfeccionismo del EDI-2, aunque los hombres obtuvieron puntuaciones superiores a las mujeres (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, Masters y Price Foundation Collaborative Group, 2004). En referencia al recurso, se han estudiado las diferencias del perfeccionismo entre pacientes que recibían tratamiento ambulatorio y en hospitalización

parcial, con el objetivo de comparar si la necesidad de recibir un tratamiento más intensivo se asociaba a un mayor nivel de perfeccionismo. En este estudio no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. Varios autores concluyeron que el perfeccionismo no disminuye después de recuperarse del trastorno; esto apoyaría la hipótesis que el perfeccionismo no es un estado asociado a la fase activa de la enfermedad. Los resultados de nuestro estudio indican que el perfeccionismo parece mantenerse estable a pesar que el paciente mejore en la sintomatología alimentaria y requiera un tratamiento menos intensivo (consultas externas frente a hospitalización parcial) y apoyaría la hipótesis que el perfeccionismo es una característica de personalidad que permanece estable tras la recuperación del trastorno.

De los resultados se desprende que en población adolescente con TCA un elevado perfeccionismo se relaciona con una mayor gravedad de la sintomatología alimentaria, depresión, ansiedad y menor motivación para el cambio.

Respecto a las limitaciones del estudio, se encontrarían el uso de cuestionarios autoinforme para valorar un constructo tan complejo como es el perfeccionismo. Otra limitación es el diseño transversal del estudio. Es necesaria la realización de estudios longitudinales en población adolescente para determinar la influencia del perfeccionismo en el pronóstico de los TCA.

Bibliografía

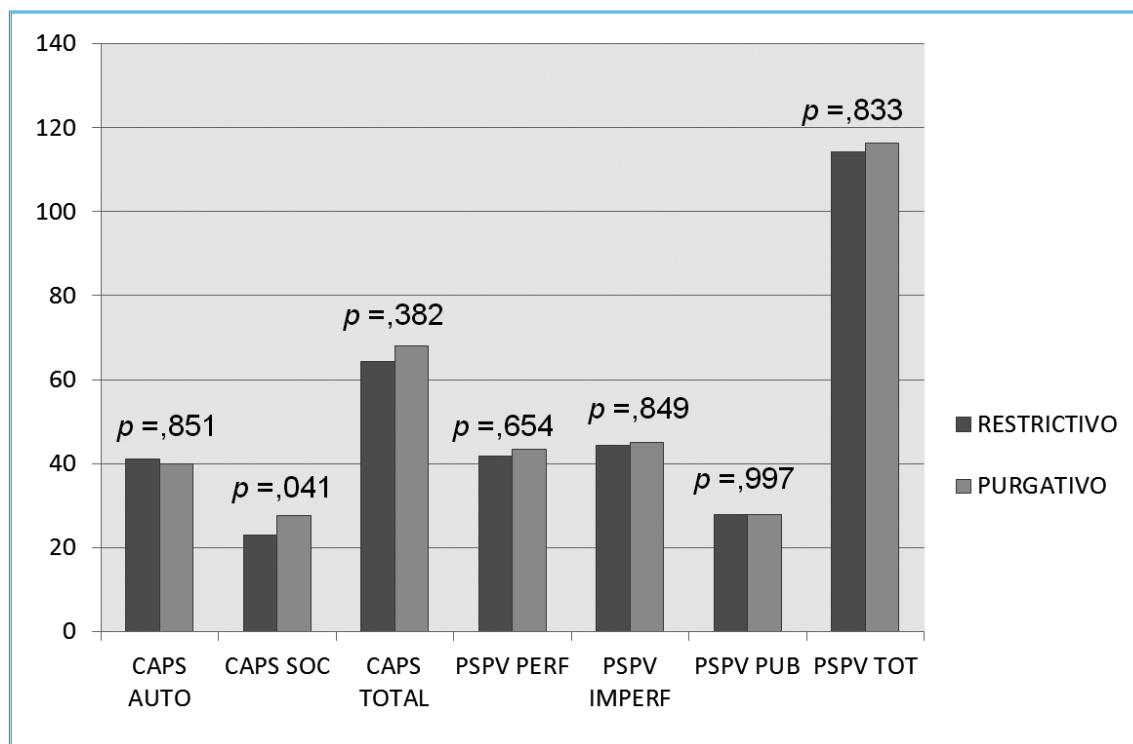
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, text revision L4 - Image ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clin Psychol Rev.*, 27: 384-405.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-71.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N. y Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.*, 40(4): 293-309.

- Bizeul, C., Brun, J. M. y Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *Eur Psychiatry*, 18; 119-23.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B. y Toro, J. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *J Adolesc Health*, 35: 392-8
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol Assessment*, 2: 175-90.
- Davis, C., Kaptein, A. S., Olmsted, M. P. y Woodside, D. B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: The moderating influence of exercise. *Psychosom Med.*, 60: 192-7.
- Donaldson, D., Spirito, A. y Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 31: 99-111.
- Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A. et al. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eat Disord.*, 13: 61-70
- Flett, G., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. y Munro, Y. (2000). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation and association with adjustment*. Canadá: Department of Psychology, University of British Columbia.
- Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*, 2. Madrid: Tea Ediciones.
- Garner, D. M y Garfinkel, P. E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.*, 9: 273-9.
- Garner, D. M., Garner, M. V. y Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1993; 13: 171-85.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., Toro, J. y Salamero, M. (1999). The Body Attitude Test: validation of the Spanish version. *Eat Weight Disord.*, 4(4): 175-8.
- Goldstein, M., Peters, L., Thornton, C. E. y Touyz, S. W. (2014). The Treatment of Perfectionism within the Eating Disorders: A Pilot Study. *Eur Eat Disorders*, 22: 217-221.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behaviour. *Am J Psychiatry*, 157: 1799-805.
- Hewitt, P. L. y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.*, 60: 456-70.
- Hewitt, P.L., Newton, J., Flett, G. L. y Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *J Abnorm Child Psychol.*, 25: 95-101.
- Kaye, W. H, Bulik, C. M, Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K. y Price Foundation Collaborative Group (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161: 2215-21.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychol Med.*, 30: 1399-410.
- Lloyd, S., Fleming, C., Schmidt, U. y Tchanturia, K. (2014). Targeting Perfectionism in Anorexia Nervosa Using a Group-Based Cognitive Behavioural Approach: A Pilot Study. *Eur Eat Disorders*, 22: 366-372.
- Lloyd, S, Schmidt, U., Simic, M. y Tchanturia, K. (2015). Self-reported and performance based perfectionism in mothers of individuals with Anorexia Nervosa: a plot study. *Neuropsychiatr*, 29: 192-199.
- Milos, G., Spindler, A. y Schnyder, U. (2004). Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry*, 49: 179-84
- Moor, S., Vartanian, L.R., Touyz, S.W. y Beumont, P.J.V. (2004). Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? *Clin Psychol.* 8: 70-5.
- Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H. y Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: Psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eat Disord.*, 3: 133-44.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother-Theor*

- Res., 19: 276-88.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.*, 47: 1102-14.
- Pryor, T., Wiederman, M. W. y McGilley, B. (1996). Laxative abuse among women with eating disorders: An indication of psychopathology? *Int J Eat Disord.*, 20: 13-8.
- Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Russell, J., Clarke, S. et al. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.*, 28; 387-96.
- Serrano, E., Castro, J., Ametller, L., Martínez, E. y Toro, J. (2004). Validity of a measure of readiness to recover in Spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychol Psychother.*, 77: 91-9.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, 159(8): 1284-93.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull.*, 128: 825-48.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D. B., Carter, J. C., Olmsted, M. P. y Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24 month follow-up study. *Int J Eat Disord* 33: 225-9.
- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi K. A., Kaplan A. S., et al. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*, 162(4): 732-40.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A. y Brooks-Gunn, J. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *Int J Eat Disord.* 2002; 32: 282-90.
- Tachikawa, H., Yamaguchi, N., Hatanaka, K., Kobayashi, J., Sato, S., Mizukami K et al. (2004). The Eating Disorder Inventory-2 in Japanese clinical and non-clinical samples: Psychometric properties and cross-cultural implications. *Eat Weight Disord.* 9: 107-13.
- Vincent, N. K. y Walker, J. R. (2001). Perfectionism and chronic insomnia. *J Psychosom Res*, 9: 349-54.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Thornton, L., Klump, K. L., Tozzi, F., Fichter, M. M. et al. (2004). Personality in men with eating disorders. *J Psychosom Res*, 57: 273-8

Anexos

Figura 1. Comparación de medias de las puntuaciones de las escalas CAPS (Child and Adolescents Perfectionism Scale) y PSPV (Perfectionistic Self-Presentation Scale) entre pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de tipo restrictivo y purgativo (t Student).



CAPS AUTO: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo auto-orientado); CAPS SOC: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo socialmente prescrito); CAPS TOT: Child and Adolescents Perfectionism Scale (puntuación total); PSPS PERF: Perfectionistic Self-Presentation Scale (necesidad de ser perfecto); PSPS IMPERF: Perfectionistic Self-Presentation Scale (necesidad de ocultar imperfecciones); PSPS PUB: Perfectionistic Self-Presentation Scale (necesidad de ocultar imperfecciones en público); PSPS TOT: Perfectionistic Self-Presentation Scale (puntuación total).

Tabla 1. Coeficientes de correlación de Pearson entre las diferentes medidas

	PSP	EAT	STAI-E	STAI-R	BDI	BAT	ANSOCQ
CAPS-AUTO	,76*	,36*	,52*	,49*	,51*	,51*	-,43*
CAPS-SOC	,47*	,35*	,42*	,46*	,42*	,43*	-,33*
PSPV		,49*	,55*	,52*	,55*	,56*	-,46*
EAT			,55*	,52*	,55*	,56*	-,49*
STAI-E				,80*	,77*	,71*	-,65*
STAI-R					,82*	,71*	-,65*
BDI						,78*	-,73*

* $p < .01$

CAPS-AUTO: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo auto-orientado); CAPS-SOC: Child and Adolescents Perfectionism Scale (perfeccionismo socialmente prescrito); PSPS: Perfectionistic Self-Presentation Scale; EAT: Eating Attitudes Test; STAI-E: State-Trait Anxiety Inventory (Estado); STAI-R: State-Trait Anxiety Inventory (Rasgo); BDI: Beck Depression Inventory; BAT: Body Attitude Test; ANSOCQ: Anorexia Nervosa Stages Of Change Questionnaire.

Tabla 2. Medias, Desviaciones Estándar (DE) y significación (p) de los resultados de los cuestionarios por grupo diagnóstico

	RESTRICTIVAS Media (DE)	PURGATIVAS Media (DE)	p
BDI (Beck Depression Inventory)	18,98 (12,79)	27,05 (10,44)	,006
STAI (State-Trait Anxiety Inventory)			
STAI-State	28,65 (14,2)	34,91 (13,85)	
STAI-Trait	31,47 (14,21)	36,95 (10,78)	,082
EAT (Eating Attitudes Test)	39,13 (28,54)	63 (28,97)	,071
EDI-2 (Eating Disorder Inventory)			,002
Obsesión por la delgadez	9,96 (8,02)	15,3 (5,23)	
Bulimia	1,26 (2)	3,39 (3,29)	,001
Insatisfacción corporal	11,72 (9,35)	19,04 (7,35)	,007
Ineficacia	8,84 (7,62)	11,09 (6,98)	,001
Perfeccionismo	5,32 (4,43)	7 (5,7)	,212
Desconfianza interpersonal	5,93 (4,85)	6,04 (6,07)	,216
Conciencia interoceptiva	7,79 (6,55)	9,91 (5,53)	,937
Miedo a la madurez	8,79 (5,53)	9,87 (5,11)	,148
Ascetismo	6,26 (5,23)	8,48 (4,2)	,408
Impulsividad	5,77 (5,71)	8,7 (6,71)	,056
Inseguridad social	6,75 (5,68)	7,57 (4,16)	,075
BAT (Body Attitude Test)	52,17 (27,96)	70,52 (22,41)	,483
ANSOCQ*	37,63 (21,46)	19,47 (19,15)	,006

*Cuestionario de Etapas de Cambio en Anorexia Nerviosa

La geometría funcional como fundamento de la estructura y la función del aparato psíquico

DANTE ROBERTO SALATINO¹

RESUMEN

El proceso evolutivo del sistema nervioso central (SNC) no solo afectó a los genes, al desarrollo, la anatomía o la cognición, sino y fundamentalmente, la organización neural. Desde un enfoque puramente teórico analizaremos lo que a nuestro juicio define la estructura y el posterior funcionamiento del aparato psíquico, la *geometría funcional*. Esbozaremos un modelo posible que explica, a través de los principios metodológicos aportados por la *lógica transcursiva*, los aspectos funcionales del SNC que le dan sustento a la psique. **Palabras clave:** *neurobiología, subjetividad, geometría funcional, estructura y función psíquicas, lógica transcursiva*.

ABSTRACT

Functional geometry as the basis of the psychic apparatus 'structure and function. The evolutionary process of the central nervous system (CNS) not only affected genes, development, anatomy or cognition but fundamentally, the neural organization. From a purely theoretical approach, we will analyze what, in our opinion, defines the structure and the subsequent functioning of the psychic apparatus, the functional geometry. We will outline a possible model that explains, through the methodological principles provided by the transcurative logic, the functional aspects of the CNS that give support to the psyche. **Keywords:** *neurobiology, subjectivity, functional geometry, psychic structure, and function, transcurative logic*.

RESUM

La geometria funcional com a fonament de l'estructura i la funció de l'aparell psíquic. El procés evolutiu del sistema nerviós central (SNC) no només va afectar els gens, el desenvolupament, l'anatomia o la cognició, sinó, i fonamentalment, l'organització neural. Des d'un enfocament purament teòric, analitzarem el que al nostre judici defineix l'estructura i el posterior funcionament de l'aparell psíquic, la *geometria funcional*. Esbossarem un model possible que explica, a través dels principis metodològics aportats per la *lògica transcursiva*, els aspectes funcionals del SNC que sustenten la psique. **Paraules clau:** *neurobiologia, subjectivitat, geometria funcional, estructura i funció psíquiques, lògica transcursiva*.

Introducción

Evolutivamente, se suele afirmar sin mayor justificación que las características que nos definen como humanos son: un cerebro grande y complejo, la bipedestación, la posibilidad que tenemos de manejar un lenguaje y nuestra capacidad de fabricar y utilizar herramientas para modificar nuestro entorno. Podríamos incluir también la oposición del pulgar.

Pero lo cierto es que lo único que nos define como humanos es el hecho de estar vivos

y haber llegado hasta aquí y ahora, gracias a un proceso evolutivo que se inició hace 3.500 millones de años. Se sugiere que entonces éramos una bacteria, un pez hace 400 millones de años, un pequeño mamífero hace 100 millones de años y un chimpancé hace 5 millones de años (Margulis y Sagan, 1995).

Se acepte o no lo anterior, lo que hoy por hoy nos define como humanos es, según algunas de las corrientes del pensamiento imperantes, nuestra capacidad de conocernos a nosotros mismos, es decir, la autoconsciencia.

¹Médico, Investigador y Docente de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina).
Contacto: dantesalatino@gmail.com

Recibido: 15/4/2018 - Aceptado: 30/5/2018

Esta *consciencia de la consciencia* exige, como primera medida, dilucidar qué es el fenómeno de la consciencia, ese que desde hace ya tiempo se ha tratado de explicar desde distintas perspectivas. Como, por ejemplo, las neurociencias (Edelman, 1989, 1992, y Tononi, 2000; Damasio, 2010; Calvin, 1996), la filosofía (Nagel, 1974, 1989; Searle, 1997; Chalmers, 1996), la psicología (Bars, 1988, y Galge, 2010; Combs, 1996) y hasta de la física cuántica (Lockwood, 1989; Penrose, 1989, 1994). Lo anterior se dio a través de formulaciones a veces de una considerable complejidad, pero a la postre, no pasaron de ser nada más que eso: formulaciones teóricas sin ningún respaldo empírico.

La injustificada relevancia que se le ha dado a la consciencia a través del tiempo, como único representante de la actividad psíquica, se sustenta, por un lado, en nuestra profunda y bastante actual ignorancia de los mecanismos que la hacen posible (Llinás, 1993-1998). Por otro lado, en las *leyes* que rigen la psicología cotidiana o del sentido común, que hacen de lo evidente una explicación.

Es posible definir la consciencia por lo que realmente representa, o sea, la forma rudimentaria en que nuestro medio interno se pone en contacto con su entorno, para aprender de él y utilizar una estrategia adaptativa como respuesta. Ajustándonos a la caracterización anterior, podemos afirmar sin equivocarnos demasiado que en nuestra especie, hace dos millones de años, nacían con el *Homo Habilis* los primeros rasgos con características actuales, de esta *entelequia* que desvela al hombre occidental desde los Presocráticos. Se hace presente como un proceso minuciosamente discontinuo y fugaz que relaciona el cerebro con la realidad circundante, debido a la interconexión del tálamo con la corteza cerebral, en donde lo relevante no son las neuronas, ya que cada una en su lugar cumple con sus respectivas funciones (Ley de Llinás, 1988), sino sus *casi infinitas* interrelaciones.

Siguiendo las sugerencias de Arsuaga y Martínez (2006, p. 169), podemos decir que estas interrelaciones pueden haber ido aumentando a partir del primer momento a medida que aparecieron factores externos, como por ejemplo, los cambios en la dieta, una mejor adaptación al entorno y un incremento en las relaciones sociales.

Mediante este *mecanismo epigenético* se hizo posible un manejo cada vez más depurado de ese bien utilitario que es la consciencia; utilidad muy alejada de la modalidad consciente impuesta por el sentido común y la consolidada por la educación y la opinión vigentes durante mucho tiempo; esa sensación mental única que se explica a sí misma, y que a la vez nos justifica como humanos y al *ser exclusivo* que llevamos dentro, en alguna parte.

El *ser humano*, como veremos en este trabajo, va más allá de un mero hecho biológico evolutivo y social, aunque también haya estado sometido a un proceso filogenético. Este análisis es la única manera de comprender las manifestaciones ontogenéticas con las que tiene que sobrevivir el hombre actual.

El proceso filogenético del que hablábamos, en el hombre, corrió paralelo a la evolución y desarrollo del sistema nervioso, y por ende, de la estructura psíquica que es donde, según nuestro punto de vista, quedará alojado dicho *ser*. Desde allí, *administrará* ese cambio que, sin serlo en apariencia, determina el funcionamiento ontogenético actual, que representa la expresión del campo operacional o contextura en donde se concretan los vínculos consigo mismo, con su madre y con los otros, con los objetos y hechos del mundo. De esta manera, se genera la estructura de *su universo*, que no es otro que el aparato psíquico.

El decurso antropológico psíquico, en las etapas iniciales por lo menos, se superpone a la evolución de cualquier ser vivo y de los animales no humanos (multicelulares con sistema nervioso central [SNC]). Esta superposición está justificada en la base biológica que posee la psiquis, que también se hace evidente en estas instancias.

La etapa evolutiva cero corresponde a un lenguaje que dicta cuál es el camino a seguir en el devenir psíquico. De índole universal, este lenguaje, que no debemos confundirlo con el *lenguaje* habitual, relaciona el sujeto y el objeto, los dos elementos que conforman la base de la realidad subjetiva de cualquier ser vivo.

Geometría funcional

La teoría sobre la psiquis ya elaborada (Sala-tino, 2013) tuvo como uno de sus fundamentos principales el concepto de geometría funcional.

Este concepto, elaborado por Pellionisz y Llinás en 1985, trata de poner en relieve la existencia de un particular principio organizador del SNC. Las relaciones entre las neuronas, en este modelo, son más de índole temporal que espacial. Un mapeo solo espacial aporta limitadas posibilidades de representación, pero si le agregamos el tiempo, éstas crecen en un número importante. Si además, tenemos en cuenta que esta superposición espacio-temporal es controlada por el circuito oscilador tálamo-cortical a una frecuencia de 40 Hz, entonces, las posibilidades se hacen casi infinitas. Según Llinás -algo en lo que coincidimos en gran parte-, “este diálogo temporoespacial entre el tálamo y la corteza es lo que genera la subjetividad” (Llinás, 2003, p. 77).

Con un alto grado de aceptación, la neurona es considerada como la unidad funcional del sistema nervioso. Un conjunto de ellas, organizadas formando una red, en particular en la neocorteza, es considerado como la unidad de información. Finalmente, una disposición de estas redes en forma columnar se considera que representa los *bloques fundamentales* en la evolución neural (Mountcastle, 1997; Buxhoeveden y Casanova, 2002; Rockland, 2010). Estas columnas neocorticales son unidades morfológicas y funcionales que tienen una gran capacidad para gestionar sofisticados patrones espacio-temporales de disparo (Hofman y Falk, 2012, p. 381).

A lo largo de la evolución, han sufrido un incremento tanto la cantidad de unidades conectadas como de interconexiones (las primeras exponencialmente, mientras que las segundas en forma factorial) (Hofman, 2008). El mismo autor muestra, en el mismo artículo, un diagrama esquemático simple que ilustra sobre el efecto del incremento, en número, de las unidades corticales funcionales y sus interconexiones, configurando redes que mantienen tanto los patrones de conectividad local como global.

En *lógica transcurativa* (ver el apéndice 1 del anexo), también elaboramos esquemas similares para ejemplificar nuestra visión sobre la evolución, pero ontogénica, de la estructura neurológica que terminará soportando el aparato psíquico (Salatino, 2013, p. 115). La figura 1 del anexo muestra esto en detalle.

En la parte alta de esta figura, observamos cómo aumenta la complejidad de un patrón de

conexión básico a medida que se suman nuevas unidades, de manera muy similar a lo propuesto por Hofman. Teniendo en cuenta que el triángulo posee tres unidades y seis conexiones posibles (dos por unidad), el cuadrado cuatro unidades y 24 conexiones (seis por unidad) y que el hexágono (en realidad un cubo en proyección isométrica) tiene ocho unidades y 40.320 conexiones (5.040 por unidad), vemos que se cumple la ley de Hofman antes enunciada, sobre el crecimiento del número de unidades y su relación factorial con la conectividad. Por otro lado, debemos destacar que el cubo resulta del ensamble de 12 patrones fundamentales. A la unión de dos de ellos (el cuadrado con cuatro unidades: tres superficiales y un representante del nivel profundo), lo conoceremos a partir de aquí como PAU (*patrón autónomo universal*), la base del *lenguaje universal* antes mencionado.

La utilización de los colores primarios y secundarios (opuestos y complementarios) es una forma simple de dejar constancia que proponemos dos niveles independientes de representación. Uno superficial (colores primarios) y uno profundo (colores secundarios), los que están resumidos, el primero, mediante el color blanco (su suma), mientras que el segundo, a través del color negro (su resta).

En la parte inferior de la Figura 1 (izquierda) vemos la misma progresión pero partiendo desde una sola neurona y mostrando el crecimiento en complejidad mediante un cambio sucesivo de dimensiones (0D, 1D, 2D y 3D). Si aumentamos la complejidad de la red a cuatro dimensiones (abajo a la derecha) la red neuronal adquiere el aspecto de un tesseracto (hipercubo 4D). Allí también, se pueden individualizar dos niveles de representación, pero ahora complejos (sendos cubos). A esta hiperestructura de 16 unidades y 10^{13} conexiones potenciales (650.000 por unidad) (se estima que el cerebro natural completo tiene alrededor de 10^{11} unidades y 10^{13} conexiones) la denominaremos *psicocito* o célula psíquica (ver apéndice 2 del anexo). Esta curiosa denominación se debe a que, con un poco de imaginación, podemos asimilar esta estructura a una célula nerviosa, ya que consta de un *núcleo* (cubo interior) y un *citoplasma* (cubo exterior) y, además, tiene la posibilidad teórica de *emular* los distintos aspectos representacionales del cerebro.

Base lógico-transcursiva de los procesos electrofisiológicos

En este punto, desarrollaremos, en líneas generales, ciertos procesos de control y regulación que le permiten al SNC cumplir con sus funciones. Además, analizaremos determinadas características electrofisiológicas, las cuales pueden ser emuladas desde la *Lógica Transcursiva* (LT) (Salatino, 2009, 2012, 2013, 2017a). Lo anterior lo haremos invocando los principios de la simetría, y comprenden: a) el fenómeno de la sinaptogénesis y plasticidad, b) el acoplamiento y la rectificación eléctrica entre neuronas, c) el proceso de bi-ritmicidad, y d) las propiedades eléctricas oscilatorias autónomas. Guiados por una *geometría funcional* particular, aplicaremos los conceptos fundamentales de la LT (ver apéndice 1 del anexo) a la estructura y función del sistema nervioso.

El SNC como sistema de control

Desde un punto de vista muy general nuestro SNC puede ser considerado como un sistema de control de lazo cerrado (figura 2 del anexo).

A grandes rasgos, un sistema de control es un conjunto de procesos que se encargan de mantener y regular el adecuado funcionamiento de otro sistema con el fin de obtener de él un comportamiento determinado.

Un sistema de lazo cerrado o de control realimentado (Ogata, 2010) es aquel en donde la acción de control está en función de la señal de salida. Nuestro cuerpo constituye un conjunto muy complejo de sistemas realimentados, como lo son, por ejemplo, la regulación de la temperatura corporal o de la tensión arterial que se mantienen constantes a pesar de las perturbaciones externas, mediante realimentaciones fisiológicas que nos permiten sobrevivir en un medio cambiante.

En el caso del SNC podemos definir todos los elementos que constituyen un sistema de control retroalimentado (figura 2 del anexo). Un receptor (órganos de los sentidos, propiocepción, interorreceptores) permite la entrada de un estímulo que, por una vía sensitiva, llega a un regulador que selecciona la respuesta. Por vía motora, alcanza al efector que dará lugar, a modo de respuesta, a una acción acorde con las

exigencias planteadas por el entorno. Si la salida no es exactamente la que se esperaba, el *error* (diferencia entre lo esperado y lo ejecutado) retroalimenta el sistema y un proceso controlador (⊗) ajusta el regulador para corregir la salida (Llinás, 2009). Aprendizaje mediante, este tipo de control por prueba y error, que podríamos llamar *preventivo*, ayuda a detectar tendencias hacia un comportamiento desviado, de tal manera que se puede aplicar una medida correctora antes que sea demasiado tarde y se cometa un error.

Según lo anterior, y ante un hecho real, nuestro SNC reacciona de la siguiente forma: 1) percibe (recibe un estímulo), 2) elabora una respuesta y 3) ejecuta la respuesta. Precisemos mejor los tres puntos anteriores.

1) Un estímulo es un desafío que el entorno le propone al sujeto, el que para seguir viviendo en él, debe poder adaptarse a la nueva situación planteada.

2) Elaborar una respuesta es haber encontrado *sentido* a ese estímulo que ha modificado la relación existente entre el sujeto y su ambiente. Esto queda *registrado* en la memoria estructural, para pasar a formar parte de su experiencia.

3) Ejecuta la respuesta acorde al sistema involucrado; es decir, biológico, psíquico o social, según sea el caso y esto lo hace de acuerdo al circuito de control motor asociado. Esto es, el sistema talamocortical – ganglios basales, el sistema olivo-cerebelar y el sistema corticospinal, respectivamente (Postle, 2015, p. 196).

En todo el proceso descrito, no participa la consciencia, ya que es de carácter volitivo y termina generando una especie de *conocimiento encarnado*, al formar parte de la estructura psíquica alojada en la corteza cerebral. Este proceso lo podríamos caracterizar, genéricamente y de acuerdo a lo propuesto por la LT, según lo muestra la figura 3 del anexo.

Se puede ver en el esquema previo que todo comienza con un estímulo, que tanto puede venir desde el exterior como desde el propio ámbito corporal e impacta en el receptor. Por una vía sensitiva, la señal viaja hasta los centros reguladores en donde se lleva a cabo la selección del tipo de respuesta según una estrategia y una táctica determinadas. ¿En qué se basa esta selección? Pongamos como ejemplo que somos

agredidos por el fuego. Ante esta situación puedo tener dos actitudes: defenderme o atacar. La defensa puede estar dada, en lo estratégico (fin), por la huida y en lo táctico (medio), por hacerlo lo más rápido posible; mientras que el ataque se puede orientar a tratar de apagar el fuego. El proceso de regulación cumple con la función de restablecimiento, lo más rápido posible del estado de equilibrio previo a la aparición de la perturbación que significa, para el sistema, un estímulo.

Si el SNC fuera un sistema de control de lazo abierto, aquí se completaría el ciclo superficial (s) que opera cuantitativamente. Pero como es de lazo cerrado, las señales que se originan al ejecutar la respuesta ante el estímulo retroalimentan el sistema para que sean *comparadas* con las originadas por el mecanismo regulador. Si existiera alguna diferencia (error), es enviada a los centros superiores de control, que son los encargados de realizar los ajustes cualitativos (neuromodulación), lo que puede demandar varios ciclos profundos (p). He aquí donde se inicia el aprendizaje de una tarea nueva y lo que luego dará origen a los PAF (Patrones de Acción Fijos) (Llinás, 2003, p. 155), fundamento de nuestros hábitos o conductas automáticas.

Electrofisiología neuronal

La actividad del SNC se sustenta en su unidad funcional: la neurona, de la que hemos dado los detalles anatómicos en un trabajo anterior (Salatino, 2013, p. 18, Figura 4 del anexo izquierda). Dentro de las capacidades de esta célula está el comunicarse con células efectoras o con otras neuronas. Esta comunicación puede ser o bien eléctrica o a través del espacio sináptico (química).

La figura 4 del anexo trata de representar las dos conexiones interneuronales más comunes: el llamado acoplamiento electrotónico (unión comunicante) y la sinapsis química (espacio sináptico). Aunque existen sinapsis mixtas, es decir, la presencia simultánea de una sinapsis química y una eléctrica, en el esquema se han imbricado ambas solo con un fin didáctico. El esquema interrelaciona los componentes fundamentales de cualquier neurona, y los identifica mediante la entrada y la salida de estímulos. El ciclo hacia la derecha que podríamos catalogar de superficial, pues depende de un

fenómeno de membrana, identifica de alguna manera lo que tienen en común ambos tipos de conexiones neuronales. Esto es, la llegada de un estímulo a una dendrita produce un potencial sináptico que pasa por el soma celular en donde es acumulado, llegando al segmento inicial del axón que tiene un sensor de umbral. Si el umbral no ha sido alcanzado, cicla de la misma forma hasta lograrlo, consiguiendo así disparar un potencial de acción que genera una onda de despolarización que, en el caso de la sinapsis eléctrica, alcanza la unión comunicante, en donde a través del conexón (Salatino, 2013, p. 45) se produce un acoplamiento iónico entre las dos neuronas (pre y postsináptica).

En el caso de la sinapsis química, cuando el potencial de acción generado alcanza el botón sináptico, se produce una entrada de Ca^{++} a la célula que abre las vesículas de los neurotransmisores, que son volcados en el espacio sináptico en busca de sus receptores específicos en la neurona postsináptica. Cuando neurotransmisor y neuroreceptor se ponen en contacto, surge en la neurona postsináptica, o bien un *potencial excitatorio postsináptico*, o bien una hiperpolarización (lo opuesto a una despolarización) llamada *potencial inhibitorio postsináptico*.

Sinaptogénesis y plasticidad

La sinapsis química, tal como la hemos considerado, forma un sistema bipartito en donde la señal se transmite entre las células pre y postsináptica. En la primera década de este siglo, se descubrió un parámetro adicional que debe ser tenido en cuenta en la función sináptica. Este componente es la astroglia (tejido formado por astrocitos, la célula glial principal y más abundante), participando en el control del microambiente neuronal (hipótesis de la *sinapsis tripartita*, Pickel y Segal, 2014, p. 379).

Otro aspecto que se ha puesto en evidencia recientemente, como regulador de la función y plasticidad neuronal, es el papel que cumple la matriz extracelular circundante, surgiendo la hipótesis de la sinapsis *cuadripartita* (Dityatev y Rusakov, 2011) (Figura 5 del anexo).

La neurona presináptica, según el esquema anterior, es quien libera el neurotransmisor. La mayoría de la información en el cerebro se procesa a través de sinapsis glutamatérgicas excitatorias.

La neurona presináptica es quien libera el *glutamato* (neurotransmisor). Otra de sus actividades tiene que ver con la liberación de *neurotripsina*, por medio de la cual controla la *matriz extracelular* (MEC). La *neurotripsina* determina la producción de *agrina* por parte de la MEC que propicia, por un lado, el desarrollo y mantenimiento de la unión neuromuscular. Pero por otro, uno de los productos de degradación de la *agrina* desencadena la formación de *filopodios dendríticos*.

Se acepta que la *potenciación de largo plazo* (LTP) se expresa a nivel de la neurona postsináptica (como en el hipocampo), pero puede depender de otros mecanismos que controlan y modulan la liberación de neurotransmisores. Son ejemplos de LTP independiente presináptica la que se origina en las fibras paralelas cerebelares y la de los terminales córticotalámicos (Pickel y Segal, 2014, p. 72).

La *astroglia* interviene en la regulación y absorción del glutamato liberado por la neurona presináptica. Además, libera un coagonista (D-serina) de los receptores de glutamato (NMDA), que permite regular, remotamente, la activación de estos receptores, lo que induce LTP.

La *matriz extracelular* (MEC) interviene en la inducción de plasticidad neuronal, dependiente de los receptores NMDA. La escisión de la *agrina* no solo requiere la liberación de *neurotripsina*, como hemos visto, sino también la activación de la neurona postsináptica (ver figura 5 del anexo). Esto constituye otro mecanismo *detector de simultaneidad*, que este caso desencadena la *plasticidad estructural*, según los principios elaborados por Hebb (Dityatev y Rusakov, 2011).

La MEC también controla mediante las *integrinas* el tráfico de NMDA. Por otro lado, interconecta los complejos proteicos pre y postsinápticos, estabilizando la interacción de ambas células.

La neurona postsináptica libera *neurotrofina*, que estimula la supervivencia y el crecimiento neuronal y promueve la sinaptogénesis. También puede producir LTP, como ya hemos mencionado.

Acoplamiento y rectificación

En la comprensión del funcionamiento de una red neuronal es tan importante conocer las características propias de cada tipo neuronal

interviniente (ley de Llinás, 1988), como la modalidad sináptica que las relaciona.

El acoplamiento eléctrico, la conductancia iónica responsable de la excitabilidad y las propiedades eléctricas oscilatorias autónomas le dan a la neurona la capacidad de actuar, ya sea como un oscilador (marcapasos) o como un resonador, que respondiendo a determinadas frecuencias o variaciones de fase, puede cumplir con las tareas de un modulador (neuromodulación).

El marcapaseo y la neuromodulación tienen diversas implicancias en el SNC: 1) determinan sus estados funcionales (vigilia, sueño o nivel de atención), 2) manejan tanto el tiempo psíquico (cuña temporal - quantum cognitivo - ver apéndice 2 del anexo), como el neurológico de la coordinación motora, y 3) especifican el grado de conectividad entre las neuronas.

En 1984, Marder demostró el rol que cumple el acoplamiento eléctrico en circuitos neurales. Utilizando una técnica fotoquímica de *supresión neuronal* pudo determinar, no solo cómo se conectan las distintas neuronas, sino también la función de una determinada neurona.

El acoplamiento eléctrico ya era conocido desde los trabajos de Bennett (1972), pero lo que Marder aporta está relacionado con el hecho de demostrar que las neuronas están eléctricamente acopladas. La investigadora propone que el acoplamiento eléctrico entre neuronas cumple dos funciones principales, a) aumentar la velocidad con que se transmite un impulso nervioso entre neuronas, y b) sincronizar su actividad, es decir, hacerlas disparar en fase, confirmando una tarea de modulación. Sugiere además que, teóricamente, es posible que neuronas eléctricamente acopladas que liberen en distintas circunstancias, distintos neurotransmisores con acción sináptica opuesta (excitatoria/inhibitoria), puedan actuar como un *interruptor* que cambia el *signo* (+/-) de la acción.

Marder, en 1998, demuestra que, más allá de mejorar la velocidad de conducción y cumplir funciones moduladoras, las sinapsis eléctricas muestran un fenómeno de rectificación, o sea, permiten el pasaje de la corriente en un solo sentido. Este mecanismo sirve para explicar la capacidad que tienen algunas neuronas de detectar coincidencias de estimulación, según lo demostraron Edwards et al. (1998), y confirmar

la plausibilidad del modelo de la neurona piramidal de la corteza propuesto por Llinás et al. (1994) para explicar la actividad cognitiva. Además, es un mecanismo muy importante en el aprendizaje *hebbiano*, la localización binaural y la atención visual. En 2009, Marder, aporta nueva evidencia sobre la rectificación presente en algunas sinapsis eléctricas y confirma que es el resultado del aporte diferenciado que hace cada hemicanal de la unión *gap junction* (Salatino, 2013, p. 45) típica en este tipo de sinapsis.

Invocando todas las investigaciones anteriores podemos hacer un perfecto paralelo entre la electrofisiología de las sinapsis eléctricas y lo propuesto por la LT.

La Figura 6 del anexo pretende, de una manera alegórica, representar, por ejemplo, la disposición neuronal descrita por Khosrovani et al. (2007) en la oliva inferior. Así, la neurona N₁ (01) tiene una entrada *química* (0) y una salida *eléctrica* (1), lo que le permite oscilar espontáneamente a 1,8 Hz. La neurona N₂ (10) tiene una entrada *eléctrica* (1) y una salida *química* (0), lo que le permite oscilar como consecuencia del estímulo eléctrico recibido, a 7 Hz. La neurona N₃ (11) tiene una entrada *eléctrica* (1) y una salida *eléctrica* (1), la cual oscila a 7 Hz, pero además, puede inducir oscilaciones espontáneas en otra neurona. Finalmente, la neurona N₀ (00) no presenta oscilaciones de ningún tipo, lo cual es probable que se deba a que se comporta, tanto en su entrada (0) como en su salida (0), como una sinapsis química ordinaria, y que como también muestran estos autores, representa el 15 % de todas las neuronas de la oliva inferior.

Las neuronas N₁ y N₂ están acopladas eléctricamente, lo cual da lugar a una serie de fenómenos importantes. En primer término, se produce un fenómeno de rectificación que asegura el sentido unidireccional del estímulo (N₁ → N₂). En segundo término, permite que entre en efecto el desacople inducido por el GABA procedente de los núcleos cerebelosos profundos, por lo que se comporta como un *interruptor* que *invierte* el nivel: pasa del *nivel superficial* (e) predominantemente eléctrico o que responde a un estímulo, al *nivel profundo* (q) de índole químico, o sea, dependiente de iones como el Ca⁺⁺ que permiten la oscilación espontánea. En tercer lugar, posibilita una suerte de sincronización por

diferencia de fase, según lo propone el modelo elaborado por Jacobson (2009), con lo cual se da algo similar a una simultaneidad absoluta entre lo *espacial* y lo *temporal*, asegurando así la generación de precisos patrones temporales que regulan la actividad motora (PAF). Por último, el reseteo de fase de un grupo de neuronas por un estímulo, tal que la nueva fase sea coherente e independiente de la fase original (Llinás, 2014). Tal como destaca Llinás en este último trabajo, el sistema olivo-cerebelar es la clave para comprender el significado de las propiedades oscilatorias intrínsecas del cerebro.

Bi-ritmicidad

Llinás (1988) demostró que una neurona en los mamíferos no es solo esa célula *ideal* que ayudaron a desentrañar Bernstein (1868), Hodgkin y Huxley (1952) o Coombs, Eccles y Fatt (1955), sino que además, representa un elemento dinámico que posee una amplia gama de propiedades electrofisiológicas que le permiten manejar diferentes conductancias iónicas, ya sea dependientes de un nivel de voltaje o de alguna molécula que las active.

Entre las propiedades electrofisiológicas de las neuronas del SNC, Llinás destaca su actividad espontánea, la cual está estrechamente ligada a las conductancias iónicas activadas por voltaje, en particular, la conocida como de bajo umbral de Ca⁺⁺ identificada inicialmente en las células de la oliva inferior (OI).

La actividad espontánea mencionada tiene una particularidad y es que se inactiva durante el potencial de reposo, y se vuelve a activar durante la hiperpolarización de la membrana. Esto último es un comportamiento que parece paradójico, pues contradice el *dogma neurobiológico* que establece que la despolarización de la membrana desde el potencial de reposo incrementa la excitabilidad, mientras que la hiperpolarización la disminuye. Obviamente, lo dogmático es una sobre simplificación, ya que en la OI, una despolarización subumbral puede producir un potencial de acción superpuesto a despolarizaciones o hiperpolarizaciones. Este fenómeno autoriza a considerar a las neuronas del SNC como verdaderos osciladores o resonadores unicelulares.

La conductancia del Ca⁺⁺ como la de otros

iones se organiza de tal manera que le permiten la autoritmicidad a una célula nerviosa. Además, como la dinámica de estas conductancias, en algunas células, responde a cierta(s) frecuencia(s), pueden ser consideradas como resonadores. El mejor ejemplo de esto lo constituyen, nuevamente, las células de la OI, que tienden a responder a frecuencias que son directamente moduladas por sus propiedades eléctricas intrínsecas.

Llinás (1988) invocó la bi-ritmicidad (Decroly y Goldbeter, 1982) como justificación de los dos modos distintos de comportamiento oscilatorio que muestran las neuronas talámicas, e inclusive, las neuronas de la OI. Para esto se basó en el modelo publicado por Morán y Goldbeter en 1984 (Figura 7 del anexo), que si bien está sustentado en el análisis de la particular propiedad que tienen algunos sistemas químicos o biológicos de evidenciar un comportamiento oscilatorio sostenido, sus hallazgos, tal como lo demostró Llinás en varios trabajos y los mismos autores del modelo (Goldbeter y Morán, 1988), son equiparables a las explicaciones cualitativas del comportamiento oscilatorio neuronal.

Este modelo se justifica en la coexistencia de dos ciclos-límite estables, puestos en evidencia mediante la relación establecida entre dos variables (sustrato y producto) regulada por dos isoenzimas alostéricas (ver apéndice 2 del anexo) (Goldbeter, 1996, p. 116).

El fenómeno de la bi-ritmicidad es un patrón de auto-organización temporal que surge por el acoplamiento de dos regímenes oscilatorios, de los cuales uno opera alrededor de un desequilibrio estable controlado y regulado por una retroalimentación negativa (reciclado del producto P sobre el sustrato S, en el modelo), con lo que se convalida un estado ordenado; mientras que el otro surge como consecuencia de una perturbación brusca e intensa que bien puede ser o una variación en el aporte de S, que en el régimen anterior permanecía estable, o bien, una alteración inducida y mantenida por una variación (bifurcación) en el comportamiento del sistema que se produce por haber sido alejado más allá de un límite crítico del punto de desequilibrio estable en que se encontraba. Esto último genera una retroalimentación positiva que obliga al sistema a resolver, mediante algo

similar a una *estructura disipativa* (Prigogine, 1977) (ver apéndice 2 del anexo), para encontrar de nuevo un nivel, aunque más complejo, de desequilibrio estable que le permita seguir funcionando. Esta dinámica es la que anima el *lenguaje universal* que propone la LT.

Todo sistema vivo tiene un comportamiento similar al descrito (el gran aporte de Prigogine) y las fluctuaciones escriben su *historia evolutiva*, su devenir. Las células nerviosas, como todo tejido vivo, se ven afectadas también por este comportamiento, el cual permite explicar los hallazgos de Llinás con respecto a su régimen oscilatorio y el análisis que hace de él la LT, como se puede ver en la figura 7 del anexo. Allí quedan establecidos dos circuitos oscilatorios, uno superficial (s) que está dado por la tasa de unión del sustrato con la enzima alostérica (E₁). Esta última se desdobla, por una parte, un sector activo que da origen al producto y cuyo régimen oscila cercano al equilibrio y representa la *apariencia* de la LT o el *contenido* propuesto por Llinás, que en el sistema tálamo-cortical, por ejemplo, es manejado por los *núcleos específicos*. Por otra parte, un circuito oscilador profundo (p) que se sustenta en la tasa de recuperación del sustrato, catalizado por la otra mitad de la enzima (E₂), para inyectarlo nuevamente en el circuito oscilando lejos del equilibrio y representa el *continente* de la LT o el *contexto* de Llinás, que en el sistema tálamo-cortical está manejado por los *núcleos inespecíficos*. Hay una bifurcación (el desdoblamiento de la enzima en dos mitades isomorfas al unirse al efector) que produce el pasaje del ciclo superficial al profundo. Además, una estructura disipativa que resuelve la vuelta del sistema a un punto más evolucionado cercano al equilibrio, con la reintegración del sustrato dejando al sistema en condiciones para comenzar, nuevamente, todo el proceso.

El comportamiento oscilatorio es la clave para tratar de explicar cómo funciona el SNC. Hace unos años se propuso que las funciones básicas del SNC son controladas, reguladas y producidas por un *marcapasos neurológico* y un *marcapasos psíquico* (Salatino, 2013). Hoy se ha demostrado que esto es una realidad que puede ser analizada mediante un *Tomograma Funcional*, el nuevo método diagnóstico propuesto por Llinás que basado en el análisis magnetoencefalográfico

permite localizar las zonas de actividad espontánea del cerebro (Llinás et al., 2015). Por otro lado, se ha comprobado que existen circuitos neuronales en donde una sola neurona puede modular (controlar) toda una red haciéndole adoptar distintos regímenes oscilatorios, y que esta selección de patrones de comportamiento tienen que ver con variaciones de la frecuencia (Gutierrez y Marder, 2014) o de la fase de la oscilación (Llinás, 2014).

Neuromodulación

Lo que acabamos de describir se llama neuromodulación y es, precisamente, lo encontrado por Gutierrez y Marder (2014), demostrando que la modulación de una única neurona tiene influencia en las acciones estado-dependiente en la dinámica de un circuito neural. Analicemos esto con mayor detalle.

En la figura 8 del anexo vemos dos circuitos neuronales, uno lento formado por las neuronas L_1 y L_2 , y un circuito rápido integrado por R_1 y R_2 , que se encuentran ligados por una neurona que actúa como conmutador (C). Esta neurona conmutadora es quien a través de sus conductancias intrínsecas moldea, de alguna forma, el comportamiento de ambos circuitos, haciendo que un circuito o el otro varíe sus respuestas oscilatorias. Según lo demostraron estas investigadoras, cuando las neuronas oscilantes se acoplan con otras neuronas con distintas propiedades intrínsecas, el acoplamiento eléctrico ($\llcorner$), que ya hemos visto, puede incrementar o producir un decremento en la frecuencia de la oscilación. Han observado, además, que la oscilación en la inhibición mutua de un par de neuronas puede ser estabilizada por acoplamiento eléctrico, el cual a su vez, puede inducir una conmutación biestable entre los patrones de disparo (Gutierrez et al., 2013, p. 852). Se ha probado, por otra parte, la importancia de la neuromodulación, ya que puede alterar completamente la actuación de toda una red cuando se encuentra en un estado determinado (por ejemplo, variando la frecuencia de la entrada de control – entrada externa), y sin embargo, no la afecta cuando está en otro estado o la afecta en otro sentido (por ejemplo, cuando varía la fase de la oscilación – variación local) (Gutierrez y Marder, 2014).

Conclusión

Hemos comprobado que es posible abstraer los elementos fundamentales que determinan, mediante sus relaciones, un fenómeno cualquiera, individualizándolos mediante características concretas. En otros trabajos se ha logrado hacer extensiva esta caracterización a casi todos los fenómenos conocidos que van desde la física cuántica hasta el código genético (Salatino, 2017a). En este trabajo, el método propuesto por la LT (Salatino, 2017b) nos ha sido útil para confirmar que también es aplicable para explicar de una manera sencilla las peculiaridades generales del funcionamiento del SNC, tales como: a) neurogénesis y plasticidad, b) la disposición de las neuronas en un circuito, c) la posibilidad de analizar el SNC como un sistema controlado y regulado en forma autónoma, d) en la caracterización de los fenómenos de rectificación y acoplamiento eléctricos, e) en la adecuación del fenómeno de bi-ritmicidad que puede explicar la detección de simultaneidad de funcionamiento de distintas redes neuronales, y f) la neuromodulación y la conmutación (biestabilidad) de toda una red influyendo, simplemente, sobre una neurona.

Los fenómenos de acoplamiento y rectificación demostraron que en una red neuronal se pueden definir dos niveles, uno superficial (eléctrico) y otro profundo (químico), coincidiendo con lo propuesto por la LT. Mientras, el fenómeno de bi-ritmicidad apoya la tesis de la LT sobre la existencia de un régimen temporal específico para cada uno de estos niveles.

Se completa la evidencia con la posibilidad de modificar el comportamiento de toda una red con solo modular una única neurona del sistema, lo que coincide con la dinámica biestable de patrones temporales ofrecidos por la LT.

La presencia activa de estos dos osciladores permite, por ejemplo, que una neurona se transforme en un *marcapasos*, como ocurre con las neuronas de la oliva inferior que oscilan a 10 Hz regulando así toda la actividad motora (temblor fisiológico); o se convierta en un modulador (resonador) como lo son las mismas células olivares cuando conforman distintos patrones temporales que controlan los movimientos finos, haciendo que las células

de Purkinje cerebelosas oscilen a distintas frecuencias. O bien, se constituyan las neuronas en detectores de simultaneidad, como ocurre con las neuronas talámicas que se relacionan con las células piramidales corticales para interrelacionar *contenido y contexto* o *continente*, dando lugar de esta manera a la actividad cognitiva de Llinás (2003) o psíquica de Salatino (2009).

Bibliografía

- Arsuaga, J. L. y Martínez, I. (2006). *The Chosen Species. The Long March of Human Evolution*. Malden: Blackwell Publishing.
- Baars, B. J. (1988). *A cognitive theory of consciousness*. New York: Cambridge University Press.
- Baars, B. J. y Galge, N. M. (2010). *Cognition, brain, and consciousness: An introduction to cognitive neuroscience* (2nd Ed.). San Diego, CA: Academic Press (Elsevier).
- Bennett, M. V. L. (1972). Comparison of electrically and chemically mediated synaptic transmission. En (G. D. Pappas y D. P. Purpura) *Structure and Function of Synapses*. pp. 221-256. New York: Raven Press.
- Bernstein J. (1868). Über den zeitlichen Verlauf der negativen Schwankung der Nervenstroms. *Pflüg Arch* 1, ss. 173-207.
- Buxhoeveden, D. P. y Casanova, M. F. (2002). The minicolumn and the Evolution of the brain. *Brain, Behavior and Evolution*, 60, pp. 125-151.
- Calvin, W. (1996). *The Cerebral Code: Thinking a Thought in the Mosaics of the Mind*. The MIT Press.
- Chalmers, D. J. (1996). *The conscious mind: In search of a fundamental theory*. New York: Oxford University Press.
- Combs, A. (1996). *The Radiance of Being: Complexity, Chaos and the Evolution of Consciousness*. London: Paragon House.
- Coombs, J. S., Eccles, J. C. y Fatt, P. (1955). The Inhibitory Suppression of Reflex Discharges from Motoneurons. *J. Physiol.* 130, pp. 396-413.
- Damasio, A. (2010). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. New York: Vintage.
- Decroly, O. y Goldbeter, A. (1982). Birhythmicity, chaos, and other patterns of temporal self-organization in a multiply regulated biochemical system. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 79, pp. 6917-6921.
- Dityatev, A. y Rusakov, D. A. (2011). Molecular signals of plasticity at the tetrapartite synapse. *Curr Opin Neurobiol*, 21(2), pp. 353-359.
- Edelman, G. M. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. New York: Basic Books.
- Edelman, G. M. (1992). *Bright air, brilliant fire: On the matter of the mind*. New York: Basic Books.
- Edelman, G. M. y Tononi, G. (2000). *A Universe of Consciousness. How Matter Becomes Imagination*. New York: Basic Books.
- Edwards, D. H., Yeh, S-R. y Krasne, F. B. (1998). Neuronal coincidence detection by voltage-sensitive electrical synapse. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 95, pp. 7145-7150.
- Goldbeter, A. y Morán, F. (1988). Dynamics of a biochemical system with multiple oscillatory domains as a clue for multiple modes of neuronal oscillations. *Eur. Biophys. J.*, 15, pp. 277-287.
- Goldbeter, A. (1996). *Biochemical oscillations and cellular rhythms. The molecular bases of periodic and chaotic behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gutierrez, G. y Marder, E. (2014). Modulation of a Single Neuron has State-Dependent Actions on Circuit Dynamics, *eNeuro*, 1(1), pp. 1-12.
- Hodgkin, A. L. y Huxley, A. F. (1952). A Quantitative Description of Membrane Current and its Application to Conduction and Excitation in Nerve. *J. Physiol.* 117, pp. 500-544.
- Hofman, M. A. (2008). Neural networks and cognition: An evolutionary approach. *Japanese Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, pp. 1-4.
- Hofman, M. A. y Falk, D. (2012). Evolution of the Primate Brain. From Neuron to Behavior. *Progress in Brain Research*, 195.
- Jacobson, G. (2009). *Spatio-temporal aspects of information processing in the cerebellar cortex*. Tesis doctoral, Hebrew University of Jerusalem. Director: Dr. Yosef Yarom.
- Khosrovani, S. et al. (2007). In vivo mouse inferior olive neurons exhibit heterogeneous subthreshold oscillations and spiking patterns. *PNAS*, 104, no. 40, pp. 15911-15916.
- Kristofferson, A. B. (1984). Quantal and deterministic timing in human duration discrimination. *Annals New York Acad. Sci.*, 423, pp. 3-15.

- Llinás, R. (1988). The intrinsic Electrophysiological properties of mammalian neurons. Insights into central nervous system function. *Science*, 242, pp. 1654-1664.
- Llinás, R. y Ribary, U. (1993). Coherent 40-Hz Oscillation characterizes dream state in humans. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 90, pp. 2078-2081.
- Llinás, R. et al. (1994). Content and Context in Temporal Thalamocortical Binding, En *Temporal Coding in the Brain*, Buzsáki, G. et al. (editores), pp. 251-272. Berlín: Springer-Verlag.
- Llinás, R. et al. (1998). The neuronal basis of consciousness. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* 353, pp. 1841-1849.
- Llinás, R. (2003). *El cerebro y el mito del yo. El papel de las neuronas en el pensamiento y el comportamiento humanos*. Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Llinás, R. (2009). Inferior Olive Oscillation as the Temporal Basis for Motricity and Oscillatory Reset as the Basis for Motor Error Correction. *Neuroscience*, 162, 797-804.
- Llinás, R. R. (2014). The olive-cerebellar system: a key to understanding the functional significance of intrinsic oscillatory brain properties. *Frontiers in Neural Circuits*, 96 (7), 1-13.
- Llinás, R. R. et al. (2015). Reconstruction of human brain spontaneous activity based on frequency-pattern analysis of magnetoencephalography data. *Frontiers in Neuroscience*, 9, Article 373.
- Lockwood, M. (1989). *Mind, Brain and the Quantum*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Marder, E. (1984). Roles for electrical coupling in neural circuits as revealed by selective neuronal deletions, *J. exp. Biol.*, 112, 147-167.
- Marder, E. (1998). Electrical Synapses: Beyond speed and synchrony to computation, *Current Biology*, 8 (22), pp. R95-R97.
- Marder, E. (2009). Electrical Synapses: Rectification Demystified. *Current Biology*, 19 (1), R34-R35.
- Margulis, L. y Sagan, D. (1995). *Microcosmos. Cuatro mil millones de años de evolución desde nuestros ancestros microbianos*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Morán, F. y Goldbeter, A. (1984). Onset of Bihyhythmicity in a Regulated Biochemical System. *Biophysical Chemistry*, 20, 149-156.
- Mountcastle, V. B. (1997). The columnar organization of brain. *Brain*, 120, 701-722.
- Nagel, T. (1974). What is it like to be a bat? *Philosophical Review*, 83(4), 435-450.
- Nagel, T. (1989). *The view from nowhere*. New York: Oxford University Press.
- Noether, E. (1918). Invariante Variationsprobleme. *Klasse*, 235-257.
- Ogata, K. (2010). *Modern Control Engineering*. New York: Prentice Hall.
- Pellionisz, A. y Llinás, R. (1985). Tensor network theory of the metaorganization of functional geometries in the CNS. *Neuroscience*, 16, 245-273.
- Penrose, R. (1989). *The Emperor's New Mind: Concerning Computers, Minds and The Laws of Physics*. Oxford: Oxford University Press.
- Penrose, R. (1994). *Shadows of the mind: A search for the missing science of consciousness*. Oxford: Oxford University Press.
- Pickel, V. y Segal, M. (2014). *The Synapse: Structure and Function*. Oxford: Elsevier.
- Postle, B. R. (2015). *Essentials of Cognitive Neuroscience*. UK: John Wiley & Sons.
- Prigogine, I. y Nicolis, G. (1977). *Self-Organization in Nonequilibrium Systems. From Dissipative Structures to Order through Fluctuations*. New York: John Wiley y Sons.
- Ramón y Cajal, S. (1894). *Les Nouvelles Idées sur la Structure du Système Nerveux chez L'Homme et chez les Vertébrés*. Paris: C. Reinwald y C^{ie}, Libraires-Éditeurs.
- Rockland, K. S. (2010). Five points on columns. *Frontiers in Neuroanatomy*, 4, 22.
- Salatino, D. R. (2009). *Semiótica de los sistemas reales*. Tesis Doctoral en Letras especialidad Psicolingüística por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Director: Dra. Liliana Cubo de Severino. Recuperado en <https://aprend3r.blogspot.com.ar/>
- Salatino, D. R. (2012). *Aspectos psico-bio-socio-culturales del lenguaje natural humano. Introducción a la teoría psíquica del lenguaje*. Mendoza, Argentina: Desktop Publishing, Amazon, ISBN: 978-987-33-2379-9. Recuperado en <https://aprend3r.blogspot.com.ar/>
- Salatino, D. R. (2013). *Psiquis. Estructura y función*. Mendoza, Argentina: Autoedición. ISBN: 978-987-33-3808-3. Recuperado en

<https://aprend3r.blogspot.com.ar/>
Salatino, D. R. (2017a). *Tratado de Lógica Transcursiva. Origen evolutivo del sentido en la realidad subjetiva*. Mendoza, Argentina: Primera Autoedición – ISBN: 978-987-42-5099-5. Recuperado en <https://aprend3r.blogspot.com.ar/>
Salatino, D. R. (2017b). Transcurssive Logic as

Method. *Inter. J. Res. Methodol. Soc. Sci.*, 3, (39) 5-18. ISSN: 2415-0371. Recuperado en <https://aprend3r.blogspot.com.ar/>
Searle, J. (1997). *The mystery of consciousness*. New York: New York Review of Book.
Van Fraassen, B. C. (1989). *Laws and Symmetry*. Oxford: Clarendon Press.

Anexos

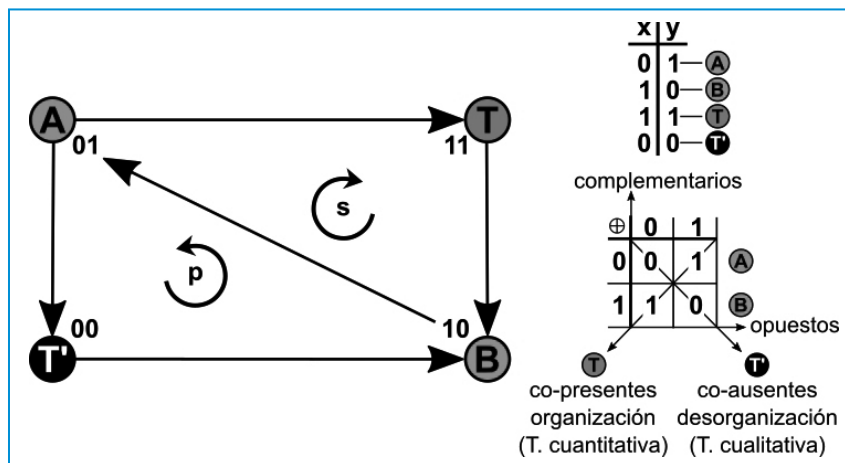
Apéndice 1: lógica transcursiva

En el planteo científico, un *hecho* se refiere, generalmente, a las relaciones mantenidas por objetos reales que ocupan un espacio y un tiempo, es decir, que pueden ser evaluados mediante la observación y la experimentación. En *lógica transcursiva* (LT), en cambio, los hechos tienen que ver con las relaciones establecidas entre sujetos y objetos que nos dan la pauta de sus aspectos cualitativos. No obstante, desde esta perspectiva se acepta el enfoque empírico de la ciencia que llama experiencia al conjunto de las percepciones, y fenómeno a la realidad objetiva en tanto que cambio observable que se muestra a los sentidos. En otras palabras, la ciencia estudia la realidad observada, percibida, cuantitativa; mientras que la LT se encarga de la realidad cualitativa que subyace en el observador y sus relaciones con la realidad aparente a la cual determina.

Según el enfoque de la física, la realidad objetiva obedece a una serie de principios que implican una conexión fundamental entre la simetría y ciertas leyes de conservación de algunas magnitudes (Noether, 1918). La simetría tiene que ver con la invariancia de las magnitudes físicas entre distintos sistemas de coordenadas a lo largo de la evolución temporal que un sistema presenta frente a una transformación generalizada, conservando también su estructura dentro de un marco de referencia determinado. Tal vez el ejemplo paradigmático de esto lo constituya la teoría general de la relatividad, en donde se pudo demostrar, tomando como guía los principios de la simetría, que por un lado, la aceleración y la gravedad son en realidad dos aspectos del mismo fenómeno; y por otro y generalizando dicho concepto, que la gravedad solo refleja la geometría del espacio-tiempo.

La LT, que nació para analizar exclusivamente, los fenómenos subjetivos, o sea, aquellos que dependen del sujeto como observador, en su evolución permitió hacer extensivos los principios básicos del teorema de Noether a lo biológico, a lo psíquico y a lo social. Así pudimos mostrar la existencia de un grupo de simetrías o invariantes que permiten elaborar una posible explicación de un sinnúmero de fenómenos (Salatino, 2017) entre los que se encuentra el funcionamiento de nuestro SNC de cara a las exigencias que le plantea el entorno y todas las tareas que debe cumplir para sobrevivir en él. Es decir, la LT posibilita entre otros, el abordaje de todos los aspectos que hacen a la vida, el comportamiento y la conducta de un ser humano.

Para comprender los principios estructurales y funcionales en que se basa este particular enfoque, diremos que la realidad objetiva, es decir, la realidad aparente que constituye nuestro entorno circundante y está sometida a observación, es isótropa. Esto es, igual que el espacio físico, sus características objetivas no varían según la dimensión desde donde se las observa.



Dado lo anterior, no existe elemento distintivo que le permita al aparato psíquico residente, en parte, en la corteza cerebral, lograr alguna forma de *representación* de dicha realidad con fines operativos.

Desde el mismo enfoque, la realidad subjetiva, o sea, aquella que se construye desde el observador, es anisotrópica con respecto al tiempo. Es decir, los hechos reales en tanto fenómenos o cambios que afectan a los objetos reales que pueden ser observados, no tienen el mismo sentido según la dimensión temporal desde la cual se los aborde.

Siguiendo la línea de pensamiento de Van Fraassen (1989) podemos plantear que todo hecho real representa un problema a resolver. Ante esta situación, lo primero que debería hacer la psiquis es tratar de aislar los rasgos esenciales de la situación problema; o sea, los aspectos relevantes para su solución. Una premisa importante es considerar este problema que representa un hecho real con la mayor generalidad posible para poder alcanzar un resultado acorde al conjunto de circunstancias que rodean o condicionan un hecho.

Aislar la estructura esencial o relevante de un fenómeno es equivalente a definir un grupo de transformaciones que, una vez aplicadas, dejan el problema, esencialmente, en la misma situación desde donde se partió (invariancia). El conjunto de esas transformaciones son las simetrías del problema. En LT, con los aspectos esenciales se conforma un grupo (una disposición lógico-estructural) al que llamamos PAU (Patrón Autónomo Universal) (ver Figura 1), y la solución consiste en una regla (una función) que depende solo de esos parámetros básicos.

En esta figura, vemos dos aspectos esenciales de un fenómeno cualquiera (A y B) y las relaciones que guardan entre sí mediante dos transformaciones: una superficial o aparente (T) y otra oculta o profunda (T'). La manera que tenemos para identificar cada uno de estos elementos es mediante la individualización de alguna característica que le sea propia a cada aspecto esencial (x e y). Según los códigos binarios resultantes, tenemos que A se identifica por tener la característica y, pero no la x. Por el contrario, B se identifica por poseer la característica x, pero no la y; esto nos está diciendo que A y B son opuestos con respecto a las características x e y, que son excluyentes. Las transformaciones se distinguen porque, la superficial (T) posee ambas características (x e y) de los aspectos que relaciona (A y B). Es lo que denominamos co-presencia u organización, que es lo que se evidencia en cualquier fenómeno que está siendo observado.

La transformación profunda (T'), por su parte, muestra una ausencia total de las características que identifican a los aspectos que relaciona (co-ausencia o desorganización). Como vemos, tal como ocurre con los aspectos esenciales (A y B), aquí las transformaciones T y T' son opuestas. Pero además, ambos pares son complementarios, ya que sumados dan la unidad aparente (11), que no es otra cosa que la transformación evidente o superficial (la organización). Queda así conformada una oposición mediada por otra oposición.

En el esquema de la figura se observa que entre A y B existe, además de la relación indirecta, mediada por una transformación que hemos descrito, una relación directa entre ellos que es compartida por los dos ciclos emergentes. Estos ciclos quedan conformados: uno superficial (*s*) de giro dextrógiro (en el sentido horario) que representa las simetrías de rotación del sistema, y uno profundo (*p*) de giro levógiro (en el sentido antihorario), que es una evidencia de las simetrías de reflexión de nuestro patrón universal. Los giros opuestos constituyen otro modo de complementariedad que asegura la simultaneidad en la operación de ambos ciclos en la realidad subjetiva, en donde tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos de cualquier hecho real deben estar presentes al mismo tiempo.

Finalmente, para que todo el sistema no sea solo una estructura inerte, debe existir una regla o función que lo ponga en movimiento. Esta regla ($\otimes$) produce un *desplazamiento superficial* hacia la derecha (transformación cuantitativa o aparente), haciendo uso de las características que ayudan a identificar cada elemento del sistema, cada uno de esos elementos. Esto le permite a cada aspecto considerado ocupar el lugar de su sucesor en la secuencia, sin perder por eso su propia identidad (simetría de rotación), hasta que el sistema vuelva al comienzo desde donde partió. Con esto se supone que se debe haber alcanzado la solución del problema planteado por los aspectos observables de un hecho real. A nivel profundo, y como no podría ser de otra manera, la regla o función utilizada es la opuesta a la de superficie (Ξ), la cual permite desplazar hacia la izquierda los elementos del sistema. Aquí, cuando el sistema vuelve a la disposición original, luego de las sucesivas transformaciones cualitativas, obtenemos la completa solución al problema (simetría de reflexión), ya que en definitiva, es este nivel el de los aspectos que caracterizan un fenómeno y determinante de lo que se observa en un hecho aparente o superficial.

Apéndice 2. Glosario

Célula psíquica o Psicocito

Denominada así como homenaje a Santiago Ramón y Cajal, quien en 1892 bautizara con este apelativo a las células piramidales que él descubrió en la corteza prefrontal (Ramón y Cajal, 1894, p. 75). También las llamó las *mariposas del alma* y las consideró como el sustrato idóneo de las funciones psíquicas superiores (pensamiento, percepción, memoria).

Cuña temporal

La *cuña temporal* es la brecha temporal que permite explicar por qué un mismo hecho real se ve distinto desde lo objetivo que desde lo subjetivo. Es el *tiempo externo no consciente* que transcurre entre un *ahora* y otro en el mundo de la objetividad, en donde la simultaneidad es relativa, es decir, en donde no hay un *ahora eterno*, sino una sucesión de ellos. Esta pluralidad temporal no es percibida, dado que permanecemos sumidos en la inconsciencia mientras discurre la *cuña*, que dura 12,5 mseg. Luego la sensación es de consciencia permanente y de un fluir continuo del tiempo externo. Durante la cuña temporal, en el tiempo interno, se producen fenómenos subjetivos importantes, como son la actualización de la memoria transitoria y la posibilidad de predicción que muestra nuestro cerebro, y todo esto mientras en la superficie, aparentemente, nada cambia. Además, y muy importante, durante este periodo de tiempo psicológico es donde tiene lugar la elaboración de los pensamientos (nota del autor).

Estructura disipativa

Hay tres aspectos que siempre están ligados en una *estructura disipativa*: la función (que puede estar representada, p. e., por las reacciones químicas), la estructura espaciotemporal que resulta de las inestabilidades, y las fluctuaciones que disparan las inestabilidades. La interrelación de estos tres aspectos puede explicar los fenómenos que generalmente permanecen fuera del alcance del observador, como lo es por ejemplo, el lograr *orden* a través de fluctuaciones.



El esquema anterior nos dice del establecimiento de dos ciclos: uno *externo*, que oscila alrededor de un punto de desequilibrio estable (cercano al equilibrio) producto de un movimiento de aproximación asintótica (retroalimentación negativa) que nos muestra un orden determinado; el otro, *interno*, oculto, es producto de un movimiento de dispersión exponencial, que oscila lejos del punto de equilibrio (retroalimentación positiva), provocado por una perturbación brusca que puede producir un estado caótico en el sistema. Esta situación se puede resolver de dos maneras: o bien se adapta a la perturbación provocada generando una estructura disipativa que permita tramitar el desorden y lograr *emergir* hacia un estado de orden más complejo aproximándose a un nuevo punto de desequilibrio estable. O bien, el sistema *muere* (se detiene) por haber encontrado el equilibrio estático absoluto, dejando de oscilar o fluctuar, dando cumplimiento al segundo principio de la termodinámica.

Isoenzima alostérica

Las *isoenzimas* alostéricas son el producto de una enzima que se desdobra en dos enzimas isomorfas, pero con estructuras distintas, producto de su unión con el efector (alostéricas), y que catalizan una misma reacción. En el modelo sirven para representar cada uno de los ciclos de Goldbeter-Morán, el contenido/contexto de la propuesta de Llinás, y los niveles superficial/profundo de la lógica trans-cursiva (nota del autor).

PAF

El *PAF* es un concepto elaborado por Llinás (2003, p.155), quien lo define como un módulo automático de función motora discreta que opera como un reflejo algo más elaborado y cuyo origen son redes neuronales que especifican movimientos estereotipados que a menudo son rítmicos y relativamente fijos; fijeza que se da no solo a nivel individual, sino en toda una especie. Asientan en los ganglios basales. Aquí, este magnífico concepto se hace extensivo al de hábito, lo cual, lo mismo que en su definición original, requiere de un sistema nervioso desarrollado. El *PAF* puro se refiere a que tomamos solo el marco conductual exclusivamente, sin tener en cuenta el sustrato.

Quantum cognitivo

Según nuestra propuesta, tanto los estados de consciencia como los de ensoñación son discontinuos. Duran lo que Kristofferson (1984) estableció como el *quantum cognitivo*, o sea, 12,5 mseg aproximadamente, que representan como lo demostraron Llinás y Ribary (1993), una especie de sistema de rastreo rostrocaudal que recorre toda la corteza cerebral durante ese tiempo.

Figura 1. Redes o patrones de conexión

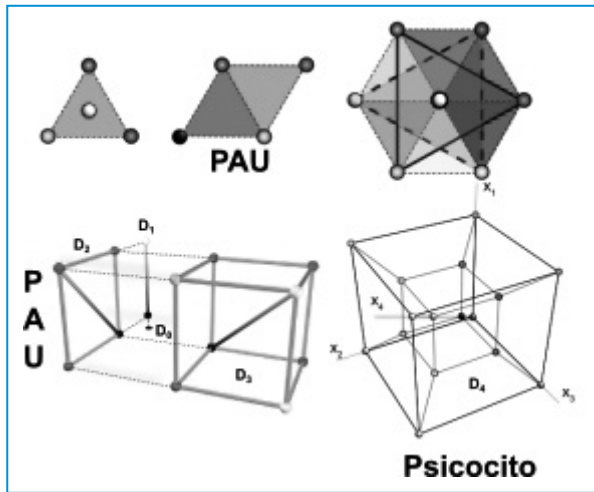


Figura 2. Control de lazo cerrado

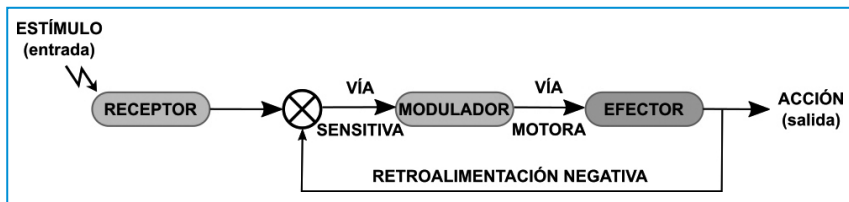


Figura 3. PAU del control automático

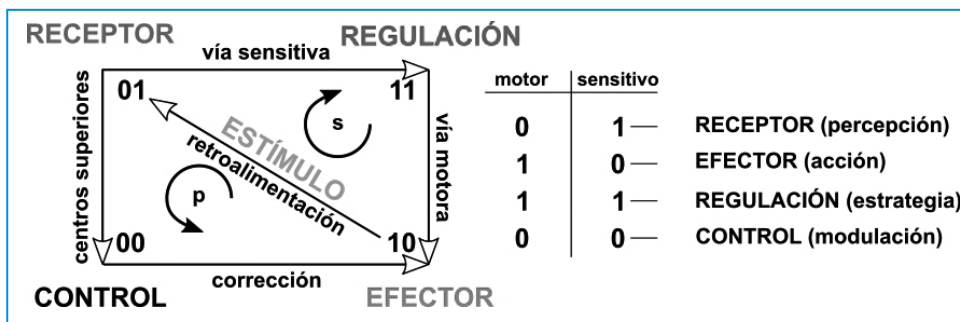


Figura 4. PAU de las interacciones neuronales

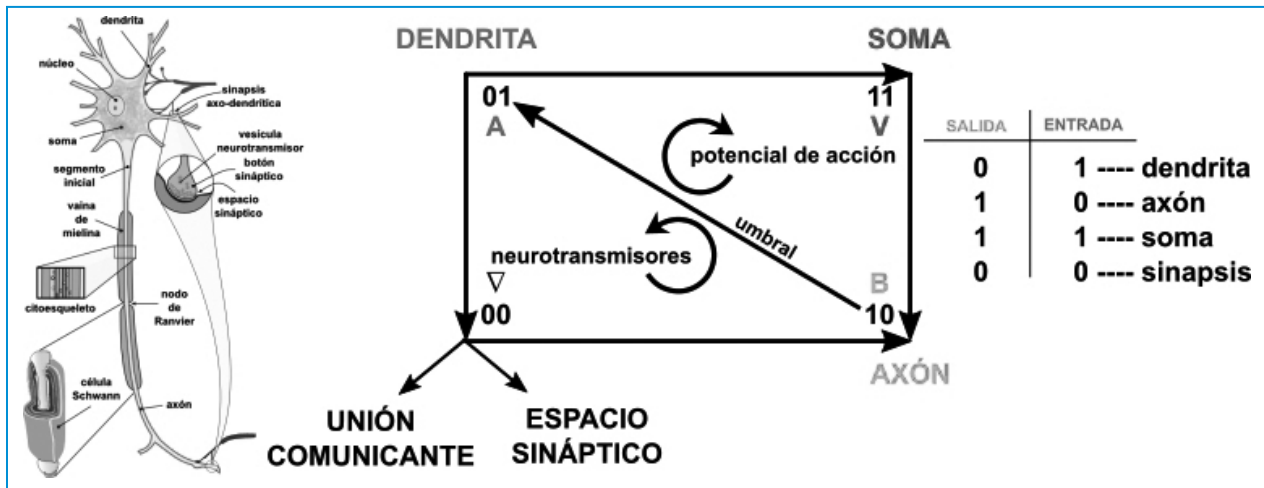


Figura 5. PAU sinapsis cuadripartita

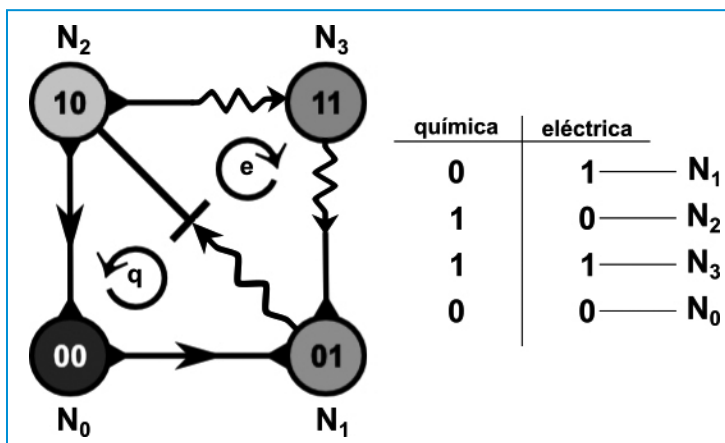


Figura 6. PAU del acoplamiento eléctrico y la rectificación

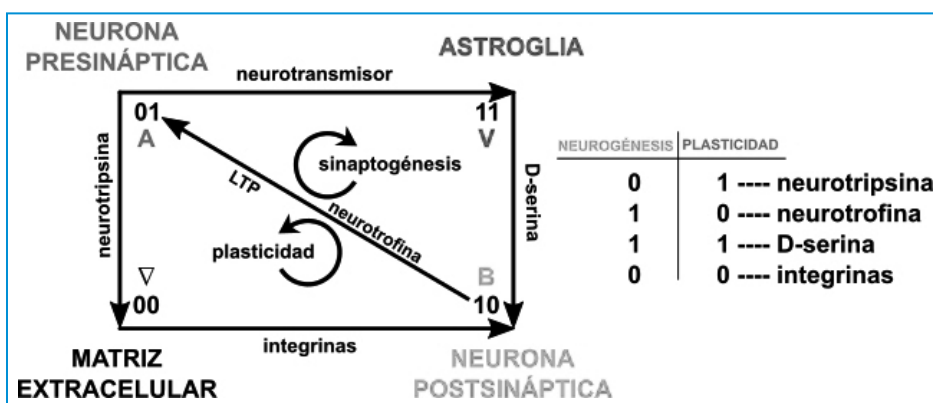


Figura 7. PAU de la bi-ritmicidad (Modelo de Morán y Goldbeter, 1984)

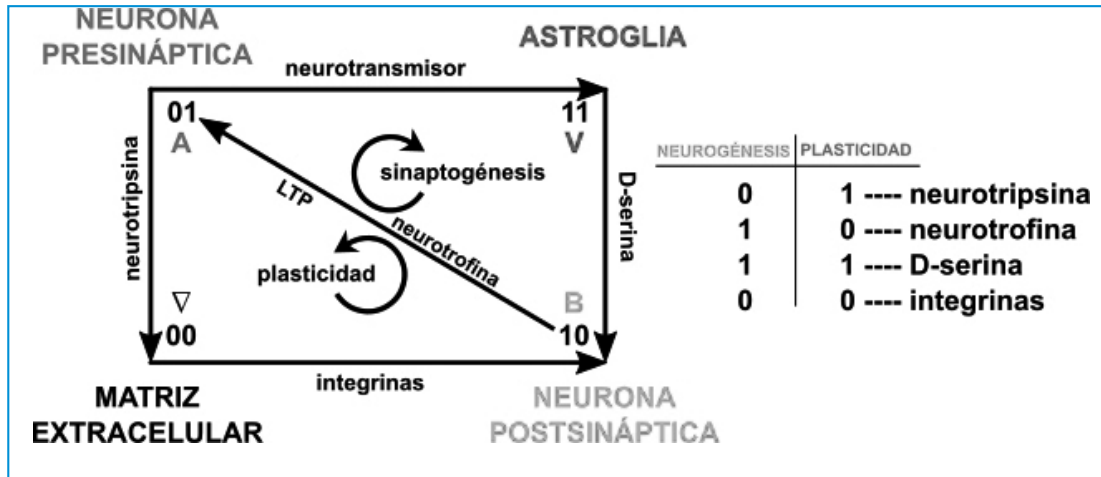
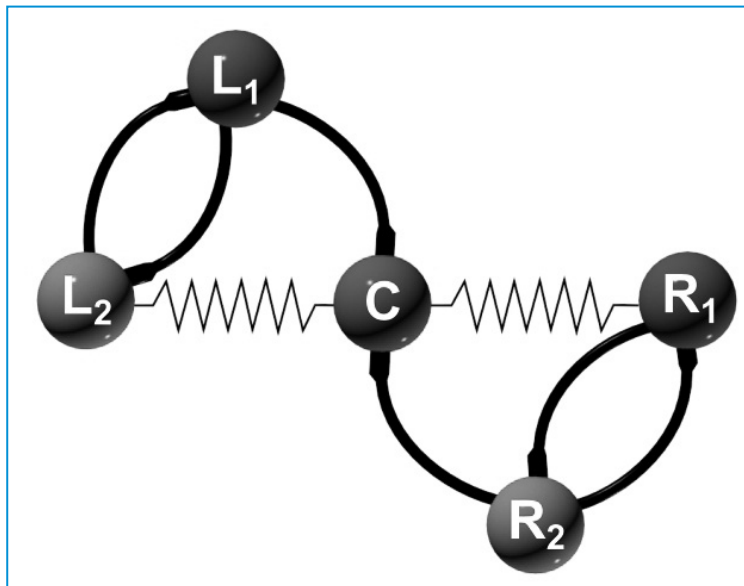


Figura 8. PAU modulador



¿Trastorno límite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno por desequilibrio emocional?: una actualización para la Atención Primaria de Salud

JORGE L. TIZÓN

Este artículo es una reproducción del original que apareció en
FMC 2017; 24:492-510, Vol. 24 Núm. 9
y se reproduce con el permiso de [Elsevier España S.L.U.](#)

Jorge L. Tizón es miembro del Consejo Directivo de la Revista y por su vinculación, trayectoria y el interés que despiertan siempre sus trabajos, decidimos, gracias a la generosidad de Elsevier y del autor, reproducir este artículo en el presente número.

El Dr. Tizón es psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Ha sido Director de las Unidades de Salud Mental de adultos, niños, adicciones y TMG de Sant Martí-La Mina (Barcelona) y del Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz a los Pacientes en Riesgo de Psicosis (EAPPP, de la Atención Primaria de Salud de Barcelona). Además, ha trabajado como Médico de Cabecera del Institut Català de la Salut, y está habilitado específicamente para ejercer como Médico de Medicina General de los Servicios Nacionales de Salud de la Unión Europea. Es, también, profesor de la Universitat Ramon Llull (Barcelona).

Contacto: jtizong@gmail.com

El artículo puede descargarse gratuitamente desde la web:
www.fundacioorienta.com

RESUMEN

El trastorno límite de personalidad es uno de los trastornos más debatidos de la psiquiatría y la psicopatología contemporáneas. Además, es un problema que en atención primaria manifiesta una prevalencia y una frecuentación mayor y más grave que otros muchos tipos de problemas, tanto orgánicos como emocionales. Sin embargo, es uno de los cuadros de la psicopatología actual que resulta más urgente replantearse, al menos desde las perspectivas teóricas, etiopatogénicas y terapéuticas. **Palabras clave:** *regulación emocional, apego, mentalización, emoción, trastorno por inestabilidad emocional límite (TIEL), adversidades en la infancia.*

ABSTRACT

Is it a borderline personality disorder, an emotional instability disorder or an emotional imbalance disorder? An update for Primary Health Care. The borderline personality disorder is one of the most debated disorders in contemporary psychiatry and psychopathology. In addition, in primary care, it represents a more severe problem, with higher and more frequent prevalence compared to other types of problems, both organic and emotional. However, it is one of the icons of the current psychopathology that is most urgent to reconsider, at least from the theoretical, etiopathogenic and therapeutic perspectives. **Keywords:** *emotional regulation, attachment, mentalization, emotion, limit emotional instability disorder (LEID), childhood adversities.*

RESUM

Trastorn límit de la personalitat, trastorn per inestabilitat emocional o trastorn per desequilibri emocional? El trastorn límit de la personalitat és un dels trastorns més debatuts de la psiquiatria i la psicopatologia contemporànies. A més, és un problema que a l'atenció primària manifesta una prevalença i una freqüentació més gran i més greu que molts altres tipus de problemes, tant orgànics com emocionals. No obstant, és un dels quadres de la psicopatologia actual que resulta més urgent replantejar-se, almenys des de les perspectives teòriques, etiopatogèniques i terapèutiques. **Paraules clau:** *regulació emocional, aferrament, mentalització, emoció, trastorn per inestabilitat emocional límit (TIEL), adversitats en la infància.*

PUNTOS CLAVE

1. NO existe ningún psicofármaco para el tratamiento etiológico del trastorno límite de personalidad (TLP) o trastorno por inestabilidad emocional (TIEL).
2. La base actualizada para un tratamiento eficaz y eficiente de ese trastorno son diversos tipos de psicoterapias especializadas.
3. A ser posible, integradas dentro de un tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad (TIANC), como en todos los trastornos mentales graves (TMG).
4. Se trata de un trastorno con amplia prevalencia y frecuentación en atención primaria de salud (APS).
5. Con presentaciones a menudo graves y, casi siempre, complejas de tratar: depresión, adicciones, impulsividad, fobias complejas, manifestaciones histriónicas y disociativas, reacciones paranoides, dependencia, “derrota social”, ideación y actos suicidas...
6. Su tratamiento integral debe correr a cargo, fundamentalmente, de servicios de salud mental adecuadamente formados, organizados y apoyados.
7. En cuyo caso, la APS tendría un gran papel a jugar en su atención, fundamentalmente a nivel de prevención primaria y terciaria y como apoyo a la terapia.
8. Pero la pobreza actual de los dispositivos de salud mental públicos (realmente una especie de “psiquiatría pública para pobres”) y la falta de dotación y apoyo a la APS, hacen que el tratamiento habitual de la mayoría de los pacientes con ese diagnóstico sea enormemente pobre, empobrecido y facilitador de la “cronificación medicalizada”.
9. A menudo, se trata de situaciones interpersonales e intrapersonales tan complejas y cronificadas que el tratamiento es, asimismo, largo y complejo: están alterados procesos neurobiológicos tan básicos como la regulación emocional, los vínculos de apego y la mentalización.
10. De ahí la importancia relevante de la prevención en este campo, otra vez la “pariente pobre” dentro de una APS y unos dispositivos de salud mental “pobres y empobrecidos”.

Breve actualización histórica

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno mental grave cuya prevalencia-vida se estima entre el 1 y el 6 por ciento de la población general (American Psychiatric Association [APA], 1995, 2013; Gunderson y Singer, 1975; Organización Mundial de la Salud [OMS-WHO], 1992, 2011; Grant et al., 2008; Aragonés, Salvador-Carulla, López-Muntaner, Ferrer y Piñol, 2013; Ahmedani et al., 2014). Esa prevalencia es mayor en los servicios de urgencias generales y psiquiátricos, así como en las poblaciones de personas sometidas a medidas de justicia o sujetas a procedimientos legales (Grant et al., 2008; Aragonés et al., 2013; Ahmedani et al., 2014; Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy y Higgitt, 1990): entre un cuarto y un tercio son diagnosticados de TLP. Además, es un trastorno que posee numerosas manifestaciones psiquiátricas de otros tipos: particularmente, trastornos por ansiedad excesiva, trastornos adictivos, trastornos del humor y otros trastornos de personalidad (APA, 1995, 2013; Gunderson y Singer, 1975; OMS-WHO, 1992, 2011; Grant et al., 2008; Aragonés et al., 2013; Ahmedani et al., 2014; Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy y Higgitt, 1990).

Existe un amplio consenso en cuanto a sus características clínicas, mucho menor con respecto a su nomenclatura, etiopatogenia y tratamiento (Millon y Davis, 1998). El cuadro clínico se refiere a personas que (a) padecen una desregulación emocional (Millon y Davis, 1998; Linehan, 1993); (b) altos niveles de impulsividad, que pueden llegar a las autolesiones y las tendencias suicidas (APA, 2013; OMS-WHO, 2011; Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy y Higgitt, 1990; Tizón, 2016a); (c) manifiestan graves trastornos en las relaciones interpersonales (APA, 2013; OMS-WHO, 2011; Fonagy y Luyten, 2009); (d) a las cuales hoy caracterizamos como formas de apego o vinculación ansiosas o desorganizadas, con gran intolerancia a la soledad e hipersensibilidad a las relaciones sociales (Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy y Luyten, 2009).

El hoy desafortunado término con el que se designan posee un origen histórico (Millon y Davis, 1998). En realidad, se trata de un tipo de trastornos mentales que han sido descritos desde los inicios de la psicopatología y la psiquiatría.

Parece ser que el primer autor que percibió la relación entre los estados de ánimo inestables y la impulsividad fue Bonet, en 1684, proponiendo el término de *folie maniaco-mélancolique*. Más tarde, la psiquiatría francesa le aplicó los términos de *folie circulaire* y otros similares ya a partir de Baillarger y Falret (1854). Desde entonces, la historia de la psiquiatría coincide con la historia del estudio de este tipo de síndromes. En una temprana revisión, ya en 1973 (Tizón, 1973), pudimos encontrar hasta 40 términos que intentaban designar el síndrome psicopatológico confuso, profuso y abigarrado del que hablamos.

En efecto: este tipo de pacientes, en los que se entremezclan características patológicas que muchas veces se creían privativas de las psicosis (se les ha diagnosticado de “esquizofrenia seudoneurótica”, “esquizofrenia límite”, “psicosis latente”), con otras propias de las neurosis y de las “psicopatías”, “sociopatías” o “neurosis de carácter”, ha recibido las más variadas denominaciones. Términos tales como “neurosis límite” o “liminares”, “cuadros liminares”, “neurosis borderline”, etcétera, están a mi entender en íntima relación con otros que parten de una postura previa o una intención explicativa o psicogenética: “síndromes de disformación de las estructuras mentales básicas”, “síndromes de disgenesia del yo personal”, determinadas acepciones del término “prepsicosis” (Tizón, 1973), las “distrofias mentales” de otros autores, los cuadros “psicotícoides” de Schelling, los “síndromes de identidad difusa” (Erikson, 1970), etcétera.

Pero hay algo que está claro: estos pacientes, bajo un término u otro, sin un concepto diagnóstico preciso, han sido conocidos “desde siempre” por los médicos generales, internistas, neurólogos y psiquiatras, desde al menos la época de las primeras revoluciones burguesas hasta nuestros días.

Si bien la descripción del síndrome es anterior, la historia del término “borderline” puede remontarse hasta el año 1884. En aquel momento, el psiquiatra británico C. H. Hughes hablaba de un “campo fronterizo” en las “enfermedades psicológicas”. Hughes (citado en Rodríguez-Melón, 2005) hablaba de “una locura” que afecta a muchas personas que “pasan la vida cerca y continuamente oscilando en esa línea que bordea y separa locura de cordura”. La idea se

popularizó rápidamente con el término “borderline”: ni neuróticos ni psicóticos. Llegó incluso al léxico popular y periodístico.

Probablemente fué en el año 1938 cuando se utilizó por primera vez el término “borderline” dentro del ámbito terapéutico (Tizón, 2016a). Adolf Stern describió un tipo de pacientes ambulatorios que no obtenían provecho del psicoanálisis clásico y que no encajaban en las categorías estándar de “neurótico” o “psicótico”. Durante algunos años el término fue usado de forma coloquial por los psicoanalistas para describir pacientes que, aun teniendo serios problemas de funcionamiento relacional, no entraban dentro de las categorías diagnósticas y eran difíciles de tratar con los métodos psicoterapéuticos convencionales. Entre otras razones, porque dentro de la psicoterapia o el psicoanálisis podían mostrar características “psicóticas” que aparentemente no mostraban en su vida cotidiana.

Más tarde, Grinker, Werble y Drye (1968), mediante estudios estadísticos y factoriales, demostraron de forma definitiva su vigencia clínica y profundizaron y delimitaron su estructura psicopatológica. Según estos autores, fue Glover en 1932 el que inició en nuestra época el interés por las “neurosis borderline” considerando incorrecta esta denominación: él prefería denominarlas “psicosis potenciales”.

En los trabajos previos a su inclusión por primera vez en la clasificación americana del DSM-III (1980), el consenso al respecto del cuadro clínico era grande, aunque el mismo tendía a entenderse como un nivel de organización de la personalidad global (Kernberg, 1984) o un nivel de gravedad (Millon y Davis, 1998). Con ello comenzó a perderse el valor de uno de los significados fundamentales del concepto: la oscilación entre diversas formas y momentos de la relación, cotidiana o terapéutica, su psicodinamia.

Actualmente, el uso profuso, difuso y confuso del acrónimo TLP (en inglés, BDP) y sus supuestos “sinónimos” lo ha convertido en uno de los “cajones de sastre” más socorridos de la psicopatología y la psiquiatría actuales. Entre otras razones porque el síndrome se basa en pseudo-conceptos con poca intensidad nuclear y con gran extensión nuclear (Tizón, 1978). De ahí que, como veremos a continuación, su denominación es diferente en las clasificación internacional de

las enfermedades (OMS-WHO, 1992, 2011) y en la clasificación americana (desde el DSM-III hasta el DSM5): *Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite* (en la CIE-10) o *trastorno límite de personalidad* (en el DSM) (APA, 1995, 2013) cuando, en realidad, en ambos casos lo que se enfatiza es el desequilibrio emocional, al que, por esas causas históricas, se sigue llamando “límite”.

Cuadro clínico

Todos los estudiosos iniciales del “síndrome” lo describen basándose en esa imbricación de síntomas “neuróticos”, psicóticos, caracteriales y de comportamiento, por la frecuencia de los trastornos encéfalo-visceral y de las desviaciones sexuales, la incapacidad de establecer relaciones afectivas, las crisis de angustia paroxística, de despersonalización o de depresión aguda, etc. En estos pacientes, la reactividad a las presiones de la vida cotidiana es excesiva y permanente, lo que contrasta con la incapacidad profunda para manejar sus sentimientos y la superficialidad de sus adaptaciones, que no llega a poder ocultar los trastornos profundos de las conductas relacionales y de la motivación.

Y, sin embargo, estamos hablando de un “trastorno” que, según el DSM-III-R, suponía una prevalencia del 1, 4 o 6 % de la población general, da lugar al 10 % de las consultas ambulatorias y determina el 20 % de los ingresados en Estados Unidos. En APS está enormemente infradiagnosticado, si bien su prevalencia y frecuentación parecen relativamente altas (Aragón et al., 2013).

El cuadro clínico se resume en las **tablas 1 y 2 del anexo**. En definitiva, ambas perspectivas insisten en que son personas en las que predomina la inestabilidad afectiva, que se manifiesta por momentos de disforia, irritabilidad o ansiedad que duran horas o días y pocas veces más.

Se trata de fenómenos que afectan directamente a los tratamientos, en especial a través de sus manifestaciones en la transferencia y la contratransferencia durante los mismos (pero también en APS [Fonagy y Luyten, 2009; Kernberg, 1984]). El psicoanálisis ha proporcionado a lo largo de varias décadas finas descripciones de los componentes relacionales tanto internos

como externos de estos pacientes (Bergeret, 1984; Clarkin, Marziali y Munroe-Blum, 1992; Freud, 1914, 1926; Klein, 1946; Rosenfeld y Dittsheim, 1978; Rosenfeld, 1987; Guntrip, 1968; MacKinnon y Michels, 1971; Moser, 1997; Ogden, 1992; Gabbard, 1994; Green, 1997, 1990; Grinberg, 1997; Hernández, 1991; Horowitz, 1991; Paz, 1994; Wallerstein, 1994; Ruggiero, 2012; Rupprecht-Schampera, 1997; Tizón, 2000; Rodríguez-Sutil, 2002; Bowlby, 1969, 1973).

Para poder entender las manifestaciones interpersonales de estos pacientes, así como su etiopatogenia, es hoy indispensable una teoría integradora, biopsicosocial, de las emociones y los sentimientos: son las manifestaciones fundamentales de estos sujetos, tanto en sus relaciones cotidianas como en la relación con los profesionales. Para ello, es indispensable una comprensión de la emocionalidad como la que ha aportado el equipo de Jaak Panksepp (1998; Panksepp y Biven, 2012), que considera como “sistemas emocionales” aquellos que poseen una base etológica, relacional y neurofisiológica definida. Esas siete emociones o “sistemas emocionales” primigenios (indagación, miedo, ira, cuidado-apego, pena-tristeza, deseo y alegría-juego) son los que, con la experiencia, dan lugar a las emociones secundarias, cognitivizadas, a las cuales llamamos *sentimientos*.

Para todo ello hay que partir de una definición de qué es la emoción (**ver tabla 3 del anexo**) y de la *regulación emocional* (RE). Ya Thompson (1994) había definido la regulación emocional (RE) como “el proceso extrínseco e intrínseco responsable de la monitorización, evaluación y modificación de las reacciones emocionales” (**ver tabla 4 del anexo**): si bien las emociones primigenias son sistemas emocionales pre-programados genéticamente, el ser humano inmaduro (el bebé y el niño) necesita de la madre y los cuidadores para modular las tempestades emocionales iniciales y para poseer modelos introyectables de esa modulación. Las estrategias reguladoras o moduladoras pueden ser más o menos efectivas para lograr detener el aumento de cualquiera de las emociones primigenias hasta niveles desagradables o, simplemente, desadaptativos. Hoy se trata de asuntos que han podido ser investigados desde el punto de vista de la psicología y biología experimentales, la

neurofisiología, los estudios de neuro-imagen, el psicoanálisis, etc. (Fonagy y Luyten, 2009; Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012; Thompson, 1994; Putnam y Silk, 2005).

La nueva perspectiva de las emociones es básica para una aproximación actualizada a los trastornos mentales. Resulta especialmente relevante para entender a estos sujetos, pues el elemento central de la clínica es lo inapropiado y desbordante de sus emociones y sentimientos, con el predominio del miedo y la ira, los sentimientos de persecución y de una indagación o búsqueda bajo el dominio de cogniciones persecutorias. De ahí sus dificultades para expresar y modular el deseo sexual, desarrollar el cuidado y apegos secundarios, participar en juegos, dejarse dominar por la alegría y el amor...

Un segundo elemento básico para actualizar el cuadro clínico es la perspectiva de la *psicopatología basada en la relación* (Tizón, 2001; Millon y Davis, 1998; Horowitz, 1991). En definitiva, lo que entendemos como manifestaciones psicopatológicas no son sino relaciones interpersonales o intrapersonales que producen más sufrimiento del que resulta adaptativo. Desde esa perspectiva, ya Horowitz y su equipo (1991) habían determinado que las manifestaciones clínicas de los sujetos diagnosticados como TIEL-TLP vienen determinadas por: 1) la confusión pulsional, con irrupciones de la psicosexualidad y la agresividad no integradas ni toleradas; 2) sin una cohesión del Self (de la identidad), de ahí que en diversos momentos de la vida y las relaciones parezca que hay varias personalidades contrapuestas actuando; y 3) Y con grandes idealizaciones y disociaciones tanto en la representación mental de los demás como en la representación mental de uno mismo (Self).

En cualquier caso, estas personas, en diversos momentos de la vida, pueden manifestar diversos modelos relacionales, diversas organizaciones psicopatológicas de la relación, tal como hemos expuesto en otros momentos (Tizón, 2001, 2004, 2015, 2016, 2013). Así, tenderán a funcionar predominantemente con relaciones melancólico-maníacas, adictivo-dependientes, relaciones paranoides y/o con relaciones dramatizadoras (histriónicas) (**ver Tabla 5 del anexo**).

En la visión que poseen de los otros, de los demás, las oscilaciones tienden ser asimismo

profundas: buscan desesperadamente al otro (idealizado), pero con exigencias tales que no lo encuentran o lo acaban viviendo como desvalorizado o persecutorio. Experimentan grandes temores a las pérdidas relacionales, a las separaciones, con una necesidad desesperada de relaciones sociales, siempre vigilando no perderlas. Pero contribuyen decididamente a su pérdida a través de sus alteraciones emocionales, cambios de humor, irritabilidad.... Naturalmente, todo ello afecta a la identidad, al self como objeto interno (y, por tanto, al mundo de la empatía, la simpatía y la meta-comunicación) (Fonagy y Higgitt, 1990). De ahí las metáforas que los describen: entre “el prisionero que ansía el amor” y el “puercoespín con frío que no puede acercarse a nadie” de Schopenhauer: ansían el amor, pero se defienden de él, porque temen la fuerza destructiva del amor, según su propia experiencia.

De ahí el masoquismo, la dependencia ávida y las manipulaciones frecuentes. Si se alejan, sienten frío y desamor; si se acercan demasiado, dolor, sufrimiento (Green, 1997, 1990; Grinberg, 1997; Hernández, 1991; Horowitz, 1991; Paz, 1994; Wallerstein, 1994; Ruggiero, 2012; Rupprecht-Schampera, 1997; Tizón, 2000; Rodríguez-Sutil, 2002).

De ahí también su enorme dificultad para elaborar las pérdidas y los procesos de duelo (Tizón, 2013a). Probablemente se pasarán toda la vida buscando a otro de quien depender, con quien adherirse, que les lleve... Una tendencia que he resumido con la metáfora de “a la búsqueda del objeto portante” (Tizón, 2001, 2004).

Roberto es conocido por el equipo de APS desde hace al menos 15 años. Entre otras cosas, porque, que se sepa, ha hecho dos intentos de suicidio de los que han tenido noticia en el Centro de Salud.

Entre los antecedentes familiares, en la historia aparece el dato de que madre e hijo fueron abandonados por el padre cuando Roberto contaba dos años... La madre pasó entonces una grave depresión, por la que recibió variados y potentes tratamientos farmacológicos unidimensionales (sólo con psicofármacos), sin ayuda psicoterapéutica ni psicosocial que se sepa. A partir de entonces, figuran varias visitas al pediatra por trastornos de sueño, de la alimentación y trastornos

oposicionistas de Roberto. A los 14 años, la madre consulta por la “rebeldía” del hijo y por el uso por parte de Roberto de marihuana y, sospecha, de otras drogas psicoactivas.

El médico de cabecera conoce bien a Roberto. No es para menos, pues ha tenido en la consulta todo tipo de presentaciones: desde la amenazante, porque se sentía postergado o mal tratado ante determinados listas de espera o tratamientos, hasta la reparadora, en la que acude al profesional pidiendo disculpas, perdón y, a menudo, portando algún regalo (casi siempre inadecuado: ha llegado a regalarle al Dr. Cesio un juego de mudas interiores). Al Dr. Cesio le produce una mezcla de temor y conmisericordia. Sobre todo por sus arrebatos emocionales, que le perturban gravemente en la vida, y, también, más matizadamente, en la consulta: “a veces viene un Roberto, pero a veces otro que no se le parece en nada”. Con frecuencia, se presenta insistente, impaciente, desconfiado, magnificando sus dolencias y urgencias. En otras ocasiones, puede disculparse por la visita anterior... para volver a ponerse desconfiado ante otra espera o ante el especialista de turno (padece una dermatosis facial y del cuero cabelludo, y se queja de “palpitaciones y arritmias” frecuentemente).

Su vida personal está en crisis. Ha perdido varios trabajos en los que estaba mejor que en el actual pero, sobre todo, ha perdido a la familia: ante sus violentas crisis de ira, la mujer ha decidido pedir el divorcio, se ha ido con el hijo de ambos y le plantean problemas con las visitas y las vacaciones. Llevan años en litigios tras la separación y Roberto, con ira evidente en sus palabras, le ha dicho al médico que “no voy a ceder. Me ha abandonado y va a ver...”.

Etiopatogenia y factores de riesgo

La actualización de nuestros conocimientos con respecto a la etiopatogenia del TLP nos está proporcionando numerosas ideas nuevas para una aproximación integradora a la salud mental. En la comprensión y los intentos de terapia de estas personas se muestra claramente lo trasnochado de posturas teóricas tales como el biologismo, el psicologismo o los sociologismos unilaterales y, mucho más, la inutilidad e

ineficiencia de la psicopatología dominante (la *psiquiatría biocomercial* [Tizón, 1978, 2015]). Entre otras razones, porque hoy ya poseemos suficientes pruebas de cómo co-existen e interaccionan en estas condiciones personales los componentes psicológicos, psicosociales y biológicos, y cómo su interacción y retroalimentación tienden a hacer tan graves, persistentes y resistentes al tratamiento los sufrimientos de estas personas.

Perspectiva psicológica

Por eso, unos autores hacen hincapié en los factores constitucionales: ciertos fallos en estructuras psico-neuro-endocrino-inmunitarias básicas llevarían a una particular desregulación de los sistemas emocionales (en especial de la indagación, el miedo, la ira y el sistema de apego-cuidados), con resultados de intolerancia a la frustración, dependencias patológicas, incapacidad de adquirir autonomía, etc. (APA, 1995, 2013; Gunderson y Singer, 1975; OMS-WHO, 1992, 2011; Grant et al., 2008; Fonagy y Luyten, 2009). Otros insisten en los factores psicogenéticos: traumatismos afectivos precoces consecutivos a frustraciones maternas o a privación de cuidados maternos, insuficiencia de gratificaciones primarias, factores de riesgo precoces, insuficiencia de factores protectores (Rholes y Simpson, 2004; West y Sheldon-Keller, 1999; Cazolino, 2006; Green, 2003; Belsky et al., 2012; Guimón, 2014; Danielson, 2009; Williams, 2013; Shonkoff y Garner, 2012; Feder, Nestler y Charney, 2009; Rof, 1972; Freeman y Stansfeld, 2008; Fonagy, Gergely y Jurist, 2002; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Bateman, 2008; Horowitz, 2004; Premack y Woodruff, 1978; Tizón, 2013a; Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012). Otros por fin invocan factores ecológicos, condiciones socioculturales ligadas a la estructura de nuestras formaciones económico-sociales (Freeman y Stansfeld, 2008).

Cada uno de esos factores, interactuando, puede llevar a una detención en el psico-desarrollo, a una regresión o a una distorsión o fragmentación en la constitución del yo y la identidad (Self). Es a lo que aluden términos como los de “síndrome de disformación de las estructuras mentales básicas”, “distrofia del yo”, “síndromes

de identidad difusa”, e incluso el más moderno de “desregulación emocional”.

En resumen: en los antecedentes de estos cuadros clínicos solemos encontrar largos períodos de negligencia en los cuidados, en particular en los cuidados emocionales, o bien abusos físicos, sexuales o psicológicos por parte de familiares o cuidadores. Ello ha impedido una adecuada regulación o modulación emocional (RE) (Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012; Thompson, 1994): nadie ha ayudado eficaz y continuamente, de forma *suficientemente próxima y suficientemente estable* a ese niño a modular sus emociones primitivas. En consecuencia, el apego, la vinculación con la madre y con los cuidadores más próximos ha sido gravemente deficitaria. Y las crisis emocionales aumentan esas dificultades de vinculación, produciendo grandes alteraciones en el apego que luego van a reproducirse en la adolescencia y en la edad adulta (Tizón, 2013a).

Fonagy y otros (Fonagy y Higgitt, 1990; Fonagy y Luyten, 2009; Horowitz, 1991; Fonagy, Gergely y Jurist, 2002; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Bateman, 2008) ya hace años que vienen insistiendo en que la base de los trastornos borderline son las alteraciones graves en la constitución del self, del sí mismo (entre el año y medio y los cinco años), con las dificultades consiguientes en la *mentalización*, el acceso al mundo de las meta-cogniciones. Se entiende por *mentalización* la posibilidad de representarse a uno mismo como sujeto de cogniciones, sentimientos, actitudes, y de representarse al otro como un sujeto con similares mentalizaciones (meta-meta-representación). De ahí la tendencia a la que antes aludíamos del sujeto con desequilibrio borderline (DBL) como un prisionero: ansía el amor, pero se defiende de él porque teme, por su experiencia, el dolor que le producirá. De ahí que sean visibles los rasgos dependientes, masoquistas y las continuas manipulaciones para evitar el desamor.

El concepto de *mentalización*, si bien proviene del psicoanálisis, ha sido incorporado hoy en las ciencias cognitivas y las neurociencias. Se trata de un concepto próximo al de contención emocional, tan básico para la práctica de la APS (Tizón, 2000). *Mentalización, contención*

y *simbolización* son conceptos inicialmente psicoanalíticos que, en ocasiones, provienen del mismo Freud (1914) o de Klein (1946). El abandono actual en la investigación de las posturas conductistas extremas y su sustitución por perspectivas más integradoras ha hecho que se volvieran a tener en cuenta los procesos mentales, el “mundo interno” de los niños y sus padres, así como las interacciones emocional-cognitivas entre ellos. Por eso tales conceptos se han incorporado a la investigación y estudios sobre el desarrollo desde al menos 1980 (Rholes y Simpson, 2004; West y Sheldon-Keller, 1999; Cazolino, 2006; Green, 2003; Belsky et al., 2012).

Mentalización a menudo es otra forma de hablar de la *Teoría de la mente* (ToFM), una perspectiva básica en los estudios del psicodesarrollo, tanto humanos como de la biología comparada actual, al menos desde Premack y Woodruff (1978). Estos autores, desde la primatología, suelen citarse como antecesores de la recuperación de la ToFM en los seres humanos. La ToFM significa la capacidad de interpretar la conducta de los demás con una perspectiva mentalística, con el objetivo de entender cómo uno mismo y los demás pensamos, sentimos, percibimos, imaginamos, reaccionamos, atribuimos, inferimos, etcétera. Es a través de esa capacidad como somos capaces de involucrarnos en las actividades más valoradas por los seres humanos, tales como la familia, la amistad, el amor, la cooperación, el juego y la comunidad (Fonagy y Higgitt, 1990; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011), y, quizás, cómo tomamos ventaja en la competición evolucionista tanto interespecífica como intraespecífica (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011). Se trata, por tanto, de un gran avance evolutivo, sólo al alcance de los animales superiores, y que el ser humano está desarrollando de forma exponencial. Entre otras cosas porque la mentalización es un importante componente de la RE y de las relaciones interpersonales.

Como han demostrado además numerosos estudios (cfr. revisiones de diversas épocas [Tizón, 2016a; Fonagy y Luyten, 2009; Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012; Shonkoff y Garner, 2012; Feder, Nestler y Charney, 2009; Rof, 1972; Freeman y Stansfeld, 2008; Fonagy, Gergely y Jurist, 2002; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011;

Fonagy y Bateman, 2008]), los niños mal atendidos en las necesidades afectivas de su crianza tendrán más problemas en la regulación y modulación emocional, con las consecuencia de alteraciones consecutivas en sus posibilidades de mentalizar y de establecer apegos o vinculaciones seguras. Son candidatos a desarrollar graves trastornos mentales y de personalidad y, entre ellos, los TLP. Ello se ha estudiado en una y otra ocasión entre los niños que son criados en familias gravemente disfuncionales, en niños que se ven obligados a cambiar de cuidadores, con niños que viven en orfanatos, centros residenciales o instituciones de tutela cuidados, en niños negligidos o abusados (Diamant, 1997; Varese et al., 2013; Read, Hammarsley y Rudegeair, 2015; Read, Fosse, Moskowitz y Perry, 2014; Debbané et al., 2016): tienen una probabilidad mayor de desarrollar diversos TMG y, entre ellos, el TLP o TIEL. Precisamente, por su desregulación emocional: de ahí que, para entender el funcionamiento llamado TLP, lo más adecuado sea pensar en términos del CIE-10, en términos de TIEL (trastorno por inestabilidad, desequilibrio o desregulación emocional) (Williams, 2013; Shonkoff y Garner, 2012; Feder, Nestler y Charney, 2009; Rof, 1972; Freeman y Stansfeld, 2008; Fonagy, Gergely y Jurist, 2002; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Bateman, 2008; Horowitz, 2004; Premack y Woodruff, 1978; Diamant, 1997; Varese et al., 2013; Read, Hammarsley y Rudegeair, 2015; Read, Fosse, Moskowitz y Perry, 2014).

El resultado común de esas adversidades en la crianza es una alteración en la regulación o modulación emocional (**ver RE: Figura 1 del anexo**), con un umbral bajo para la activación del “sistema emocional del apego” (Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012; Thompson, 1994; Putnam y Silk, 2005; Fonagy, Gergely y Jurist, 2002; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Bateman, 2008) (**ver tabla 6 y figuras 2 a 4 del anexo**). Pero ese apego o vinculación posee características de hiperansioso o desorganizado, lo cual desactiva al menos parcialmente las capacidades de la mentalización, de diferenciar los propios estados mentales de los de los demás, algo claramente afectado en los pacientes con TLP (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016).

Eso conlleva alteraciones consecutivas en la consolidación del apego, una hipersensitividad y una susceptibilidad aumentada al “contagio” entre los propios estados mentales y los de los demás, una pobre integración de los aspectos cognitivos y afectivos, así como disfunciones en los sistemas de modulación del estrés, en particular social (**ver figura 3 del anexo**).

Por otra parte, existen pruebas de que en los pacientes con TIEL la disfunción en la mentalización tiene que ver más con la “hipermentalización” (una excesiva activación del sistema emocional de la indagación así como de la alerta neurológica [Panksepp, 1998; Panksepp y Biven, 2012; Putnam y Silk, 2005; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy y Bateman, 2008]), lo que da lugar a estrategias relacionales erróneas y que aumentan el sufrimiento. No se trata pues de una ausencia de mentalización o una “infra-mentalización”, a diferencia de los sujetos con trastornos del espectro autístico, en los que comúnmente se observa una infra-mentalización (Tizón, 2016b; Fonagy y Bateman, 2008).

Perspectiva biológica

Hoy existen numerosos estudios y revisiones sobre la apoyatura biológica del síndrome. En general, se postula una interacción compleja entre el “factor P”, de psicopatología general (en realidad, una incapacidad para la resiliencia por dificultades psico-neuro-endocrino-inmunitarias y errores en la mentalización [Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Bateman, 2008] y el resto de los factores representados en la **tabla 6** y las **figuras 2 a 4**: ciertos polimorfismos genéticos (5-HTTLPR, DAT-1) [Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016], unidos a factores relacionales tanto tempranos como posteriores (el abuso y las negligencias afectivas en la infancia, las formas de crianza inadecuadas, la separación temprana de la madre, afectiva o real, el bullying, la exclusión social, etc.: ver **tabla 6**). El resultado es una serie de repercusiones neurológicas, hoy ampliamente estudiadas mediante neuro-imagen funcional (Putnam y Silk, 2005; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016; Brenner, 2002; Teicher, 2002; Soloff, Meltzer, Becker, Greer, Kelly y Constantine, 2003; Nigg, Silk, Stavro y Miller,

2005): volúmenes reducidos o hipometabolismo en ciertas regiones del córtex frontal, asimetrías del hipocampo, anisotropía del fórnix y del fascículo longitudinal inferior, reducciones en el volumen de determinadas regiones de la amígdala y del hipocampo (Putnam y Silk, 2005; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016) y, además, alteraciones en el eje HPA (hipotálamo-hipofisario-suprarrenal [Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016]). En general, todos los elementos fundamentales de la vida emocional y de la regulación emocional. La **figura 1** mostraba dos formas de explicarse ese ciclo de dos de los grupos de investigación dominantes en el tema. Sin embargo, estos hallazgos neurológicos a menudo se ha mostrado que son comunes en todos los TMG (Varese et al., 2013; Read, Hammarsley y Rudegeair, 2015; Read, Fosse, Moskowitz y Perry, 2014; Debbané et al., 2016; Brenner, 2002; Teicher, 2002).

Perspectivas recientes mantienen que, específicamente, lo que pierden los pacientes con TIEI o TLP es la capacidad de *resiliencia*. La resiliencia aquí ha de entenderse como la capacidad de un sistema para resistir dinámicamente perturbaciones o condiciones adversas que amenazan su integridad y homeostasis y para preservar su funcionamiento teleonómico, relacionado con sus estándares iniciales.

Los individuos con cuadros graves de TIEL o DEL (desequilibrio emocional “límite”) son, por definición, no resilientes (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016): se muestran hiperreactivos a las interacciones sociales problemáticas, no pueden mentalizar sus propias experiencias pasadas en situaciones similares, no pueden imaginar correctamente las intenciones y deseos de los otros, desconfían continuamente de las intenciones de los demás así como de la propia capacidad para modular esas situaciones. Para colmo, no pueden cambiar porque no pueden aceptar nuevas informaciones relevantes procedentes de otros contextos sociales (generalización cognitiva) y, por lo tanto, las claves de la comunicación relacional y social les resultan progresivamente inaccesibles (Teicher, 2002; Soloff et al., 2003; Nigget et al., 2005).

A menudo, estas circunstancias son difícilmente diferenciables de los resultados de un

trastorno por estrés postraumático (TEPT) grave y/o crónico (Teicher, 2002). Es otro apoyo más a la perspectiva que vincula el TIEL con la traumatización en la infancia, una de las vías de producción del mismo. Y, sin embargo, al mismo tiempo, sabemos que hay niños que nacen con tendencias predeterminadas hacia una reactividad emocional muy masiva (**ver figuras 3 y 4 del anexo**), lo que les conduce posteriormente bien a altos niveles sostenidos de reactividad emocional e hiperresponsividad, bien a la inhibición progresiva de la expresión emocional. Estas disposiciones “temperamentales” probablemente tienen que ver con determinadas concentraciones de conexiones neurales y neurotransmisores en zonas determinadas del sistema límbico y el córtex prefrontal (Budisavljevic et al., 2016). En estos casos, las capacidades marentales y parentales han de jugar un papel aún mayor, para modular esas tendencias hiperreactivas, hiperemocionales, hipermentalizantes. Esos niños de temperamento hiperreactivo, irritable, necesitarán de unas mayores capacidades y flexibilidad de los cuidadores, que han de ser más precisos y creativos en sus capacidades emocionales y moduladoras de las emociones (Panksepp y Biven, 2012; Thompson, 1994; Tizón, 2013b).

Por eso hay que asumir que existen varias vías para desarrollar el TIEL-TLP. En unas, los factores constitucionales predominan y no son adecuadamente contrarrestados por potentes capacidades mar-parentales. En otras, niños normales o incluso hiporeactivos, padecen graves negligencias, abusos o errores en la crianza por parte de padres y/o cuidadores. Y todo ello se complica porque, como muestra la figura, la neurobiología del apego tiene varias vías para resultar reforzada, en un sentido positivo, protector, o en un sentido desintegrador; y por múltiples caminos biológicos. La **figura 4**, muestra tan solo cinco de los mismos (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Fonagy y Bateman, 2008; Debbané et al., 2016): en efecto, el sufrimiento emocional agudo no modulado modifica la respuesta del eje HPA (hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), provocando asimismo una desregulación dopaminérgica y un aumento de la vulnerabilidad a la neuroinflamación (Brenner, 2002; Teicher, 2002; Soloff et al., 2003),

así como daños por estrés oxidativo y reducción en la oxitocina circulante. Y recordemos que la oxitocina circulante es uno de los mediadores fundamentales en la obtención y expresión de la emoción del placer-alegría en las relaciones sociales y, por lo tanto, para modular las emociones y favorecer la mentalización (Panksepp y Biven, 2012; Baumgartner, Heinrichs, Vonlanthen, Fischbacher, Fehr, 2008), siempre que el SNC no haya sido previamente dañado por el displacer y el sufrimiento crónico, con sus correlatos de neuroinflamación y procesos oxidativos provocados por el estrés (Teicher, 2002; Soloff et al., 2003; Nigget et al., 2005; Feldman, Weller, Zagoory-Sharon y Levine, 2007; Fries, Ziegler, Kurian, Jacoris y Pollak, 2005; Hoekzema et al., 2016; Gunderson y Lyons-Ruth, 2008).

Por ejemplo, desde las primeras experiencias de los Harlow (1961) sabemos que las madres con historias de apego inseguro o rechazante se muestran poco capaces de ser madres: hoy sabemos que un motivo es su dificultad para modular la emoción de la pena-tristeza que les evoca la tristeza de sus hijos, posiblemente porque en esos momentos se sienten superadas por las memorias tristes de su propio pasado (Mitchell, Dickens y Picchioni, 2014). Como muestran diferentes estudios con resonancia magnética funcional, las expresiones de tristeza en el rostro de sus hijos producen una activación en la ínsula tan potente que no pueden proporcionar una respuesta adecuada, contingente y congruente (especular), ante los hijos. Pero el hijo necesita esa congruencia afectiva para internalizar la expresión de la madre como representación de su propia experiencia de tristeza y, por lo tanto, para modular sus propias respuestas emocionales. Además, otras investigaciones han hallado una respuesta de “recompensa” reducida en esas madres con apego inseguro/rechazante, lo cual es consistente con recientes estudios de las respuestas a las caras de adultos sonrientes y la respuesta a tareas o actividades positivas (Putnam y Silk, 2005; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Debbané et al., 2016; Mitchell, Dickens y Picchioni, 2014; Sharp et al., 2011; Kalisch, 2009; Budisavljevic et al., 2016; Vrtička, Andersson, Grandjean, Sander y Vuilleumier, 2008).

Perspectiva psicosocial

En 1973 intenté aproximarme a los componentes psicosociales y asistenciales de tales cuadros (Tizón, 2016a), como han vuelto a hacer más recientemente Rendueles (2005) y Caparrós (2007) o Shaw y Proctor (2005) desde una perspectiva feminista. Por falta de espacio no podemos ampliar aquí los elementos que apoyan la importancia de los factores de riesgo sociales y psicosociales en el desarrollo y cronificación de tales síndromes. Pero hay numerosas pruebas, desde hace decenios, a favor de los mismos, ya desde los estudios psicoanalíticos iniciales y, después, por estudios de epidemiología y sociología de los trastornos mentales y “psicosomáticos” (Freeman y Stansfeld, 2008; Wilkinson, 1997; Marmot, 2001; Wilkinson y Marmot, 2003; Gilman et al., 2013; Mok et al., 2013; Talarn, 2007; Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012; Krishnan et al., 2007; Selten y Cantor-Graae, 2005). En tal sentido, se piensa hoy que los errores y desviaciones iniciales en las relaciones personales y sociales conducen al aumento de tal psicopatología en los miembros de familias gravemente disfuncionales, en los niños que viven catástrofes, en los sujetos sometidos a medidas procesales, en los niños y adolescentes sujetos a medidas judiciales, en los que luego serán los penados en las cárceles (APA, 1995, 2013; Gunderson y Singer, 1975; OMS-WHO, 1992, 2011; Grant et al., 2008; Aragonés et al., 2013; Ahmedani et al., 2014; Bateman y Fonagy, 2009; Tizón, 1973; Fonagy y Luyten, 2009; Millon y Davis, 1998; Putnam y Silk, 2005; Gilman et al., 2013; Mok et al., 2013; Talarn, 2007; Krishnan et al., 2007; Selten y Cantor-Graae, 2005; Tunnard et al., 2014; Leslie et al., 2000; Dargenfield, 2012; Fonagy, Speranza, Luyten, Kaess, Hessels y Bohus, 2015; Kalpakci, Venta y Sharp, 2014; Tizón, 1973, 2011c, 2014; Gili et al., 2012).

Todo ello puede entenderse como el resultado de un grado de paranoidismo aumentado en estos sujetos, combinado con la hipervigilancia y la “hipermentalización”. Desde otras perspectivas, se ha llamado a esta actitud social “desconfianza epistémica”, y se expresará después regularmente con respecto a los maestros, las parejas, los terapeutas, etc. (Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten

y Strathearn, 2011; Sharp et al., 2011): atribuye erróneamente intenciones y actitudes malevolentes, que son procesadas mediante la “hipervigilancia”. El resultado: a menudo las personas con TIEL asumen en las relaciones sociales que las intenciones del otro son diferentes que las que declara. La desconfianza epistémica (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Sharp et al., 2011) es una consecuencia habitual de experiencias de maltrato, negligencia o abusos y lleva a una abigarrada combinación de hambre de conocimiento y relación social, combinadas con desconfianza. Además, sus dificultades de mentalización les impiden comprobar el acierto o el error de sus inferencias (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Sharp et al., 2011). En este sentido, el trastorno de personalidad es un trastorno de comunicación (**ver figura 3 del anexo**). No proviene de un fallo aislado, un trauma, un estrés, una alteración genética, sino de una debacle en el aprendizaje de las relaciones emocionales.

Hasta aquí un resumen esquemático de las múltiples actualizaciones sobre la etiopatogenia del cuadro. Si nos hemos extendido en ellas más que en otras actualizaciones se debe a una serie de motivos:

- 1) Se trata de un síndrome en revisión profunda. Los modelos explicativos están cambiando radicalmente.
- 2) Parece altamente prevalente en APS y genera una elevada frecuentación en los servicios de APS y salud mental.
- 3) Queríamos mostrar la complejidad biopsicosocial del cuadro para prevenir a los profesionales respecto a las frecuentes propuestas megalomaniacas de tratamiento: esperamos que con lo anterior quede claro que alteraciones psicopatológicas tan tempranas, profundas, intersistémicas y crónicas no van a “curarse” con ningún maravilloso fármaco existente en el mercado ni con no menos altisonantes psicoterapias “ultrabreves” de las que cada día se proponen para “tratarlo”.
- 4) Lo cual pone el énfasis en la prevención, tanto primaria como terciaria. Y en ella, la APS podría jugar un papel determinante, como luego veremos. Al menos, contribuyendo a aplicar estrategias de “reducción del daño”, tanto psicológico como sanitario.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza, fundamentalmente, a través de la clínica, mediante los elementos que aparecen en las **tablas 1, 2 y 3** (APA, 1995, 2013; Gunderson y Singer, 1975; OMS-WHO, 1992, 2011; Grant et al., 2008; Aragonés et al., 2013; Ahmedani et al., 2014; Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy y Higgitt, 1990; Millon y Davis, 1998; Linehan, 1993; Bergeret, 1984; Green, 1990). Pero, como puede imaginarse a partir de ellas, el diagnóstico se basa en una perspectiva diacrónica, y ahí es donde una APS suficientemente apoyada y valorada podría jugar un gran papel: la inestabilidad emocional, los momentos de irritabilidad y los problemas relacionales aparecen también en la APS. Las manifestaciones más graves del desequilibrio emocional, tales como la depresión, las crisis de ansiedad, los problemas adictivos o el suicidio tienden a aparecer en la APS. De hecho, los pacientes con TIEL-TLP son uno de los grupos de pacientes que más ideas de y/o tentativas de suicidio comunican en la APS (Tizón, 2016a; Ahmedani et al., 2014; Gilman et al., 2013).

En comparación con una atención clínica cuidadosa y diacrónica, los cuestionarios y entrevistas semiestructuradas poseen un valor muy relativo (Rodríguez-Melón, 2005; Millon y Davis, 1998; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Sharp et al., 2011). Tanto para adultos como para adolescentes pueden utilizarse las entrevistas del SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*), el IPDE (*ICD-10 International Personality Disorder Examination*) y la versión de infancia del TLP del DSM-IV (CI-BPD).

Existen también auto-informes suficientemente discriminativos tales como los Ítems del TLP del *SCID-II Personality Questionnaire* (SCID-II-PQ) (*Area Under Curve*: ,84), el *Borderline Personality Questionnaire* (BPQ) (Especificidad: ,90; Sensitividad: ,68), el *McLean Screening Instrument for BPD* (MSI-BPD) (Especificidad: ,66; Sensitividad: ,69), las escalas para niños y para padres *Borderline Personality Features* (BPFS-C y BPFS-P) (Especificidad: ,84; Sensitividad: ,85). Pueden ayudar en el diagnóstico escalas menos específicas, tales como el YSR (*The Youth Self-Report*) y la escala DERS (*Difficulties in Emotion*

Regulation Strategies Scale) o, entre nosotros, la entrevista semiestructurada de Factores de riesgo en salud mental LISMEN (Artigue, Tizón y Salamero, 2016).

Se están desarrollando métodos más avanzados de diagnóstico basados, precisamente, en la mentalización: desde filmes como la MASC (*Movie for the Assessment of Social Cognition* [Sharp et al., 2011]), a los que debe responder el sujeto, hasta diversos procedimientos de imágenes cerebrales funcionales, así como procesamiento computarizados de gestos y reacciones faciales (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011; Sharp et al., 2011) (**ver tabla 7 del anexo**).

Sin embargo, como ya hemos dicho, aunque se recomienda usar varias fuentes para el diagnóstico, éste no debe realizarse nunca sin el diagnóstico clínico ni sin tener en cuenta la evolución diacrónica. Y éste es un campo en el que la APS debería ser de máxima ayuda, a pesar de tratarse de un cuadro necesitado de enfoque y tratamiento específicos de salud mental y de múltiples replanteamientos, incluso diagnósticos (Insel, 2003; Millon y Everly, 1994; Quadrio, 2005; British Psychological Society, 2012; Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach y Luyten, 2013; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson y Bryant, 2014; Fischer-Kern et al., 2010; Sartorius, 2010; Chiesa, Cirasola, Williams, Nassisi y Fonagy, 2016).

En cuanto al diagnóstico diferencial, el principal motivo de confusión es el TEPT (Laurensen et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Fonagy y Bateman, 2008). Otra vez la evolución y la repetición de cuadros psicopatológicos diversos a lo largo del tiempo será la clave de tal diagnóstico diferencial. Igual ocurre con el diagnóstico diferencial con respecto a otras formas de presentarse en sujeto con DEL-TLP. Recordemos que puede pasar períodos depresivos, períodos o momentos fóbico-evitativos, presentaciones histriónicas, mostrarse incluso como un perverso narcisista (Tizón, 2015)... Los cambios entre una y otras manifestaciones, entre una y otra forma de relacionarse, nos darán la pista en la APS.

El profesional ha de procurar diferenciar los TIEL-TLP, además, de determinados duelos complicados que cursan con expresiones de TEPT, de los desequilibrios emocionales propios

de la adolescencia y de los trastornos narcisista y disocial de la personalidad (aunque manifestaciones disociales son frecuentes en las personas con TIEL pertenecientes a las clases sociales oprimidas). Nuevamente, tres criterios básicos: la clínica tomada como conjunto, la predominancia de las alteraciones emocionales y relacionales, y la variabilidad de las manifestaciones a lo largo del tiempo.

Evolución

La evolución de este trastorno, si es acusado, suele ser grave y crónica, con tendencia a la tríada de la *marginalidad, la marginación y la derrota social*, mayor aún en las personas de las clases bajas (Freeman y Stansfeld, 2008; Wilkinson, 1997; Marmot, 2001; Wilkinson y Marmot, 2003; Gilman et al., 2013; Mok et al., 2013; Talarn, 2007; Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2012; Krishnan et al., 2007; Selten y Cantor-Graae, 2005). Como ya hemos dicho, adolescentes y adultos graves con este diagnóstico, si pertenecen a las clases oprimidas de nuestra sociedad, acaban a menudo en procesos penales, instituciones penitenciarias, centros socio-sanitarios, centros de acogida para adolescentes sujetos a medidas judiciales, etc. (Gilman et al., 2013; Mok et al., 2013; Talarn, 2007; Gili et al., 2012; Krishnan et al., 2007; Selten y Cantor-Graae, 2005; Tunnard et al., 2014; Leslie et al., 2000; Dargenfield, 2012; Fonagy et al., 2015; Kalpakci, Venta y Sharp, 2014; Tizón, 2011a, 2014).

El error epistemológico de la psiquiatría y la psicopatología dominante, una psicopatología más *biocomercial* que científica, se muestra en estos casos en toda su torpeza. Por ejemplo, cuando se habla de *comorbilidad* del TLP. Recordemos que comorbilidad significa la co-existencia de dos o más “entidades morbosas”: eso supone que cada “enfermedad psiquiátrica” es una “entidad morbosa”. Por eso, si el sujeto con un TIEL se entristece o deprime, es que tiene otra “entidad morbosa”: la depresión. Si tiene miedo, está angustiado o muy evitativo, puede tener otras dos: trastorno por ansiedad o trastorno fóbico. Si tiende a dramatizar es que puede padecer “otra enfermedad” del rango de la disociación o una personalidad histriónica (Grant et al., 2008; Tizón, 1973, 1978, 2004;

Cloitre et al., 2014; Chiesa et al., 2016). Y así podríamos repasar todo el DSM o la CIE-SM.

En realidad, por su labilidad emocional, lo que ocurre es que, en sus manifestaciones clínicas, el sujeto con DEL puede aparecer con cualquiera de esas formas de relacionarse y comunicarse (que no son “enfermedades”). La visión cosificada y seudocientífica de la *psicopatología biocomercial* lo que hace es impedir que veamos a la persona, al sujeto en sus diversas manifestaciones relacionales.

Ello es aún más visible en el campo de los “rasgos” o “vulnerabilidad al TLP” en la adolescencia: el joven puede haber manifestado trastornos oposicionistas, trastornos por uso de sustancias, TDAH, trastornos del estado de ánimo, TEPT, “ansiedades ante la separación”, fobia social, etc,etc,etc. Hasta al 60 por ciento de los adolescentes “diagnosticados” como TIEL-TLP puede “caerles encima” el seudodiagnóstico de alguna de esas “comorbilidades” (Zanarini, Frankenburg y Hennen Jy Silk, 2004; Eaton et al., 2011; Ha, Balderas, Zanarini, Oldham y Sharp, 2014; Herpertz y Bertsch, 2014).

Además, otro problema del diagnóstico de TLP es su excesiva tendencia “categorial” y la dificultad de las clasificaciones biocomerciales de tener en cuenta perspectivas dimensionales y polidimensionales de los trastornos mentales (tener en cuenta rasgos combinados idiosincráticamente, más que categorías seudocientíficas). Ello complica las cosas en el ámbito de la adolescencia, tanto a nivel de diagnóstico como a nivel de prevención primaria y secundaria del TIEL (British Psychological Society, 2012; Fischer-Kern et al., 2010; Sartorius, 2010; Chiesa et al., 2016; Zanarini et al., 2004; Eaton et al., 2011; Ha et al., 2014).

En efecto, si bien la prevención primaria en la infancia es, sobre todo, inespecífica, y de poblaciones indicadas (familias con determinados factores de riesgo), en la pubertad y adolescencia es muy discutido si pueden diferenciarse indicadores de TLP o de “vulnerabilidad al TLP” suficientemente discriminativos. Desde luego, la coincidencia de varios tipos de trastorno a lo largo de la infancia unida a un funcionamiento psicosocial deficitario es uno de ellos. Otros muchos, aportados por la investigación, vienen resumidos en la **tabla 8 del anexo**: la coexistencia de trastornos

del humor con trastornos impulsivos, de trastornos internalizantes y externalizantes, de los trastornos disociales con síntomas depresivos en la infancia (Fonagy et al., 2011; Fonagy y Bateman, 2008; Horowitz, 2004; Premack y Woodruff, 1978; Diamant, 1997; Varese et al., 2013; Read et al., 2014, 2015; Debbané et al., 2016; Brenner, 2002; Teicher, 2002; Soloff et al., 2003; Nigget et al., 2005; Tizón, 2013b; Baumgartner et al., 2008; Feldman et al., 2007; Fries et al., 2005; Hoekzema et al., 2016; Gunderson, y Lyons-Ruth, 2008; Harlow, 1961; Mitchell et al., 2014; Sharp et al., 2011; Ha et al., 2014; Herpertz y Bertsch, 2014).

Pero, como decíamos, la estabilidad categorial del diagnóstico de TIEL-TLP es modesta, tanto en adolescentes como adultos, como lo es su estabilidad dimensional (Fonagy et al., 2011; Debbané et al., 2016; Sharp et al., 2011; Chiesa et al., 2016).

En general, los síntomas de TLP usualmente aparecen en la adolescencia, aumentan en la edad adulta y declinan después, aunque hay individuos que no sufren ese declive de los síntomas. Además, los síntomas de impulsividad pueden disminuir con el tiempo, pero los relacionados con la inestabilidad afectiva pueden persistir y, desde luego, agravarse con el envejecimiento si no ha habido una estabilización anterior.

En toda la evolución, pero particularmente en la adolescencia, será necesario diferenciar entre estados mentales agudos o pasajeros de inestabilidad emocional “normal”, fisiológica, con respecto a rasgos (“síntomas”) que indican un patrón más general, disfuncional y mal adaptativo de relacionarse (Insel, 2003; Millon y Everly, 1994; Quadrio, 2005; British Psychological Society, 2012; Laurensen et al., 2013; Cloitre et al., 2014; Fischer-Kern et al., 2010; Sartorius, 2010).

Actualizaciones sobre la terapia de las personas diagnosticadas con TIEL-TLP

Dada la complejidad del cuadro, y la tendencia a la cronicidad del mismo, en APS hemos de partir de las premisas que resumimos en la (**ver tabla 9 del anexo**) (Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011; Mitchell et al., 2014; Bentall, 2011; Moncrieff, 2013).

En cuanto a tratamientos especializados, hay

un amplísimo número de investigaciones, ensayos clínicos aleatorizados y meta-análisis sobre la eficacia, eficiencia y efectividad de varios tratamientos (Caparrós, 2005; Guimón, 2008; Guimón y Matruottolo, 2012; Brisch, 2004; Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Fonagy y Bateman, 2006; Zanarini et al., 2010; Davidson, Livingstone, McArthur, Dickson y Gumley, 2007; Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011). Particularmente, en estas personas serán necesarias ayudas del tipo que aparecen en la **tabla 10 del anexo** (Guimón y Matruottolo, 2012): psicoterapia individual de base psicoanalítica, cognitivo-conductual u otras, terapias de grupo, acompañantes terapéuticos, tratamientos psicoterapéuticos intensivos en hospitales de día o centros para crisis, ingresos hospitalarios ocasionales... Todos esos recursos y otros muchos han sido investigados en miles de estudios, con resultados levemente favorables a todos ellos (si no se organiza un auténtico TIANC de larga duración) (Caparrós, 2005; Guimón, 2008; Guimón y Matruottolo, 2012; Brisch, 2004; Clarkin et al., 2007; Fonagy y Bateman, 2006; Zanarini et al., 2010; Davidson et al., 2007; Fonagy et al., 2011).

Como es habitual, las terapias más estudiadas y con mayores resultados positivos a corto, pero no largo plazo, son las cognitivo-conductuales (Fonagy y Bateman, 2006; Zanarini et al., 2010; Davidson et al., 2007; Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop y Heard, 2007; Gibert, 2015; James, Taylor, Winmill y Alfoadari, 2008), sobre todo si van acompañadas de “grupos psicoeducativos” y orientación a las familias. La terapia dialéctico-comportamental ha mostrado ser eficaz para disminuir los índices de suicidio (Linehan et al., 2007; Gibert, 2015; James et al., 2008), como la terapia multisistémica, así como la psicoterapia de base psicoanalítica (Brisch, 2004; Clarkin et al., 2007) y las terapias focalizadas en la transferencia (Kernberg, 2014; Markowitz, 2008; Kreft, 2015; Normandin, Ensik y Kernberg, 2014; Doering, 2014). También hay un cuerpo creciente de trabajos a favor de la eficacia y efectividad de las terapias basadas en la mentalización, tanto en adultos como en adolescentes (Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011; Bateman y Fonagy, 2006; Rossouw y Fonagy, 2012; Younes, Chee, Turbelin, Hanslik,

Passerieux y Melchior, 2013) así como de su aplicación en terapias para disminuir la violencia escolar (Rodríguez-Melón, 2005; Fonagy y Luyten, 2009; Bateman y Fonagy, 2006).

Como puede observarse,

- 1) Los tratamientos psicoterapéuticos son los básicos en este tipo de trastorno. Sin embargo, los psicoterapeutas han de afrontar durante su largo desarrollo una serie de problemas y cuidados que resumimos en la **tabla 11**. Nuestra idea al incluirla es facilitar que los profesionales de APS tengan ideas científicamente basadas (Fonagy y Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011; Bentall, 2011; Moncrieff, 2013; Clarkin et al., 2007) para aproximarse y ayudar a estas personas a lo largo de su relación con ellas (Tizón, 2016a; Health Canada, 2002; Kaess, Brunner y Chanen, 2014), algo que ya habíamos intentado hace años para los trastornos de personalidad en general (**ver tabla 12 del anexo**) (Health Canada, 2002; Tizón y Ciurana, 2009). Gran parte de esos cuidados y actitudes pueden orientar al médico de familia y al pediatra de AP en su difícil y prolongado trabajo con los pacientes con este tipo de problemas (Shonkoff y Garner, 2012; Fonagy et al., 2011; Younes et al., 2013; Kaess et al., 2014).
- 2) Los tratamientos, si se quiere que sean eficaces, han de ser integrales, tipo TIANC (Tizón, 2014), y suficientemente sostenidos a lo largo del tiempo (meses o años) (Younes et al., 2013; Kaess et al., 2014; Fonagy et al., 2011; Tizón, 2014).

Prevención

Una APS adecuadamente formada, apoyada y supervisada es indispensable en la prevención, tanto primaria como terciaria del TIEL-TLP. El médico de familia y el pediatra de AP podrían ser puntales básicos en las ayudas preventivas, fundamentalmente inespecíficas, y en que éstas fueran solicitadas, coordinadas y monitorizadas desde el equipo de APS. Para ello, el “Programa del niño sano”, en su apartado de salud mental (Tizón, SanJosé y Nadal, 2000; Generalitat de Catalunya, 2008) proporciona indicaciones para la detección precoz y la orientación de los niños y familias en situaciones que comprometen su salud mental. Por otra parte, cualquiera

de los manuales al uso de prevención en salud mental (European Commission, 2000; Generalitat de Catalunya, 2006; Palacio-Espasa, 1993; Casado, Pavón, Sierra, Tizón, Torras y Valcarce, 2010; Sanz, 2011, 2014; Tizón, 2011b) proporciona ideas básicas para la labor de prevención primaria que forma parte de la actividad cotidiana de la APS (Tizón et al., 2000; Sanz, 2011, 2014; Tizón, 2011b; Buitrago et al., 2014; Shonkoff y Garner, 2012). Incluso los programas preventivos en salud mental del PAPPs pueden entenderse como programas dirigidos a intervenciones preventivas primarias (Buitrago et al., 2014, 2016; Tizón, Ciurana y Fernández, 2011). Bien aplicados, parece claro que tendrían repercusiones en la prevención del TIEL-TLP (**ver tablas 13 y 14 del anexo**).

Lo anterior reivindica una vez más el indispensable papel de una APS bien formada, dotada y supervisada, capaz de hacer enfoques integrales y contextualizados, no sólo para la prevención y asistencia de los TLP-TIEL, sino para casi todos los trastornos mentales. Y, nos atreveríamos a decir que incluso para toda asistencia de orientación comunitaria, aunque en gran parte de los países supuestamente “desarrollados” hoy predomine una orientación neoliberal de los planes y presupuestos, una orientación por tanto anticomunitaria. Algo que va directamente en contra del desarrollo de la APS, de la eficacia y eficiencia de los cuidados sanitarios y, desde luego, de la solidaridad interhumana (Tizón, Daurella y Cleries, 2013).

Bibliografía

- Ahmedani B. K., Simon G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., et al. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.*, 29(6):870-877. doi: 10.1007/s11606-014-2767-3.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales-IV (4a edición)*. Barcelona: Masson.
- Aragónés, E., Salvador-Carulla, L., López-

Muntaner, J., Ferrer, M. y Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2): 171-174.

Artigue, J., Tizón, J. L. y Salamero, M. (2016). Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN). *Schizophr. Res.* 176, 2-3, 423-430.

doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.048>.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166:1355-1364.

Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford England: Oxford University Press.

Baumgartner, T., Heinrichs, M., Vonlanthen, A., Fischbacher, U. y Fehr, E. (2008). Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans. *Neuron*, 58: 639-650.

Belsky D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., ... y Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and psychopathology*, 24(01), 251-265.

Bentall, R. P. (2011). *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: 3P-Herder.

Bergeret, J. (1984). *La depression et les états limites*. Paris: Payot.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. Londres: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Brenner, J. (2002). *Does Stress Damage the Brain? Understanding Trauma-related Disorders from a Mind-Body Perspective*. NY: W. W. Norton y Company.

Brisch, K. H. (2004). *Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy*. Londres: The Guildford Press.

British Psychological Society response to the American Psychiatric Association (2012). *DSM-5: The future of psychiatric diagnosis*. Recuperado en: http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/

[consultation-responses/DSM-5%202012%20-%20BPS%20response.pdf](http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202012%20-%20BPS%20response.pdf)

Budisavljevic, S., Kawadler, J. M., Dell'Acqua, F., Rijdsdijk, F. V., Kane, F., Picchioni, M. et al. (2016). Heritability of the limbic networks. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(5): 746-757.

Buitrago, F. (Coord.), Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández-Alonso, M. C., García-Campayo, J., Montón, C. et al. (2014). Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*, 46(4): 59-74.

Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, M. C., García-Campayo, J., Montón, C. y Tizón J. L. (2016). Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria: Prevención del suicidio jubilación ancianos con frecuentes cambios de domicilio. *Aten Primaria*, 48 (1):77-97.

Caparrós, N. (2005). La intervención grupal en los trastornos límite. Cuadernos de *Psiquiatría Comunitaria*, 5 (2): 109-121.

Caparrós N. (2007). Perspectiva psicoanalítica del tratamiento de los trastornos de personalidad. *Clinica y salud*, 18(3): 363-380.

Casado, D., Pavón, A., Sierra, P., Tizón, J. L., Torras, E. y Valcarce, M. (2010). Más tiempo con los hijos. Manifiesto: Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos. *Políticas sociales en Europa*, 28; 149-153.

Cazolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. Londres: W. W. Norton y Company.

Chies, M., Cirasola, A., Williams, R., Nassisi, V. y Fonagy, P. (2016). Categorical and dimensional approaches in the evaluation of the relationship between attachment and personality disorders: an empirical study. *Attachment y Human Development*, 1-19. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2016.1261915>

Clarkin, J., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164: 922-928.

Clarkin, J. F., Marziali, E. y Munroe-Blum, H. (1992). *Borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson,

E. B. y Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. Recuperado de: <http://journals.co-action.net/index.php/ejpt/article/view/25097>

Danielson, L. (2009). Understanding borderline personality disorder. Where Reflection y Practice Meet The Changing Nature of Social Work: Towards Global Practice. *Praxis*, 9: 54-60. Recuperado de: <http://www.luc.edu/media/lucedu/socialwork/pdfs/praxis/Volume%209.pdf#page=54>

Dargenfield, M. (2012). Negligencia y violencia sobre el adolescente: Abordaje desde un Hospital de Día. *Temas de Psicoanálisis*, 4.

Davidson, K., Livingstone, S., McArthur, K., Dickson, L. y Gumley, A. (2007). An integrative complexity analysis of cognitive behaviour therapy sessions for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 80(4): 513-523.

De Groot, E. R., Verheul, R. y Trijsburg, R. W. (2008). An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4): 332-352.

Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Baudouin, D., Armando, M., Tozzi, A. S., ... y Brent, B. K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992687/>

Diamant, I. (1997). The theory of mind in the borderline patient and its relation to the question of lying. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 11: 159-171.

Direcció General de Salut Pública Generalitat de Catalunya. (2008). *Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud para la edad pediátrica*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. Recuperado el 27 de marzo del 2015 de: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf>

Doering, S. (2014). La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de personalidad. *Psicopatol. salud ment*, 24: 19-37.

Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol,

A. E., Markon, K. E., Grant, B. F. et al. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(05): 1041-1050.

Erikson, E. H. (1970). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

Feder, A., Nestler, E. J., Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews, Neuroscience*, 10(6): 446-457.

Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O. y Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: Plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18(11): 965-970.

Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D. et al. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 395-409.

Fonagy P y Bateman A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1): 1-3.

Fonagy, P. y Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4): 1355-1381.

Fonagy, P., Gergely, G. y Jurist, E. L. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Nueva York: Other Press.

Fonagy, P. y Higgitt, A. (1900). A developmental perspective on borderline personality disorder. *Revue Int. Psychopathologie*, 1: 125-159.

Fonagy, P., Luyten, P. y Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69.

DOI: [10.1002/imhj.20283](https://doi.org/10.1002/imhj.20283).

Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. y Bohus, M. (2015). Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European child y adolescent psychiatry*, 24(11): 1307-1320.

Fonagy P. y Bateman M. A. (2008). The development of borderline personality disorder-A

mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1): 4-21.

Freeman, H. y Stansfeld, S. The Impact of the environment on Psychiatric Disorder. East Sussex (GB): Routledge.

Freixas, J. (1997). *Psicopatología Psicoanalítica*. Barcelona: Columna.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. En *Obras completas*, 12, 149. Buenos Aires: Amorrortu [1978].

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, vol. 20. Buenos Aires: Amorrortu [1978].

Fries, A. B, Ziegler, T. E, Kurian, J. R, Jacoris, S. y Pollak, S. D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(47): 17237-17240.

Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: the DSM-IV Edition*. Washington: Amer. Psych. Press.

Generalitat de Catalunya (2006). *Programes preventius prioritaris del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya (2006-2010)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Gibert M. (2015). Aplicación de la Terapia Dialéctico-Conductual en el tratamiento del trastorno Límite de la Personalidad y la Patología Dual. *Psicopatol. Salud Ment.*, 26: 81-89.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 19: 1-5.

Gilman, S. E., Bruce, M. L, Ten Have, T., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F. 3rd, et al. (2013). Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (Germany)*, 48(1): 59-69.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B, Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D. et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4): 533-545.

Green, A. (1990). *La folie privée*. *Psychanalyse*

des cas limites. París: Gallimard.

Green, A. (1997). Le chiasme (partie II): Prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie. Rétrospective, l'hystérie vue depuis les cas-limites. *Psychanalyse en Europe*, 49: 28-70.

Green, V. (2003). *Emotional Developments in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. Nueva York: Brunner-Routledge.

Grinberg, L. (1997). Les affects douloureux dans les états-limites. *Psychanalyse en Europe*, 49: 57-70.

Grinker, R. R., Werble, B. y Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of egofunctions*. Nueva York: Basic Books.

Guimón, J. y Matruottolo, C. (Coord) (2012). *Psicoterapias dinámicas en el trastorno límite de personalidad*. Madrid: Eneida.

Guimón, J. (2008). *Salud Mental basada en las pruebas*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Guimón, J. (2014). *Agresión, trauma y olvido*. Madrid: Eneida.

Gunderson, J. y Singer, M. (1975). Defining borderline patients. An overview. *Am Jour Psychiatry*, 132:1-10.

Gunderson, J. y Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1): 22-41.

Guntrip, H. (1968). *Schizoid Phenomena, object-relation and the self*. Londres: Hogarth Press.

Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J. y Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(5): 457-464.

Harlow, H. F. (1961). The development of affectional patterns in infant monkeys. En M. Foss (ed.). *Determinants of Infant Behaviour*. Vol.1. Ed. Londres: Methuen.

Health Canada (2002). A report on mental illnesses in Canada. Ottawa: Health Canada.

Hernández, V. (1991). *Patología narcisista i "borderline"*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.

Herpertz, S. C. y Bertsch, K. (2014). The social-cognitive basis of personality disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(1): 73-77.

Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., ... y Ballesteros, A. (2016).

Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 12: doi:10.1038/nn.4458

Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Horowitz, M. J. (ed.) (1991). *Hysterical Personality Style and the Hysterical Personality Disorder*. Londres: Aronson.

Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, 79(3): 351-357.

James, A. C., Taylor, A., Winmill, L. y Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behaviour therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health*, 13(3): 148-152.

Kaess, M., Brunner, R. y Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4): 782-793.

Kalisch, R. (2009). The functional neuroanatomy of reappraisal: time matters. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(8): 1215-1226.

Kalpakci, A., Venta, A. y Sharp, C. (2014). Beliefs about unmet interpersonal needs mediate the relation between conflictual family relations and borderline personality features in young adult females. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1): 110.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. Yale: Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2014). An overview of treatment of severe narcissistic pathology. *Int. J. Psychoanal.*, 95: 865-888.

Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas, Vol. 3* (pp. 10-33). Buenos Aires: Paidós [1976].

Kreft, I. (2015). Métodos de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia en niños con organización límite de la personalidad. *Psicopatol. Salud Ment.*, 26: 23-29.

Krishnan, V., Han, M. H., Graham, D. L., Berton, O., Renthal, W., Russo, S. J. et al. (2007). Molecular adaptations underlying susceptibility and resistance to social defeat in brain reward regions. *Cell*, 131(2): 391-404.

Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J, Van Busschbach, J. J. y Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a

study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 1. Recuperado de: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-7-3>.

Leslie, L. K., Landsverk, J., Ezzet-Lofstrom, R., et al. (2000). Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child abuse y neglect*, 24(4): 465-476. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00116-2.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Londres: Guilford Press.

Linehan M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J. y Heard, H. L. (2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 64(12); 1401.

MacKinnon, R. A. y Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.

Markowitz, J. C. (2008). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Year Book of Psychiatry y Applied Mental Health*, 66-67.

Marmot, M. G. (2001). Inequalities in health. *New England J Med*, 345(2): 134-136.

Mental Health Europe, European Commission (2000). *Mental Health Promotion for Children up to 6 Years*. Bruselas: European Commission.

Millon, T. y Davis, R. (1998). Trastornos de la personalidad. *Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Mitchell, A. E., Dickens, G. L. y Picchioni, M. M. (2014). Facial emotion processing in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology review*. 24(2): 166-184.

Mok, P. L., Leyland, A. H., Kapur, N., Windfuhr, K., Appleby, L., Platt, S., et al. (2013). Why does Scotland have a higher suicide rate than England? An area-level investigation of health and social factors. *J Epidemiol Community Health (England)*, 67(1): 63-70.

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder-3P.

- Moser, A. (1997). Une o plusiurs psychanalyses pour comprendre l'hystérie et les états-limites. *Psychanalyse en Europe*, 48: 64-84.
- Nigg, J. T., Silk, K. R., Stavro, G. y Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(04): 1129-1149.
- Normandin, L., Ensik, K. y Kernberg O. F. (2014). TFP-A: Una psicoterapia psicodinámica específica para adolescentes borderline a la luz de la neurobiología. *Psicopatol. Salud Ment.*, 23: 75-87.
- Ogden, T. (1992). Desórdenes disociativos severos. *Psicoanálisis APdeBA*, 14,2: 397-406.
- OMS-WHO (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- OMS-WHO (2011). *Manual diagnóstico para la atención primaria*. Ginebra: OMS-WHO.
- Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique psychothérapeutique avec l'enfant*. París: Paidós-Bayard.
- Panksepp, J. y Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. Nueva York: Norton Company.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions (Series in Affective Science)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Paz, C. (1994). La realidad en las estructuras borderline. En *Libro del XIX Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*. Madrid: ELA.
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *The Behav. Brain Sciences*, 4: 515-526.
- Putnam, K. M. y Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(04), 899-925.
- Quadrio, C. (2005). Axis One/Axis Two: A disordered borderline. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (1): 141-156.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. y Perry, B. (2014). The traumatogenic-neurodevelopmental model of Psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4,1: 65-79.
- Read, J., Hammarsley, P. y Rudegeair, T. (2015). ¿Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil? *Psicopatol. Salud Ment.*, 26: 9-23.
- Rendueles. G. (2005). Trastorno límite: El largo viaje del diván al boletín oficial del Estado. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 5 (2): 121-151.
- Rholes, W. S. y Simpson, J. A. (2004). *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*. Londres: The Guildford Press.
- Rodríguez-Melón, V. (2005). Personalidad fronteriza, límite o "borderline": Características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 5 (2):95-109.
- Rodríguez-Sutil, C. (2002). *Psicopatología Psicoanalítica. Un enfoque vincular*. Madrid: Quipú-Biblioteca Nueva.
- Rof, J. (1972). *Biología y psicoanálisis*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Rosenfeld, H. y Ditisheim, A. (1978). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse & interpretation*. Londres: Tavistock.
- Rossouw, T. I. y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlledtrial. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 51(12): 1304-1313.
- Ruggiero, I. (2012). The unreachable object? Difficulties and paradoxes in the analytical relationship with borderline patients. *IJPA*, 93(3): 341-362.
- Rupprecht-Schampera, U. (1997). Un modèle comune pour toutes les hystéries: de la relation entre l'hystérie névrotique et l'hystérie borderline. *Psychanalyse en Europe*, 49: 47-57.
- Sanz, M. J. (2011). Crianza saludable: Presente y futuro de nuestros bebés. En D. Casado (dir). *Acción y política de apoyo a las familias*. Madrid: Hacer.
- Sanz, M. J. (2014). *Orientaciones para la crianza: Guía de documentos destinados a los padres*. Madrid: Cuadernos del SIPOSO 5.
- Sartorius. N. (2010). Revision of the classification of mental disorders in ICD-11 and DSM-V: work in progress. *Advances in psychiatric treatment*, 16.1: 2-9.
- Selten, J. P. y Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry*, 187(2): 101-102.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., ... Fonagy, P. (2011). Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. *J Am Acad Child Psy*, 50, (6): 563 - 573. 10.1016/j.jaac.2011.01.017.

Shaw, C. y Proctor, G. I. (2005). Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Feminism y Psychology*, 15(4), 483-490. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0959-353505057620>

Shonkoff, J. P., Garner, A. S. y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2010-2011 (Siegel, Dobbins, Earls, Garner, McGuinn, Pascoe y Wood) (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 12, 26: 129-232.

Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Becker, C., Greer, P. J., Kelly, T. M. y Constantine, D. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 123(3): 153-163.

Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder.

Teicher, M. H. (2002). The Neurobiology of Child Abuse: Maltreatment at an early age can have enduring negative effects on a child's brain development and function. STRESS sculpts the brain to exhibit various ANTISOCIAL, though adaptive, behaviors. *Scientific American*, 3: 68-75.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.

Tizón, J. L. (1973). Los pacientes "liminares" y algunos aspectos de la problemática epistemológica de la psiquiatría. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1, 6: 751-766.

Tizón, J. L. (1978). *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.

Tizón, J. L. (2000). Componentes psicológicos de la práctica médica: *Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Biblaria.

Tizón, J. L. (2001). Agresividad y organizaciones (psicopatológicas) de relación en el funcionamiento límite. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo*, 3 (1): 5-29.

Tizón, J. L. (2004). La histeria como organización o estructura relacional: (2) Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo*, 6(1): 162-175.

Tizón, J. L. (2011a). Funciones psicosociales de

la familia y cuidados precoces en la infancia. *Temas de Psicoanálisis*, 1(1)

Tizón, J. L. (2011b). Crianza de los hijos y actividad laboral *Psicopatol. Salud Ment.*, (1) 17: 27-39; (2) 18(11):15-33.

Tizón, J. L. (2013a). *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Herder.

Tizón, J. L. (2013b). *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder-3P.

Tizón, J. L. (2014). *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona: Herder-3P.

Tizón, J. L. (2015). *Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder.

Tizón, J. L. (2016a). Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿Atender como "enfermedad" o atender como comunicación? *FMC*, 23(2):61-76

Tizón, J. L. (2016b). Trastornos del espectro autístico y Trastornos generalizados del desarrollo: Por una perspectiva relacional de su comprensión y cuidados. *Eipea (Escoltant i pensant els autismes)*, 4-25.

Tizón, J. L. y Ciurana, R. (2009). Característiques clíniques i pautes relacionals útils per als professionals d'APS en els diversos trastorns de la personalitat (Annex). En: *Orientació inicial dels trastorns de la Salut Mental més prevalents a l'atenció primària*. Grup Assessor de Salut Mental en atenció primària de la gerència d'àmbit de Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Salut (ICS).

Tizón, J. L., Ciurana, R. y Fernández, M. C. (comp.) (2011). *Libro de Casos: Promoción de la Salud Mental desde la Atención Primaria*. Barcelona: Herder.

Tizón, J. L., Daurella, N. y Cleries, X. (comp.). *¿Bioingeniería o medicina? : El futuro de la medicina y la formación de los médicos*. Barcelona: Red Ed.

Tizón, J. L., SanJosé, J. y Nadal, D. (2000). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder.

Tunnard, C., Rane, L. J., Wooderson, S. C., Markopoulou, K., Poon, L., Fekadu, A., et al. (2014). The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *J Affect Disord*, 152-154:122-30.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveer, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., et al. (2013). Las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de psicosis: metaanálisis con pacientes control y estudios de cohortes prospectivos. *Psicopatol. Salud Ment.*, 21: 51-64.

Vrtička, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D. y Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLoS One*, 3(8) e2868.

Wallerstein, R. S. (1994). Borderline disorders: Report on the 4th IPA Research Conference. *Int. J. Psycho-Anal*, 75: 763-774.

West, M. L. y Sheldon-Keller A. (1999). *El apego adulto: Patrones relacionales y psicoterapia*. Valencia: Promolibro.

Wilkinson, R. G. y Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Génova: World Health Organization.

Wilkinson, R. G. (1997). *Unhealthy Societies: The*

Afflictions of Inequality. Londres: Routledge.

Williams, P. (2013). *El quinto principio*. Barcelona: Herder.

Younes, N., Chee, C. C., Turbelin, C., Hanslik, T., Passerieux, C. y Melchior, M. (2013). Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*, 24:14-68. doi: 10.1186/1471-2296-14-68.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. y Silk, K. R. (2004). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2): 274-283.

Zanarini, M. C., Stanley, B., Black, D. W., Markowitz, J. C., Goodman, M., Pilkonis, P. et al. (2010). Methodological considerations for treatment trials for persons with borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2): 75-83.

Anexos

Tabla 1. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3) según la CIE-10

A. Marcada impulsividad (sin tener en cuenta las consecuencias),

B. Falta de control de sí mismo:

- ánimo inestable y caprichoso.
- capacidad de planificación mínima
- arrebatos de ira con actitudes violentas o a manifestaciones explosivas;
- provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos.

Se diferencian dos variantes:

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos.

Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye: Personalidad explosiva y agresiva. Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye: Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

- Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional.
- Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas.
- Relaciones intensas e inestables
- que puede causar crisis emocionales repetidas
- y acompañarse de amenazas o actos suicidas y autoagresivos.

Incluye: Personalidad "borderline". Trastorno "borderline" de la personalidad.

Tabla 2. Trastorno de la personalidad límite 301.83 (F60.3) según el DSM-5 (simplificada)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 3. Características de la puesta en marcha de los “sistemas emocionales” o “emociones primigenias” (Concepto sintético de la EMOCIÓN desde una perspectiva psicológica)

- 1) Son fenómenos orgánicos, propios del organismo como totalidad, pre-programados en la especie.
- 2) Conllevan una vivencia de urgencia, presión, empuje, una representación mental de presión (más o menos cognitivizada y más o menos inconsciente).
- 3) Pero con predominio de la representación mental, visceral y/o sensorial.
- 4) Están acompañada y fundamentada en estados y patrones corporales y bioquímicos característicos.
- 5) Poseen un amplio margen cuantitativo: desde afectos y sentimientos levemente sentidos hasta afectos profundos, que arrastran al conjunto de la personalidad (la *pasión* o emoción primitiva no modulada).
- 6) Conllevan una tendencia a la acción también pre-programada en la especie.
- 7) Dotada de persistencia a pesar de las experiencias que podrían inhibir esos patrones de comportamiento; y
- 8) Dotada de un amplio polimorfismo, que precisamente es lo que hace difícil diferenciar unas emociones de otras, las *emociones de los sentimientos* o incluso definir la emoción.
- 9) Pues su manifestación externa, conductual y mental, se halla sujeta a matizaciones, modificaciones y regulaciones tanto individuales como interpersonales y culturales.
- 10) Entre otras cosas, por la experiencia personal: Por eso podemos hablar de emociones primarias y secundarias, de emociones y afectos o, más correctamente, de emociones y sentimientos (las emociones sometidas a la experiencia y las relaciones dentro de una cultura).

Tabla 4. Procesos involucrados en el desarrollo de la regulación emocional (RE) (derivada de Thompson, 1994)

Tipos de procesos	Descripción de los objetivos de dichos procesos
Componentes neurofisiológicos	Componentes del sistema nervioso que han evolucionado para regular la excitación, incluyendo la excitación emocional, a través de la creación e interacción de mecanismos excitatorios e inhibitorios
Procesos atencionales	Para administrar la entrada de informaciones emocionalmente activantes mediante la eliminación o reorientación de la atención
Construcción de los eventos que activan el despertar emocional	Alterar interpretaciones o construcciones de la información emocional para disminuir el efecto negativo
Codificación de las señales emocionales internas	Reinterpretar los indicadores fisiológicos internos o marcadores de la excitación emocional
Acceso a recursos de afrontamiento	Mejorar el acceso a recursos de afrontamiento, tanto materiales como interpersonales
Regulación de las demandas emocionales de entornos familiares	Predecir y controlar los requerimientos emocionales de encuadres y situaciones comunes
Selección de alternativas de respuesta adaptativa	Expresar la emoción de una manera que sea concordante con las propias metas personales en esta situación

Tabla 5. La matriz o estructura fundamental del TLP, de la “Inestabilidad emocional “límite” (TIEL) o del “desequilibrio límite o borderline” (DBL)

1. Formas u organizaciones de la relación que muestran en la interacción	• Pueden presentarse temporalmente con el predominio de las organizaciones <i>melancólico-maniaca, paranoide, dramatizadora y actuadora o incontinente</i>. • Son las formas más típicas de presentarse en la APS. • Pero estos consultantes pueden oscilar entre una y otras presentaciones y pautas de relación, en diversos momentos de su vida. • Y, a veces, con otros modelos relacionales tales como el fóbico-evitativo, el adictivo o el narcisista-perverso.
2. En cuanto a características estructurales habríamos de recordar	a. La inestabilidad relacional: relaciones habitualmente mal moduladas e inestables, con claros indicadores de desequilibrio emocional. b. Por causa de la desregulación emocional, tanto en la psicogenética como en el momento presente, lo que da lugar a los desequilibrios borderline o límites. c. Self o identidad no suficientemente integrado, con abundantes momentos de “difusión de la identidad” o fragmentación de la misma. d. Labilidad yoica inespecífica, que puede manifestarse en 1. Falta de tolerancia a las emociones, a la “ansiedad”. 2. Dificultades en el control de los impulsos. 3. Dificultades con la culpa, la reparación, la sublimación, la gratitud, la envidia... 4. Uso de defensas primitivas, y particularmente, de las así llamadas “defensas psicóticas”. 5. Tendencia al funcionamiento en proceso primario, “pensamiento concreto”, forma primitivas de mentalización. e. Juicio de realidad alterado en situaciones de emociones intensas (situaciones relacionales afectivas, situaciones asistenciales, transferencia, situaciones inesperadas, test proyectivos, situaciones relacionales o vitales agudas o graves...). f. Falta de integración del Super-yo: 1. Baja autoestima y graves oscilaciones del estado de ánimo 2. Dificultades con la moral si no existen controles externos en esos temas y áreas concretos. g. Patología de las relaciones de objeto internas o de los esquemas y modelos básicos para la relación sujeto-otros. h. Relaciones self-objeto marcadas por la tendencia y el temor a la ruptura y, por lo tanto, por la profunda ambivalencia: “<i>si el otro se aleja, malo; si se acerca demasiado, malo</i>”. i. “Narcisismo límite”: en realidad, no predomina el narcisismo, sino la actitud continua en la relación que puede resumirse como “<i>a la búsqueda de un objeto portante</i>”.
3. A nivel clínico, los peligros más graves son:	a. El suicidio. b. Las crisis emocionales incoercibles, que tienden a tratarse con aumentos psicofarmacológicos o con ingresos no siempre adecuadamente cuidados desde el punto de vista relacional, al menos en nuestro país. c. Los trastornos psicofisiológicos (trastornos por estrés postraumático, trastornos cardiovasculares, trastornos inmunitarios y viscerales...). d. Un problema imbricado será la diferenciación entre dramatización del sufrimiento emocional y sufrimiento emocional “real”, o entre los “deliremas” y el delirio.
Subtipos	<i>Personalidades infantiles, narcisistas, antisociales, “como si”, incontinentes, esquizoides...</i> Según Millon y Davis, <i>el límite desanimado, el límite impulsivo, el límite petulante y el límite autodestructivo</i>.

Figura 1. Biopsicogenética del desarrollo del TIEL o TDE (TLP).

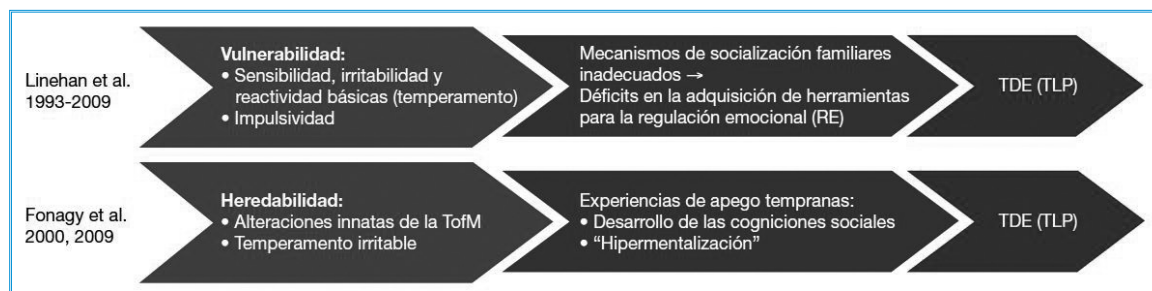


Tabla 6. Mecanismos de la consolidación del TLP, TIEL o DBL

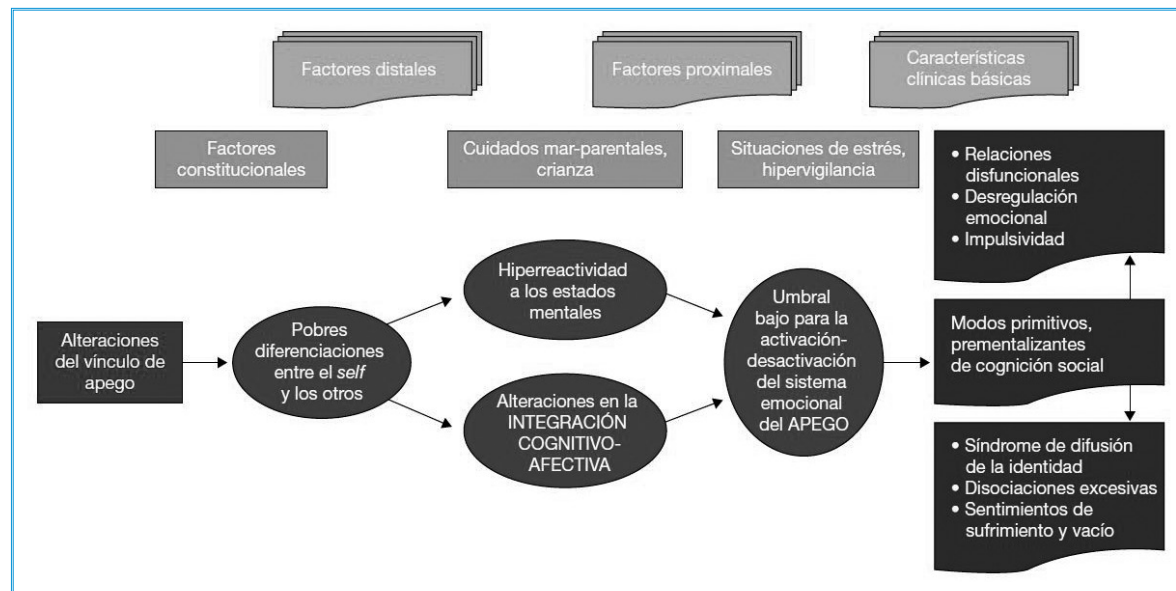
Genética	Relaciones
- Heredabilidad de 40-50% en adultos - No se ha asociado ningún gen específico al TLP - Los adolescentes (9-15 años) que llevan el alelo s del 5-HTTLPR tienen niveles más altos de TLP - Una historia de malos tratos predice rasgos de TLP a los 12 años para los chicos con antecedentes de psicopatología familiar.	Factores clave asociados con el TIEL-TLP: abuso y abandono, entorno familiar problemático y SES (estatus económico-social) bajo. - El maltrato aumenta la probabilidad de TIEL (<i>odds ratio</i>: 7,7) - El SES bajo es un predictor totalmente independiente de TIEL - Los países con mayor desigualdad de ingresos tienen mayor prevalencia de TIEL y problemas asociados - Los problemas en el apego son potentes predictores - La privación o el retraimiento de la madre a los 18 meses predice el TIEL en la adolescencia tardía - La adversidad temprana, el apego desorganizado y la hostilidad de los padres predicen las características del TIEL en la niñez, la adolescencia y la adultez - Como correlaciona con el abuso entre compañeros (intimidación, e-bullying, rechazo de pares, violencia en las citas de adolescentes, exclusión crónica)...

EL TIEL en la adolescencia se halla estrechamente vinculado con un factor jerárquico supraordinado inespecífico, el llamado "factor P" (de psicopatología).

Figura 2. Interacción genético-relacional en los TIEL (TLP) (Fonagy et al., 2011; Mitchell et al., 2014)

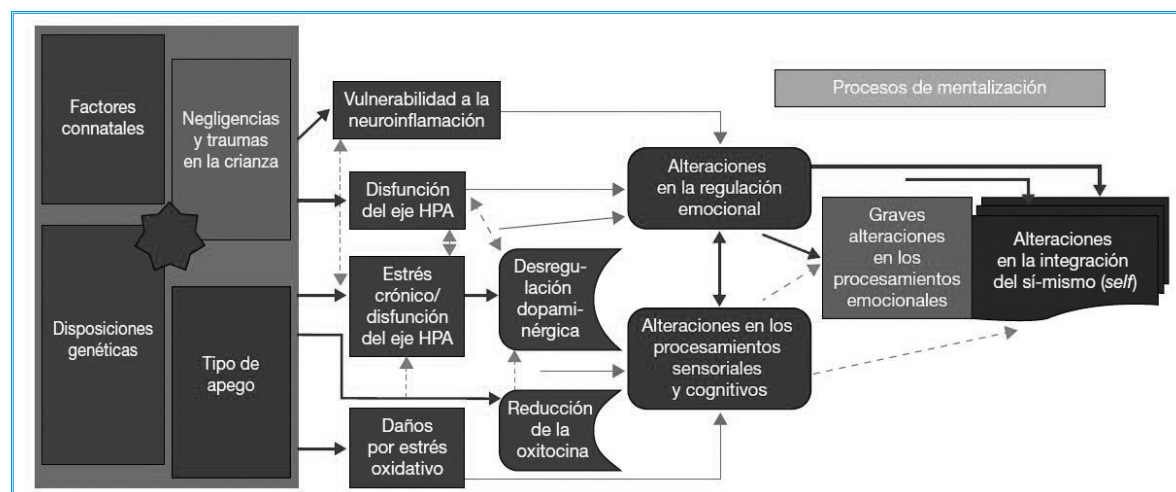


Figura 3. Antecedentes y cuadro clínico del TIEL (TLP) (Fonagy et al., 2011; Mitchell et al., 2014; Debbané et al., 2016)



Derivada de Fonagy et al., 2009, 2016

Figura 4. Apego, neurobiología y mentalización en los trastornos mentales graves.



Derivada de Debbané et al., 2016

Tabla 7. Cognición social en los TLP (TIEL) y nuevas orientaciones para el diagnóstico

Reconocimiento de emociones faciales	Alta sensibilidad a la confianza y al rechazo	Empatía cognitiva	Empatía afectiva
Reconocimiento de la emoción facial • Hipersensibilidad a señales faciales sutiles de emociones negativas • Aumento de la excitación que impide el reconocimiento de las emociones manifiestas • Movimientos oculares más rápidos ante la visión de los ojos de las caras con emociones negativas • Aumento de activación de la amígdala • Reducido por la administración de oxitocina.	• Las caras neutrales son menos confiables • Y esta reacción NO se reduce mediante la administración de oxitocina	• Deterioro de la ToFM (Teoría de la Mente) • Mejor rendimiento en RME test (<i>Reading the Mind in the Eyes</i>) • No requiere meta-representación explícita de la mente del otro • Menor activación del circuito cerebral de la ToFM • Incluso durante la mejora del RME test (<i>Reading the Mind in the Eyes</i>)	• Imitación automática (inconsciente) de expresiones negativas • Aumento de la actividad de la ínsula medial derecha (auto-origen de las emociones) • Reducción del tamaño de la ínsula anterior (otro origen de las emociones)
Con nuevas metodologías, tales como: • Entrevistas estructuradas video filmadas. • Reconocimiento computarizado de expresiones faciales. • Resonancia encefálica funcional • Pruebas videofilmadas y computerizadas, tales como la MASC (<i>Movie for the Assessment of Social Cognition</i>)			

Fonagy et al., 2011; Mitchell et al., 2014; Bental, 2011

Tabla 8. Síntomas de TIEL-TLP predominantes en adolescentes y adultos

Adolescentes		Comunes a adultos y adolescentes	Adultos
<i>Más probable que se presente con síntomas "agudos" de TLP:</i> • Autolesiones recurrentes • Comportamientos suicidas • Otros comportamientos dañinos e impulsivos • Ira inapropiada		• Alta sensibilidad al rechazo • Dificultades con la Confianza y la cooperación • Tendencia a la vergüenza • Auto-Percepción corporal negativa • Hostilidad Intermitente	<i>Es más probable que se presenten con los síntomas característicos duraderos:</i> • Relaciones inestables • Trastornos de la identidad.
<i>Criterio A</i>	<i>Criterio B</i>		
<i>Gravedad de los problemas en</i> • Identidad • autocontrol • empatía • Intimidad	<i>4 o más ítems de los siguientes:</i> • labilidad emocional • Ansiedad • Inseguridad en la separación • Depresividad • Impulsividad • Asunción de riesgos excesivos • Hostilidad		
Continuidad heterotópica: un proceso de continuo y marcado deterioro con manifestaciones cambiantes			

Tabla 9. Premisas para la colaboración en el tratamiento de los TIEL-TLP en APS

- 1) No hay un psicofármaco o una combinación de los mismos para el TLP. Y es difícil que exista en el futuro: ¿Fármacos para reconstruir la modulación emocional, la mentalización y el apego no logrados en la infancia?
- 2) Un tratamiento eficaz ha de ser prolongado, digan lo que digan los “vendedores de sueños”.
- 3) Ha de ser un tratamiento integral, tipo TIANC (Tratamiento integral adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad).
- 4) De ahí que, salvo para accesos agudos, en los que pueden hacerse ayudas psicológicas o tratamientos psicofarmacológicos breves con objetivos sintomáticos, los TIANC deben ser realizados y supervisados en los equipamientos específicos de salud mental.
- 5) Lo cual no significa que la APS no juegue y pueda jugar un importante papel en estos tratamientos:
 - a) En primer lugar, en la prevención primaria, sobre todo inespecífica
 - b) En segundo lugar, para orientar al paciente y a su familia sobre los dispositivos que, en la “psiquiatría pública para pobres” que actualmente domina en nuestro país, se aproximen más al tratamiento específico e integral.
 - c) Para trabajar conjuntamente con ellos en la prevención terciaria: particularmente, en la tendencia a la marginalidad y marginación de los pacientes de clases bajas con ese diagnóstico. Una de las vías fundamentales para la misma es lo que ya hace años llamamos “cronificación medicalizada”.
- 6) La APS puede ayudar a ese tratamiento integral mediante el uso puntual de psicofármacos sintomáticos (siempre de acuerdo con el terapeuta principal del paciente), mediante medidas de orientación cognitivo-conductuales y para las relaciones afectivas del sujeto y, sobre todo, constituyéndose en “Acompañante terapéutico profesional” (AT) a lo largo del tiempo. Se trata de una labor poco valorada e investigada pero a la que, con razones, pueden atribuirse las ventajas de otros “acompañamientos terapéuticos”, tan necesarios en estos sujetos y, en general, en los TMG.

Tabla 10. Componentes de un TIANC (Tratamiento Integral adaptada a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad) en los casos de TIEL-TLP

Componentes de un TIANC (Tratamiento Integral adaptada a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad) en los casos de TIEL-TLP (TIANC)	Base para su realización (si se contara con una APS suficientemente dotada, apoyada, integrada y ayudada a nivel psicosocial)
Combinación definida de una parte o conjunto de los siguientes elementos (teniendo en cuenta la edad, las manifestaciones clínicas, las capacidades del equipo y las características del paciente y la familia):	
1. Psicoterapia individual, a ser posible, específica para el DEL: cognitivo-conductual, cognitivo-dialéctica, psicoanalítica, “centrada en la transferencia”, basada en la mentalización....	SM
2. Entrevistas familiares (a petición de la familia y/o del equipo) y “ayuda familiar periódica”	SM y APS
3. Psicofarmacología integrada en la “terapia combinada”, cuidando las atenciones adictivas, la tendencia al abuso y la ideación suicida.	SM y APS
4. Protocolo de seguimiento social y psicosocial y orientación socio-laboral	SM
5. Apoyo semi-profesional a cargo de un “clínico referente” o “Acompañante Terapéutico” (AT) estable e integrador de las diversas terapias (puede ser el MF).	APS y SM
6. Grupos “psico-educativos”.	SM
7. Grupos multifamiliares o “paralelos” (grupos de pacientes y grupos de familias)	SM
8. Psicoterapia de grupo con los pacientes	SM
9. Terapia de resolución de problemas y terapias de habilidades sociales, terapias de habilidades emocionales....	SM (APS)
10. Dispositivo de “atención abierta” para que la persona con situaciones agudas o subagudas o sus familiares puedan consultar en cualquier momento.	APS/SM/Hospital de Día
11. Residencias para crisis según los modelos escandinavos (hoy, entre nosotros, casi sólo existen los <i>hospitales de día</i>)	SM
12. Grupos de ayuda mutua.	SM y APS
13. Acompañante terapéutico, si es preciso.	APS y SM
14. Programa “Hijos de”, para la prevención primaria y secundaria de la salud mental de los descendientes y menores cuidados por este tipo de pacientes.	APS y SM
15. Puesta en marcha o apoyo de las capacidades cuidantes de los otros “seis niveles para la contención” no profesionalizados: 1) mundo interno, 2) capacidades yoicas, 3) cuerpo y psicomotricidad, 4) familia, 5) red profana, 6) inserción socio-laboral y de los servicios sociales de base.	SM (APS)
16. Conexión directa con un dispositivo de ingreso	SM (APS)

Tabla 11. Los cuidados técnicos necesarios para una intervención basada en la afectividad y la mentalización a las personas con TIEL-TLP

Elementos particulares de la psicoterapia	Actitud y cualidades del terapeuta
a) El terapeuta ha de identificar las rupturas en la mentalización del sujeto (momentos de pensamiento concreto, defensas primitivas, negación, proyección, disociación, etc.)	• Humildad, derivada de la cognición-sentimiento de “no saber”.
b) El terapeuta y el paciente retroceden hacia los momentos en los cuales se rompió esa continuidad personal (o relacional)	• Darse tiempo para identificar diferencias en perspectivas.
c) Se intenta identificar los diversos elementos del contexto en el cual ocurrió ese desencuentro afectivo entre paciente y terapeuta	• Legitimando y aceptando que hay varias perspectivas. Que tanto las del paciente como las del terapeuta pueden ser erróneas, pero también contrapuestas, alternativas, desajustadas...
d) El terapeuta reconoce y hace explícita su propia contribución a esa ruptura de la mentalización.	• Se le pregunta activamente al paciente por sus experiencias, tratando que las detalle (más el “cómo” que el “qué” o el “por qué”)
e) Tratando de que el paciente comprenda los estados mentales (sentimientos, pensamientos, deseos...) implícitos en esos momentos (en realidad, se trata de hacer explícita y vivida la transferencia)	• Tratando de aclarar los elementos confusos o in-sentido, manifestando claramente lo que el terapeuta no entiende. • Un componente importante consiste en monitorizar los propios errores y “actuaciones” inadecuadas del terapeuta antes de que se conviertan en “actuaciones” notables o graves (“<i>enactments</i>”) de la pareja terapeuta-paciente.
f) El terapeuta debe estar atento siempre a la posibilidad de que él mismo pueda perder capacidades de “mentalización” ante el paciente con problemas en la misma.	• Esa posibilidad debe ser explicitada al principio de la terapia, como componente ineludible de la “alianza terapéutica”, máxime porque los pacientes suelen acudir al terapeuta con ideas mágicas y megalománicas sobre los poderes y saberes de la psiquiatría y los terapeutas.
g) Un motivo más para entender la psicoterapia como “un trabajo de dos”, por experimentando y especializado que esté el terapeuta.	

Kernberg, 1984, 2014; Fonagy et al., 2009, 2011; Sharp et al., 2011

Tabla 12. El Profesional de APS y las personas con TIEL-TLP

Actitud recomendada en APS (Tizón y Ciurana, 2009)	Elementos a añadir según esta revisión
a) Mantenerse receptivo, empático. b) Aceptar las demandas del paciente si son aceptables. c) Evitar actitudes autodefensivas y rechazantes. d) Cuando se establecen normas, hacerlo con empatía.	+ Prevención primaria inespecífica. + Apoyo continuado tanto a la persona como a los tratamientos. + Filtrar tratamientos y los equipos tratantes. + Atención a la familia . + Aprovechar los diversos niveles para la contención, protección y resiliencia. + Prevención terciaria. + Teniendo en cuenta lo expuesto en las tablas 9 a 13.

Tabla 13. Los programas del PAPPS-SM como apoyos para la prevención primaria del TIEL (y de otros TMG) (Buitrago et al., 2014, 2016; Tizón et al., 2011)

PROGRAMA DE PREVENCIÓN en SALUD MENTAL de la SEMFYC	
Subprogramas para la Infancia y la adolescencia	Subprogramas para adultos y ancianos
1. Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio. 2. Embarazo en la adolescencia. 3. Hijos de familias monoparentales. 4. Retraso escolar. 5. Trastorno en el desarrollo del lenguaje. 6. Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres. 7. Maltrato infantil. 8. Trastornos del comportamiento alimentario.	1. Pérdida de funciones psicofísicas importantes. 2. Atención del paciente terminal y de su familia. 3. Pérdida de un familiar o allegado 4. Jubilación. 5. Cambios frecuentes de domicilio en el anciano. 6. Malos tratos a los ancianos.
<u>Comunes a ambas edades</u> 1. Diagnóstico precoz de la depresión y de los trastornos por ansiedad. 2. Prevención del suicidio. 3. Violencia doméstica.	

*: En negrilla, los que pueden significar una prevención primaria inespecífica del TIEL-TLP.

Tabla 14. Otros programas preventivos basados en la infancia que pueden suponer una prevención primaria inespecífica del TIEL-TLP desde la APS

PROGRAMA DE PREVENCIÓN en SALUD MENTAL de la SEMFYC	
RED EUROPEA DE PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL: Promoción en Salud Mental de niños menores de 6 años Recomendaciones: <i>"la salud mental de los niños es lo primero" y "prestar particular atención a"</i>	12 Programas preventivos prioritarios definidos en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Cataluña (2006-2010)*
• a los niños vulnerables, tales como: - niños en riesgo psicosocial - o con salud vulnerable - prematuros, - discapacitados o niños con enfermedades crónicas, - niños con problemas precoces de desarrollo y de conducta; • niños con un entorno familiar vulnerable - niños víctimas de abusos o negligencias; - hijos de familias monoparentales o de padres adolescentes; - niños adoptados o en acogimiento; - familias conflictivas; - hijos de padres con trastornos de salud mental o toxicómanos); • niños en riesgo por sus condiciones socioculturales (refugiados, inmigrantes, padres en paro).	1. Gran prematuridad y complicaciones obstétricas 2. Padres o madres con trastornos mentales graves 3. Madres en situación de riesgo psicosocial 4. Malos tratos y abusos en la infancia 5. Fracaso escolar reciente o abandono de la escolaridad 6. Adicciones en la infancia y / o la pubertad 7. Trastornos Generalizados del Desarrollo 8. Trastorno disocial 9. Retraso mental 10. TDAH 11. Depresión o Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia 12. Programa Formativo para la Promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil desde Pediatría (PF-PSMIP)
<i>*Varios ni siquiera se pusieron en marcha, y todos ellos han sido mal dotados desde el punto de vista presupuestario, a pesar de que el plan era previo a la famosa "crisis político-económica" que se usa como justificación de todos los recortes en prevención</i>	

Mi felicidad (principios)

En mi vida y en la de todos siempre hay una luz al fondo del túnel. Siempre hay una salida. Siempre se nos da la Esperanza (fondo del mito de la caja de Pandora). Motor, Élan, principio vital. Es una base de mínimos (Viktor Frankl) con la que sobrevivir. Tal vez, al final, con la que vivir.

La gente no tiene mi lógica, tiene otra lógica: aceptación y, con el ejercicio y el tiempo, adaptación a los otros; quizá simpatía; actitud de escucha (les gusta hablar, eso lo consideran dar, y escuchar después); actitud de empatía o de comprensión a otras lógicas; posicionarme **en** (no contra) otras formas de ver la vida, de interpretarla y de reaccionar.

Aceptar que la mayoría de la gente no tiene tiempo.

Aceptar que la base de la comunicación es difícil de encontrar.

Aceptar que los otros tienen otros intereses. Escucharlos. Intentar comprenderlos. Si no, ponerme empáticamente en su lugar (Filósofo Max Scheler, formas de simpatía). Intentar comunicar con los (mis) diferentes. Quizá aprenda algo nuevo, curioso, interesante, útil, que me haga crecer, que me adapte. En definitiva: ser más **feliz**. Y Si no lo consigues, **acepta** que no hay "nada que hacer" ¡No te mueres por eso, y no pasa nada! :-)

Aceptar que mucha gente no quiere comunicarse, que tiene su espacio ocupado, su tiempo ocupado, intereses diáfananamente distintos a los míos: fútbol, escapismo, bolos, olvidarse de sí y de todo y de todos, deportes, jugar al pádel.... lo que sea.

Aceptar que hay gente que no busca nada y que su forma de felicidad está en no buscar nada. Sea esto verdad o no, el aceptarlo me **ayuda**.

Aceptar que me desprecien, que me ignoren, que no les resulte interesante. Que me aprecian o les resulto interesante o curioso pero que no quieran decírmelo. **Que estoy vivo con ellos o ¡mejor!:** estoy muy vivo sin los demás.

Aceptar el no obtener lo que deseo. Incluso vivir lo más tranquilamente que pueda el percibir o yo interpretar (¿erróneamente?) que nunca obtengo lo que deseo. Desapego de todo (principio fundamental budista). Relativización de todo es quitarle hierro a las cosas y hacerlas ligeras, **llevaderas, aceptables**). Desestructurar es apertura a **todo**, a todos y a Dios (el **Todo**). Miguel: **¡no pasa nada malo!** ¡Parece mentira pero es incluso positivo! :-)

No apegarme a nadie ni a nada, ni a la vida. No coger, no capturar, dejarlo ir. Soltar. No asir. Desarraigarme de lo mío. Porque nada es mío (eso no es malo). No agarrar.

Descubrir la felicidad en estar solo. Realizarme solo. Crecer solo. Montármelo muy bien solo. Acompañarme a mí mismo. **¡Principio de libertad y de independencia!**, o sea: **realizarme**. Es estar **acompañado** de mí mismo. Ser mi propio padre. Ser mi guía y mi tutor, mi abanderado, mi benefactor. **Hacerme amigo** de mí. ¡Recuerda!: eso es **ser "yo"**. Laxitud. Distensión. Espaciosidad. **Ama** el ser "yo" en mi esencia (Erik Fromm, principio básico para alcanzar la libertad). No temer a la libertad, amarla, **abrazarla**. Romper mis fronteras.

* Esta sección pretende dar espacio y voz a las experiencias en primera persona, tanto de profesionales como de pacientes. Si quiere enviarnos la suya o conoce experiencias que considera que pueden ser interesantes, puede hacerlo por correo a revista@fundacioorienta.com

Aceptar que hay gente que no quiere estructurar, ni analizar, ni identificar, y que a analizar lo tienen por malo, por cosas nocivas, por interferencias desintegrantes, separadoras, inamistosas, ofensivas, agresivas, meterse con ellos... y que sorprendentemente las consideran como “señalarles”, “no me apuntes”, etiquetarles o juzgar.

Tolerar que la gente no quiera conocerse, ni que les conozcan. Se sienten señalados. Criticados.

Tolerar que hay una manera no intelectual de vivir la vida, que existe otra “estructura”: la observadora, la silenciosa, la contemplativa, la sensitiva, la captadora, la poética... la propia de quienes vamos a un museo, a una exposición, que escuchamos buena música, que leemos poesías o novelas, que vamos al circo, que vamos al **cine**. ¡Esa manera **no intelectual**, laxa y no estructurada **da paz** y ofrece a los otros calor y concordia!

Aceptar que yo (dentro de mí mismo) no sólo tengo **una** estructura (la logico-racional, la matemática, la científica, la filosófica, la verificable, la tocable, la comprobable y la palpable). / Aceptar que **no** tengo **una sola** verdad, sino “otras” estructuras, sentimientos, y por eso puedo tolerar y simpatizar con otras formas de comprender la vida, de vivirla de sentirla. Yo mismo vivo, siento y percibo desde estructuras y desde sensibilidades Diferentes, divergentes, incluso opuestas entre sí (**¡Recuérdalo!**). Así que yo mismo soy como ellos (**simpatía**).

Aceptar que hay una forma pasiva y no activa o no ejecutiva de vivir: la de **Recibir**, la de aceptar, la de comprender, la de sólo observar y callarme, la de asombrarme, la de maravillarme, la de que me den (y sólo lo que otros quieran, y solo en el posible caso de que quieran dar algo). No recibir de sólo enseñar. No ser activo, no ser influyente, no destacar, no ser famoso. Tal vez escuchar a los otros es precisamente “destacar”. Tal vez “escuchar el palpito de la vida” (Félix Rodríguez de la Fuente) sea para Dios (o sea para “la **Totalidad**”), destacar. Acaso sea una forma de orar, de vincularme de algún modo con la **Totalidad**.

Aceptar que cualquier persona, hasta el más tonto, me enseña: síndrome de Down (cariñosos, alegres), Aspergers (*outsiders*), TEA,

cualquier otro punto de vista o posición... Tolerar la posibilidad de que pocas veces (o nunca) quieran enseñar, demostrar, argumentar nada, o que literalmente rehúyen el enseñar su riqueza, pues no la reconocen como tal, o no la extrovierten por ser tímidos, o por cualquier bloqueo interno o externo (biografía personal), o porque temen hacerme daño (por lo que sea), o temen destacarse, o no tienen tiempo, o lo tienen ya ocupado en lo que ellos consideran más importante... (Aceptar que pueda ser **verdaderamente** para ellos, o en sí, **más importante**). **Miguel: no pasa nada**. No hay temor. Todo bien. Calma.

Aceptar la vida como me viene, como es, intentar **agradecer** cada segundo, bendecir todos mis momentos. Aceptar que la vida tal como me es debe ser observada, acariciada, restituida, contemplada, Disfrutada. Más tarde ya pasará a **gozar**. De momento aceptarlo. Ya veré la **luz**. ¡Ya! veo la luz al fondo de esta cueva.

Aceptar lo absurdo. Aceptar que hay gente que vive bien montada en el silencio incomunicativo de “lo surrealista”. Aceptar que no quieren racionalidad clarificadora (por lo que sea): les da miedo encontrar alguna luz, creen que no existe pero ¡aceptan! que no verla, están incluso bien sin que les exista, se hallan a su sabor en medio de “el absurdo” (Kafka), o del caos, o de “la nada” (Nietzsche), o del Vacío (Sartre), o de encumbrar el propio ego personal (Rirte), o de echar todo abajo (Deleuze, deconstructivistas), viviendo bajo la sombra de ateísmo radical... (Tao). **Mira**: ¡ellos **pueden** aceptar! y ¡hasta **disfrutar**! el que su vida sea monótona (gente no emotiva: **flemáticos**, sanguíneos, **apáticos** y **amorfos**), y aceptar que incluso ¡viven **bien**! el aburrimiento, y que son capaces (meritorio) de **disfrutar** de lo gris, de los sin cambios. Viven bien en ese ambiente y no tengo por qué molestarles. No preguntarles nada. No ser inquisitivo. Ser yo más humilde ante ese panorama general. Conformarme. La salida está en **mi** felicidad **interna** y en vivir “el Hoy” (Ekhart Toile), “el poder del ahora”. Puedo **vivir** poéticamente, sueltamente, desprendidamente, bohemianamente, y así vincularme conmigo y con mis sentimientos, unirme con mi suelto Dios interno. Soy **aceptador**, acogedor, holístico, un unificador de las diversidades y **acogedor** de

las variedades infinitas, un *descontrolador* de mi falso control.

Apreciar **mucho más** a quienes conectan conmigo, a quienes tienen curiosidad por mí (aunque sean muy pocos, o si bien nunca sabré qué de bueno han visto en mí). Aprovechar esa riqueza. Estar mucho más tiempo de diálogo con los “verdaderos”. Aceptar que quienes pasan de mí pueden ser “**verdaderos**”. Cultivar las pocas amistades que tengo y acrecentar nuestra **calidad** y riqueza de participación, y de enriquecimiento mutuo en la **comunicación**. Recuerda: “**nadie**, ni los admirados, ni los maestros, ni los grandes literatos, ni los Einsteins, ni los famosos, ni los ricos tienen muchas amistades verdaderas” ¡Acepta entonces que tú tampoco las tienes! ¡No pasa nada! Es normal. Todo bien. Está bien. :-)

Identificar los entornos: hay ambientes donde se pueden dar unas cosas, y otros donde no. El sistema les ha enseñado eso. Aceptar esa aparente “barbaridad”. Aceptar que tal vez eso sea comprensible. Aceptar que es lógico, o al menos “aceptable”.

Cada persona tiene, y mantiene celosamente, su “estructura” de pensamiento, aunque nieguen a ser estructuras, o no las reconozcan como estructuras (ni quieran reconocer que lo son). Aceptar el vivir con ese absurdo. Tal vez tengan otras cosas valiosas y, más aún, acaso se dejen descubrirlas, ahora o luego. Aceptar eso me **abre campo**, me dispersa, me desconcentra, me **abre a la Vida**, me **amplía**, me ensancha, me da espacio, me Enriquece, me hace avanzar, me hace evolucionar a **bien**, me da **felicidad** (**todos** la buscamos y eres como ellos); todo eso me empuja a alcanzar la **Totalidad**! desde la **aceptación**!, traduciéndose en mi flexibilidad, en confort personal, en comodidad, en Bienestar, quizá con todo el mundo (o muchos), aunque no lo comprenda del todo. **Acéptalo** sincera y **simplemente**. Aunque me parezca increíble, esa podría ser la **esencia** de la **misma bondad**! Con seguridad al menos me evita pelearme, y el no pelearme ya me da **paz**, ¿no?! **Recuerda**: la **paz** es suave **alegría** permanente y te pone a bien con muchos. Tener paz es estar ordenado. El orden es Limpieza.

Aceptar que si una idea, o una propuesta, sale de ti, pueden no aceptarla, por lo que sea, qui-

zá por simple **envidia** (acéptala, recíbela y que te traspase). O no la aceptan porque sale de otro y no de ellos, nada más. ¡No pasa nada! O quizá no la toleran porque sale de alguien que no ha sabido hacerse famoso; porque otros no le han hecho famoso. Porque no eres famoso, un *influencer*. O porque no eres rico. O porque -¡y no pasa nada!- no te ven simpático aunque seas muy **afable** o divertido (es meramente cosa de **su** percepción, la de otros, la de cada cual, **no la tuya**). O porque notan que eres diferente de la media, que eres raro, que no eres un conformista como ellos creen que todos deberíamos ser, y se creen que serlo es beneficioso para ellos y para la comunidad. Acepta que cree que existe una comunidad (el deporte...). Acepta que en algo perciben que eres “divergente, o un *outsider*, o un anti-sistema, un *alter stablishment* o un infiltrado en la *matrix* para cambiar la *matrix*. No pasa nada. Calma. Sólo y simplemente no racionalizan que “eres diferente”, aunque notan algo, y se apartan, quizá con admiración: **¡acepta eso!** y **tranquilamente**. No te alteres. Podrían tenerle miedo a pensar. Acepta eso. Tendrán otra forma de reaccionar **honesta**, sincera para ellos, y **verdaderamente** se creen que es ¡“la más apropiada”! y que les **beneficiosa**, y **la adecuada**!, y creerán que les (y que nos mejora) **a todos**, a la sociedad, a algún avance social. Creerán que no hay que cambiar nada y puede que tengan razón. Tal vez... intenta creer que no hay que cambiar ni que mejorar. Créelo porque eso es pura adaptación, aceptación y te da **paz**! / No eres un elegido ni te han ni estás llamado a **nada**. No tienes por qué enseñar lo que sabes. Así No hay ansia sino que te mantienes en **paz**. Soltura, *Carpe Diem* y vive.

En resumen, **acepta**:

- La incertidumbre
- La inadecuación.
- La incomunicación.
- La soledad.
- La impotencia.
- El desarraigo.
- Los cambios (acepta tener que adaptarte, que reciclarte, que reverdecer, adecuarte, aprender, reconstituírte).
- Los sobresaltos.

Sobrevive a los ataques, que **no lo son** (acepta lo que -sólo tú- vives como afrentas). Sólo se defienden de algo suyo.

Peor: soporta pasar desapercibido: la invisibilidad o síndrome de “Don nadie”, el ninguneo.

Acepta y sonríe ante la “alteridad”: ante lo otro, vive a los otros, acoge lo diferente, a los diferentes, lo nuevo, el enaltecimiento social de lo nuevo sólo porque “es nuevo” (sin pensar en consecuencias); soporta el constante desprecio a los logros de “las esforzadísimas conquistas del pasado” (Félix R. de la Fuente); acepta el futuro incierto, lo desconocido, el hecho de tú no saber, que otros sepan más, que a otros -que saben mucho menos- se les reconozca y a ti no. El pasar desapercibido).

Recuerda: tu feliz, tu acogedor, tu cordial, tu súper empático, y tu extremadamente adaptado sabio interior Félix (feliz) Rodríguez de la Fuente llamó a **todo** este texto: “**adaptarse**”. “El pez gordo siempre se come al chico” (debo adaptarme para que no se me coman y para que mi ego no se me coma): “uno se muere si no se **adapta**” (Félix). Nunca nadar contracorriente. Fluye con el ritmo de la **naturaleza**: de (con) la vida.

Miguel Pou fue diagnosticado de Síndrome de Asperger. Es superdotado y dedica su vida al estudio de los animales.

Contacto: proyectofelix@yahoo.com

Tizón, J. L. (2018). *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 1. Psicopatología general*. Barcelona: Herder.

Jorge L. Tizón lleva en el Consejo Directivo de la Revista desde sus inicios. Psicoanalista, psiquiatra, psicólogo, neurólogo, profesor universitario y autor de numerosos libros y artículos, mantiene una incansable actividad científica, docente y divulgativa desde principios de los 70. Y justo ahora se cumplen 30 años de *Apuntes para una psicología basada en la relación*, popularmente conocido como el *libro magenta* o *fucsia*, todo un manual de referencia para aquellos que empezamos a formarnos como psicoterapeutas psicoanalíticos hace ya algunos años. Si entonces el *libro magenta* se convirtió en uno de nuestros faros –junto con los libros de Coderch o Freixas–, el primer volumen de esta *Psicopatología* no va a ser menos. A mi entender –y esta es una opinión muy personal– podría ser su obra más global, completa y definitiva de toda una vida profesional dedicada a la asistencia, al cuidado y a la comprensión de los trastornos mentales, desde la óptica clínica, relacional, comunitaria y –como no podría ser de otra manera– de la prevención.

El libro está organizado en tres partes: una introducción al concepto de psicopatología, un repaso a los esquemas fundamentales para su comprensión, y una introducción a la psicopatología relacional, en la que se profundizará en los siguientes volúmenes. Me resulta imposible sintetizar aquí lo que esta obra aporta, así que optaré por comentar los puntos que me han resultado más relevantes.

Psico(pato)logía de la relación versus psicopatología “biocomercial”. La primera parte del libro supone un esfuerzo en profundizar sobre el concepto de psicopatología: cómo definimos el “trastorno”, desde qué orientación o punto de vista, con qué intereses. Tizón realiza un repaso a las tendencias actuales, al lugar que ocupan las teorías psicológicas clásicas y propone un modelo propio desde el que entender la psicopatología, desde un punto de vista relacional y ético. Me resultan particularmente fascinantes las aportaciones de Panksepp (pp. 61, 130, aunque nos acompaña durante todo el libro) o la crítica a la psicopatología “biocomercial”

(p. 69), así como la capacidad del autor para una comprensión tan global (economía, filosofía, historia...) del concepto (ver, por ejemplo, la tabla sobre la participación de los psiquiatras nazis, pp. 92 a 94).

Principios de una psico(pato)logía basada en la relación. En la segunda parte del libro, encontramos una relación de los principales “esquemas básicos” de esta psicopatología, entendidos desde la interacción entre una “teoría de las relaciones objetales” y la “teoría interpersonalista” (p. 140). Resulta extremadamente práctico, por ejemplo, el esquema actualizado de las principales transiciones psicosociales en los niños y en las familias que ya había publicado en otros libros (pp. 141 a 144), o la revisión de los sistemas emocionales básicos de Panksepp (pp. 148-149; 153-154; 180-187), así como un esquema desde el que comprender las funciones parentales de la familia (pp. 156-157). Es interesante también poder observar la evolución del concepto de la ansiedad y de las posiciones kleinianas desde el planteamiento del *libro magenta* al actual, que ocupa buena parte de este capítulo, y la revisión de los trastornos de la personalidad y de los procesos de duelo (que trató ampliamente en *Pérdida, Pena, Duelo*).

Hacia una psicopatología relacional especial. En la última parte, Tizón introduce su visión integradora sobre las “estructuras u organizaciones psico(pato)lógicas de la relación fundamentales” (p. 250), entendidas como un “subconjunto de formas de interacción, pautas o patrones “anómalos”, desviados, desadaptativos o desintegradores de la vinculación” (p. 251). Estos modelos de relación son introducidos en esta parte pero serán explicados en profundidad en los volúmenes 2 y 3.

Se trata, pues, de un libro imprescindible para el clínico despierto, que no puede –ni debe– aferrarse a su teoría como algo inamovible e incuestionable. Tizón contagia con su entusiasmo a no dejar de investigar ni hacerse preguntas, y a no desistir del empeño de seguir trabajando por encontrar un modelo –dinámico– que nos ayude a entender la psico(pato)logía.

Xavier Costa es psicólogo, psicoterapeuta y Jefe de Redacción de la Revista.

Cabré, V., Castillo, J. A. y Nofuentes, C. (2017). *Casos clínicos. Evaluación, diagnóstico e intervención en salud mental*. Barcelona: Herder Editorial.

La *Colección Salud Mental* de Herder Editorial, dirigida por la Fundación Vidal y Barraquer, se enriquece con un nuevo y muy interesante libro orientado tanto a estudiantes como a profesionales vinculados al ámbito de la salud mental. Sus autores, profesionales de amplia y acreditada experiencia clínica y docente, plantean una propuesta expositiva y metodológica singular al ofrecernos un material clínico abierto, sugerente y deliberadamente incompleto que induce a la reflexión y al análisis interdisciplinar.

En la primera parte de este libro encontramos dos capítulos en los que se resumen aspectos básicos de la evaluación, diagnóstico y tratamiento desde un punto de vista psicodinámico.

En el primer capítulo, sobre *Entrevista Psicodinámica*, Víctor Cabré nos recuerda la importancia de este instrumento capital y la técnica precisa que subyace a fin de captar las principales dimensiones del funcionamiento del paciente. Particular interés se concede a prestar atención a los contenidos emocionales que emergen en ese campo interactivo entrevistador-paciente que se configura en toda entrevista, en la que confluyen inadvertidamente las esperanzas y temores de cada uno de los participantes. Transferencia, contratransferencia, encuadre, contención, *insight*, *acting out*, etc., son algunos de los ítems relevantes considerados en este capítulo inicial que concluye destacando la importancia fundamental de dos espacios de reflexión: la sesión clínica y la supervisión, en tanto herramientas poderosas (grupales, interdisciplinares) al servicio de la mentalización del propio profesional enfrentado a la complejidad del caso clínico y del paciente al que debe ayudar.

En el segundo capítulo, *Formulación clínica*, José A. Castillo Garayoa profundiza en el proceso de evaluación psicológica deteniéndose en la entrevista anamnésica y en la importancia de una formulación clínica posterior que, a modo de hipótesis, vincule los síntomas clínicos, la personalidad del paciente y sus circunstancias biográficas; el autor presenta aquí un útil modelo en seis pasos en el que destacamos la

importancia que se concede a los patrones de apego y relación. Todo este proceso culmina con la devolución diagnóstica e incluye la indicación terapéutica, permitiendo además (en el mejor de los casos) un primer establecimiento de la alianza terapéutica. El capítulo finaliza con una revisión de algunos aspectos relevantes asociados a la indicación psicoterapéutica: consciencia de malestar subjetivo, gravedad del problema, necesidad de ingreso, red de apoyo social, estilo de afrontamiento, *insight*, apego, mentalización, etc.

En la segunda parte del libro, se reúnen y exponen un total de veinte casos clínicos que se describen y comentan concediendo especial atención al modo individual de comunicación (verbal o no) con el que los pacientes transmiten al entrevistador-terapeuta su particular narrativa y sus estilos de relación y apego. En cada uno de ellos se enfatiza, a modo de ilustración, alguno de los aspectos tratados en los dos capítulos primeros (evaluación, diagnóstico, tratamiento). Los casos son diversos y al mismo tiempo complementarios, ricos en detalles y en interrogantes, todos ellos prototípicos de situaciones muy presentes y habituales en la práctica clínica actual (maltrato, autolesiones, trastornos alimentarios, duelos no elaborados, estrés post-traumático, etc.) e incluyen problemáticas individuales (de adolescentes y adultos), familiares y de pareja, así como dilemas frecuentes que asaltan al profesional asistencial. Destacamos aquí la valiosa colaboración de expertos destacados como Carles Pérez Testor, Rosa Royo Esqués y Laia Ferrer Tirado que abordan, respectivamente y por separado, la descripción y análisis de un caso relativo a un trastorno de pareja y dos casos más sobre dificultades en la adolescencia.

Todos los casos son presentados con gran sensibilidad y muestran la pericia -y la dificultad- inherentes al manejo de las entrevistas de evaluación y psicoterapéuticas. Los autores parten de una perspectiva psicodinámica y relacional del psiquismo humano y valoran al mismo tiempo la necesidad imperativa de integrar diferentes miradas técnicas y teóricas, en la línea de lo que ya está ocurriendo desde hace años en el seno de muchos equipos interdisciplinares de instituciones especializadas en atención a la salud mental.

Celebramos en suma la aparición de este libro plural y coral, que consideramos que será de una gran utilidad para estimular la discusión clínica y docente en el contexto actual de desarrollo e integración de las disciplinas vinculadas a la salud mental.

Jordi Borrás Galindo es psicólogo y psicoterapeuta

Thió de Pol, C. (2013). *M'agrada la família que m'ha tocat. Educar els fills en positiu*. Vic: Eumo Editorial.

Carme Thió lleva más de media vida asesorando maestros y padres en la dura tarea de la crianza y la educación de los niños. No es casual, pues, que el presente libro vaya ya por la decimoprimer edición y que tenga su traducción al castellano (*Me gusta la familia que me ha tocado*, Planeta, 2015). Los psicólogos que trabajamos en la infancia estamos acostumbrados a recibir las demandas de muchos maestros y padres de recibir consejo y orientación, así que un libro como este, que arroja luz sobre cuestiones tan prácticas, resulta ser una excelente referencia a la que acudir.

La presentación del libro ya nos indica desde qué óptica va a enfocar la comprensión de las dificultades de la infancia: el vínculo. No podría ser de otra manera, ya que el aprendizaje es, sobretodo, un proceso que se da siempre mediante el vínculo. Y Carme Thió –bregada en el entorno escolar– lo sabe muy bien. Esta experiencia la ha aplicado exitosamente en los grupos de padres que ella conduce y de ahí sale este libro, lleno de ejemplos reales que ayudan, por una parte, a entender los conceptos que se trabajan en cada capítulo y, por otra, a no sentirse tan solo como padre delante de los retos de la crianza.

A lo largo de los diferentes capítulos del libro

se plantean temas clave para entender el desarrollo de los niños: la aceptación, el interés por el otro, la importancia de la autonomía y la construcción de la autoestima y la identidad, la gestión de los premios y los castigos (la “silla de pensar”...), la autoridad (sin *autoritarismo*), la empatía, la comunicación, cómo de fundamentales son el juego y los cuentos, la agresividad y la rabia, los celos, los miedos, la muerte, los videojuegos, las comidas y el sueño, por citar los más importantes.

Leyendo el libro no pude evitar recordar lo que le había oído decir tantas veces a la Dra. Torras de Beà sobre que los buenos hijos hacen buenos padres. El libro huye de la culpabilización que algunos medios y profesionales tienden a utilizar contra los padres. Al contrario, los acompaña desde la empatía y el reconocimiento de lo difícil que es la crianza y los intensos sentimientos que los hijos despiertan en los padres. Además, es generoso en plantear alternativas y soluciones a conflictos habituales que parecen enquistados. Por ejemplo, podemos destacar las estrategias que plantea a la hora de abordar los miedos nocturnos y los problemas de sueño, o cómo gestionar los conflictos. El tono no es aleccionador sino terapéutico y amable, y está al servicio del pensamiento, de la reflexión y de la comprensión.

Se trata, pues, de un libro dirigido sobre todo a padres pero de gran utilidad para los profesionales. Pienso, por ejemplo, en cómo nos puede resultar útil a los psicólogos que trabajamos en la atención pública cuando nuestras intervenciones deben ser lo más eficaces posible, ya sea para recomendar algunas lecturas o utilizar las estrategias que se plantean. Es, por lo tanto, un libro eminentemente práctico y profundo a la vez, que nos puede servir de GPS cuando las dificultades y los conflictos en la crianza nos bloquean y nos hacen sentir impotentes.

Xavier Costa es psicólogo, psicoterapeuta y Jefe de Redacción de la Revista

Benincasa, G., Acebo, R., Luna, A., Masabeu, E. y Morales, P. (coords.) (2018). *Terapia psicomotriz: reconstruyendo una historia*. Barcelona: Editorial Octaedro.

Creo que éste es un libro necesario para estudiantes y, sobretudo, profesionales de la psicomotricidad. El libro está estructurado en varios capítulos, limitados cada uno por una bibliografía específica. Entre todos conforman una unidad, avalada al final por una bibliografía general.

El prólogo, escrito por Alberto Lasa, tiene un peso específico y particular en el contexto de todo el libro. Reflexiona sobre los inicios de la maduración psíquica del niño, haciendo referencia a aspectos fundamentales de este desarrollo: la relación dinámica entre la acción y el pensamiento, entre el cuerpo y la mente; la genética y el ambiente; lo relacional y lo simbólico, haciendo referencia a la vez a los autores más significativos que han tratado estos temas.

En la introducción se recuerda que “la psicomotricidad se interesa por el cuerpo”: un cuerpo que hay que entender “no sólo como materia viva biológicamente... ni como el contenedor de una *psyché*... sino como un cuerpo que tiene relaciones con el mundo, con los otros y, sobre todo, con los propios deseos y las propias intencionalidades: es, por tanto, un Yo en relación”. A través de la ayuda terapéutica, el niño reconstruye su propia historia; niños, que, con una historia traumática, no han podido organizar ni estructurar su propio psiquismo. Son portadores de una “angustia no representada”. Esta historia emerge no a través de las palabras, sino a través del cuerpo. Gracias al tratamiento psicomotor, el niño construye con el otro, el psicomotricista, su propia individualidad.

En el capítulo de *Conceptos básicos*, se reflexiona sobre la historia de la psicomotricidad y sus autores más importantes, la definición de terapia psicomotriz, los distintos tipos de intervención y el significado de la sala de psicomotricidad en terapia.

Cuando los autores hacen referencia a la historia de relación del niño con sus padres, me parecen especialmente significativos los conceptos de “identificaciones forzadas”. Tendrá que hacerse el recorrido inverso de “desidentificación”, a fin de que “padres e hijos puedan reapropiarse

de sus propios deseos”.

Especialmente interesantes son las observaciones que se hacen en relación a la “formulación de la hipótesis diagnóstica”. La hipótesis es “sobre el funcionamiento psíquico y motor del niño, suponiendo que hay un deseo inconsciente y/o un conflicto no resuelto”. A través de la metodología de los tres ejes, “se construye una estructura tridimensional, que facilita el hecho de poder dar sentido a todos los elementos que intervienen en este proceso diagnóstico... Dichas hipótesis deberán verificarse, comprobándose que los datos recogidos en cada uno de los ejes las corroboran”.

Es muy gráfica la imagen que se aporta del iceberg: “lo que se manifiesta primero es lo que tiene más necesidad de ser satisfecho, el deseo emergente... no trabajamos directamente sobre lo profundo...”. En la medida que se va modificando la estructura psíquica de la persona, “irán apareciendo otros deseos en la superficie, que antes estaban en capas más profundas”.

En un inicio, “no sabemos cuál es el origen de la falta... hay que buscar a qué corresponde... El objetivo terapéutico es ayudar al niño a que encuentre una satisfacción simbólica de esta falta”. Los autores aportan un apunte importante y clarificador de este apartado, escribiendo sobre el deseo inconsciente; deseo inconsciente, deseo manifiesto y la relación dinámica entre los dos. A destacar también la clarificación entre “pulsión” y “deseo”. “Las pulsiones, de origen corporal, buscan la satisfacción, mientras que los deseos, cuyo origen es afectivo, persiguen la relación”.

Considero relevante, también, lo que ellos llaman “la alianza terapéutica”. Ésta es un aspecto esencial en todo proceso terapéutico. Los autores nos hablan de la “necesaria sintonía con las emociones de los padres... la cercanía emotiva que comporta una escucha muy atenta”; la importancia de reconocer el sufrimiento de los padres y sus dificultades para posicionarse. Entender, a veces, la rabia producida en el narcisismo de los padres al encontrarse con un hijo que “no funciona bien”. Dan relevancia a “las competencias y recursos que el niño ha ido mostrando desde las primeras sesiones”. Hay que intentar que se sientan “coterapeutas activos y no pasivos”.

Los autores señalan tres momentos importantes en el proceso terapéutico; un primer momento, “donde se crea un área de placer compartido en un plano de realidad, en el aquí y en el ahora”. Se crea lo que ellos llaman la “sintonización emotiva”. Un segundo momento, donde se constituye la “memoria implícita”; una especie de fundamentación basada en el placer compartido y que quedará engramada físicamente en el cuerpo. Un tercer momento, en el que “se crea a partir de aquí una expansión de la consciencia... una estructura de partida que hará evolucionar al niño”.

En el libro se reflexiona también sobre la función del terapeuta psicomotor; cuál es su especificidad. Se insiste en la importancia del trabajo con la familia, lo cual aboca a la modalidad del “trabajo en red” y la coordinación con otros profesionales. Como dicen las autoras, “no existe tratamiento sin red”, ni al margen de la intervención de otros profesionales. Este planteamiento queda claramente explicitado en el capítulo sobre la “terapia psicomotriz en educación temprana”.

El libro se cierra con un Epílogo, donde se desvelan algunos de los principales beneficios que este trabajo colectivo ha aportado al grupo. Una “reflexión colectiva, basada sobre todo en las dudas más que en las certezas de cada cual”

Josep Rota Iglesias es psicólogo, psicomotricista y formador de psicomotricistas.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Los trastornos de la personalidad conllevan grandes dificultades y limitaciones en la vida de los pacientes que los sufren, así como un gran gasto de recursos para los servicios de salud mental. Al mismo tiempo, requieren terapeutas altamente especializados en este tipo de trastornos. La necesidad de contar con tratamientos eficaces, limitados en el tiempo, y relativamente fáciles de aplicar ha dado a la Terapia

Basada en la Mentalización (MBT) una enorme y merecida popularidad. Desarrollada en un principio como un conjunto de técnicas para tratar las graves limitaciones del trastorno límite de la personalidad (TLP), su gran versatilidad (es aplicada tanto por terapeutas de orientación psicoanalítica como cognitivo-conductual) la ha hecho una herramienta indispensable para un amplio abanico de trastornos. En nuestra Revista, hemos publicado algunos artículos al respecto; en uno de ellos, Ballespí (núm. 30, 2017), afirma que “una buena mentalización se asocia a menor psicopatología, más resiliencia, mejor autoimagen, mayor autoestima y a un mejor funcionamiento personal, social y de rol”.

Este nuevo manual de Bateman y Fonagy supone una actualización de esta terapia después de varios años de aplicación e investigación. Está dividido en cuatro partes. La primera, *El marco de la mentalización*, sitúa al lector en el marco teórico en el que se sustenta la terapia (¿Qué es mentalizar?, características, ideas fundamentales, sistemas de comunicación, los trastornos de la personalidad y su comorbilidad), y en la valoración de la mentalización y de la función reflexiva.

La segunda parte, *La práctica de la mentalización*, resulta el núcleo del manual, ya que se exponen las cuestiones prácticas: la estructura de la terapia, la posición del terapeuta y las características de sus intervenciones, el foco de la mentalización –apoyo, empatía, validación, clarificación, elaboración del afecto, foco afectivo, desafío- y el uso de la relación terapéutica. Además de utilizar un lenguaje muy didáctico –con tablas que ayudan enormemente a la comprensión de las técnicas-, los autores son generosos en ejemplos clínicos transcritos, que ayudan, sobretudo, a entender el tono de las intervenciones del terapeuta (“¿Qué te lleva a afirmar eso? (...) ¿No crees que podía tener alguna otra razón para hacerlos?”, p. 296, o “Ayúdame a averiguar cómo dedujiste que verle cerca del cine equivalía a mantener relaciones sexuales”, p. 396).

Las dos últimas partes están dedicadas a la aplicación de la MBT a los grupos (*Grupos de mentalización*, MBT-I y MBT-G) y a los sistemas como las familias y cuidadores (*Mentalización de los sistemas*, FACTS). Aquí también encontramos numerosos ejemplos de casos clínicos.

Aunque hemos remarcado la fácil aplicabilidad y la versatilidad de la MBT, requiere de un entrenamiento intensivo y supervisado. Este manual es una referencia necesaria a la que acudir, una estructura desde la que comprender las técnicas y no abandonar la posición terapéutica delante la tendencia de los pacientes con TLP, sobretodo, de sentirse sobrepasados por los afectos (con el riesgo de sobrepasar también al

terapeuta). Ayudar a recuperar la capacidad de mentalización de estos pacientes en estas situaciones no es tarea fácil y, como decíamos, requiere de un entrenamiento que la formación en MBT aporta. Este manual es, indiscutiblemente, una pieza esencial en este entrenamiento.

*Xavier Costa es psicólogo, psicoterapeuta y
Jefe de Redacción de la Revista.*

Convocatoria del VIII Premio de Investigación en Salud Mental Infantil y Juvenil.

Bases.

1. El premio, que se convoca cada dos años, tiene en esta ocasión una dotación de 6.000 euros y está patrocinado por el Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona, España).
2. Se premiará el mejor trabajo de investigación, individual o en equipo, sobre temas relacionados con la salud mental infantil y juvenil. Podrán optar todos los profesionales de la psiquiatría, psicología, ciencias médicas y sociales vinculados, directa o indirectamente, con la atención, prevención y promoción de la salud mental infanto-juvenil.
3. El plazo de presentación de los trabajos finalizará el 28 de Junio de 2019.
4. El veredicto del jurado se hará público durante el otoño de 2019.
5. Los trabajos deberán ser originales y no haber sido presentados a otros premios o concursos.
6. Para la valoración de los trabajos, el jurado tendrá en cuenta, de forma prioritaria, el carácter novedoso del tema, el rigor metodológico, su claridad de exposición y su aplicabilidad.
7. Los trabajos deberán ser redactados, en castellano, a doble espacio, letra "Arial 11", programa WORD y formato DIN-A4. El documento que se presente a concurso no deberá superar los 30 folios, y deberá seguir la siguiente estructura:
 - a) Formulación de la/las hipótesis/s, teniendo en cuenta la adecuación a los objetivos y la viabilidad para poderse verificar
 - b) Muestra o sujetos de estudio, con una descripción adecuada y criterios de inclusión y exclusión.
 - c) Metodología y técnicas empleadas, haciendo referencia a si los instrumentos utilizados son adecuados en relación al objetivo y al tipo de estudio, si cumplen o no criterios de fiabilidad y validación
 - d) Resultados
 - e) Discusión
 - f) Notas
 - g) Bibliografía: se valorará amplitud, actualización

y referencias de publicaciones en diferentes idiomas. Las referencias deben ser citadas correctamente según estilo APA.

h) Tablas, gráficos u otras ilustraciones, que figurarán como anexos.

8. Los trabajos se enviarán a:

Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.

Calle Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - España.

De la manera siguiente: Dos copias en papel y una en CD-ROM. En ninguna de las copias ha de constar el nombre del autor/es ni de la institución o entidad a la que pertenecen. En un sobre aparte se pondrá el título del trabajo, nombre y apellidos, así como un breve currículum del autor/autores y se enviará junto con el trabajo.

9. El jurado, elegido por los miembros del Consejo Directivo de la revista, estará integrado por profesionales de reconocido prestigio.

10. Los miembros del Consejo Directivo y las personas que formen parte del jurado no podrán optar al premio.

11. El jurado, a la hora de fallar el premio, podrá declararlo desierto, concederlo de forma fraccionada o mediante accésits. La participación en el premio implica la aceptación de las bases y la decisión inapelable del jurado.

12. El trabajo premiado se publicará en la revista, en forma de artículo, con una mención expresa al premio.

13. Los trabajos son propiedad de sus autores. La revista sólo se reserva el derecho a publicar los títulos y los nombres de los trabajos presentados, si así lo considera oportuno. En el caso de futuras publicaciones, el autor -o autores- deberá hacer constar el nombre del premio recibido y de la institución que lo otorga.

14. Las bases de la convocatoria se podrán solicitar por:

E-mail: revista@fundacioorienta.com

También a: Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.

C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona) - España.

O consultarlas en nuestra web:

www.fundacioorienta.com

Consejo Directivo Fundador (2003-2017)

Alfons Icart (director)
Alberto Lasa
Jorge L. Tizón
Francisco Palacio
Juan Manzano
Mercè Mitjavila
Eulàlia Torras de Beà

Consejo Asesor Fundador (2003-2017)

Jaume Aguilar (Barcelona)	Ana Jiménez Pascual (Alcázar de San Juan)
Charo Alonso (Sevilla)	Paulina F. Kernberg (USA)
Marina Altmann (Uruguay)	Lluís Lalucat (Barcelona)
Delza María S. F. Araujo (Brasil)	José María López Sánchez (Granada)
Alejandro Ávila-Espada (Salamanca)	Montserrat Martínez (Barcelona)
Josep Ballester (Barcelona)	Maite Miró (Barcelona)
Valentín Barenblit (Barcelona)	Josep Moya (Sabadell)
Jaume Baró (Lleida)	Eulàlia Navarro (Sant Boi de Llobregat)
Lluís Barraquer Bordas (Barcelona)	Montserrat Palau (Sant Boi del Llobregat)
Hilda Botero C (Colombia)	Fàtima Pegenaute (Barcelona)
Teresa Brouard Aldamiz (Bilbao)	Fernando Pêgo (Portugal)
María Jesús Buxó (Barcelona)	Alberto Péndola (Perú)
Maria Jose Cordeiro (Portugal)	Esperanza Pérez de Plá (México)
Júlia Corominas (Barcelona)	Roser Pérez Simó (Barcelona)
Bettina Cuevas (Paraguay)	Carles Pérez Testor (Barcelona)
Fernando Delgado Bermúdez (Sevilla)	María Angeles Quiroga (Madrid)
M ^a Dolores Domínguez (S. de Compostela)	Ignasi Riera (Barcelona)
Robert N. Emde (USA)	Giancarlo Rigon (Italia)
Leticia Escario (Barcelona)	Jaume Sabrià (Sant Vicenç dels Horts)
Consuelo Escudero (Madrid)	Manuel Salamero (Barcelona)
María Edelmira Estrada (Argentina)	Paloma San Román Villalón (Albacete)
Anna Fornós (Barcelona)	Elena Toranzo (Argentina)
Cayetano García-Castrillón (Sevilla)	Josep Toro (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)	Marta Trepát (Lleida)
José García Ibáñez (Reus)	Maren Ulriksen de Viñar (Uruguay)
María Dolores Hierro (Tarragona)	Mercedes Valcarce Avello (Madrid)
Guillem Homet (Premià de Dalt)	Mercedes Valle Trapero (Madrid)
Joaquín Ingelmo (Badajoz)	Llúcia Viloca Novellas (Barcelona)

Publicación de originales

La revista Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente se propone como objetivo prioritario profundizar en el conocimiento teórico, la investigación, la práctica clínica y la atención psiquiátrica, en salud mental de la infancia y la adolescencia. También quiere ser en un espacio de difusión y defensa de un modelo asistencial sustentado en la psicología relacional.

Los originales a presentar podrán referirse a los ámbitos siguientes: clínico (temas de psicopatología infantil y juvenil); institucional (experiencias sobre atención ambulatoria, hospitalización total y parcial, trabajo grupal); interdisciplinar (aportaciones desde el campo de la pediatría, neurología, ciencias sociales, jurídicas, pedagogía) e investigación (informes sobre estudios y trabajos de investigación epidemiológica, psicoterapéutica y psicofarmacológica). La revista tendrá, además, secciones independientes dedicadas a reseñas bibliográficas y de actividades, cartas de los lectores, así como un apartado dedicado a «segunda publicación» en el que por su especial interés –y de acuerdo con los criterios y recomendaciones Vancouver–, se darán a conocer artículos o trabajos que ya han sido publicados en otra revista y/o idioma.

Información para el envío de manuscritos

1. Los trabajos a publicar deberán ser inéditos.
2. Los originales se presentarán a doble espacio en su totalidad y tendrán, en general, una extensión máxima de 30.000 caracteres (aproximadamente una 13 páginas Din-A4). Estarán ordenados de este modo: página del título, resumen y palabras claves, texto, agradecimientos, bibliografía y tablas. Cada uno de estos apartados se iniciará en una página nueva, numeradas correlativamente.

Página del título. Será la primera página y constará de: a) título del artículo; b) nombre del autor o autores, profesión y lugar de trabajo de cada uno de ellos; c) nombre del centro o institución a los que el trabajo debe atribuirse; d) renunciias, si las hubiera; e) e-mail de contacto.

Resumen y palabras claves. La segunda página constará de un resumen en castellano y en inglés de no más de 450 caracteres (aproximadamente unas 7 líneas de texto). Este resumen incluirá los aspectos más relevantes del trabajo presentado e irá acompañado de tres a cinco palabras claves, también en castellano e inglés.

Texto. Se iniciará en la tercera página. En general, y siempre que sea oportuno, el texto del trabajo constará de: introducción -exponiendo los objetivos y antecedentes-, material/método, resultados y discusión -destacando los aspectos nuevos y relevantes del trabajo, así como las conclusiones que de ellos se derivan.

Agradecimientos. Esta nueva página incluirá, si los hubiera, los nombres de aquellas personas y/o instituciones que los autores consideran que deben ser citadas y el tipo de contribución.

Bibliografía. Las referencias bibliográficas se incluirán en una lista ordenada alfabéticamente. En el texto se presentarán de la forma «(Icart y Freixas, 2003)». Los autores comprobarán que las referencias del texto y la lista concuerden y se añadirá «et al.» cuando haya seis o más autores. Las referencias de un mismo autor(es) que correspondan a años diferentes se ordenarán comenzando por la más antigua.

- Libros. Se citarán de esta forma: Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). *Título*. Lugar: Editorial.

Ejemplo: Icart, A. y Freixas, J. (2013). *La familia*. Barcelona: Herder.

- Revistas. Se citarán de esta forma:

Autor, A., Autor, B. y Autor, C. (año). Título del artículo. *Título de la revista*. XX, pp.

Ejemplo: Larbán, J. (2013). Transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático. *Psicopatol. Salud ment.*, 22, 19-25.

Tablas y gráficos. Se presentarán en una hoja independiente, numeradas correlativamente según el orden en que aparecen en el texto, con un breve título para cada tabla y/o gráfico. En caso de que se utilicen abreviaturas o símbolos, la explicación se colocará en la base de la figura o tabla correspondiente.

Protocolo de publicación:

1. Los materiales recibidos serán revisados anónimamente por un Comité Lector, integrado por expertos en los diferentes ámbitos. A los autores se les informará de la aceptación de los originales y, en el caso de que deban ser modificados, recibirán los comentarios del Comité Lector que puedan serles útiles para su posterior publicación.
2. Los manuscritos aceptados se someterán a un proceso de edición y corrección siguiendo el libro de estilo de la revista. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva del autor(es).
3. Cartas de los Lectores es una sección que desea promover y facilitar el debate y la exposición de opiniones y comentarios sobre los materiales publicados, así como sobre aquellas cuestiones que conciernen a la salud mental infantil y juvenil. Las declaraciones expresadas en esta sección sólo son atribuibles a sus autores y no reflejan la postura de la revista. La cartas no deberán superar los 5000 caracteres y se presentarán a doble espacio y firmadas. La decisión de publicar las cartas recibidas recaerá exclusivamente en el Consejo Directivo.
4. Siempre que sea posible los originales se enviarán por correo electrónico o soporte informático, etiquetado con el título del artículo, nombre del autor y del archivo) en formato Word (haciendo constar la versión empleada).

Además de los textos en formato electrónico, también se enviarán dos copias en papel que incluyan el texto completo y los gráficos, junto con una carta de presentación. En todas las copias se indicará un autor responsable de la correspondencia con su dirección completa, teléfono y e-mail. Cuando el envío se realice en formato electrónico, en la carta de presentación se hará constar que la versión electrónica y la impresa son idénticas. Todos los artículos enviados tendrán acuse de recibo.

Los trabajos deberán enviarse a:

Jefe de Redacción
PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL
C/ Cardenal Vidal i Barraquer, 28
08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
E-mail: revista@fundacioorienta.com

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN Y PEDIDO DE REVISTAS

Apreciado lector: Indique sus datos personales y la forma de pago en el cupón que encontrará a continuación y envíelo a: FUNDACIÓ ORIENTA, C/ Vidal i Barraquer, 28 - 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona) - España
También puede formalizar la suscripción en:

www.fundacioorienta.com o llamando al teléfono: **+34 93 635 88 10**

Deseo recibir la *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*

- ☐ Suscripción anual papel (2 números): 20 euros (España y América Latina*)
- ☐ Suscripción anual papel (2 números): 28 euros (Otros Países)
- ☐ Suscripción anual **on line** (2 números): 15 euros
- ☐ Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 25 euros (España y América Latina*)
- ☐ Suscripción anual papel + **on line** (2 números): 30 euros (Otros Países)

• • •

- ☐ Ejemplar individual papel: 14 euros (España y América Latina*) N°
☐ Ejemplar individual papel: 18 euros (Otros Países) N°
☐ Ejemplar individual **on line**: 10 euros N°
☐ Artículo individual **on line**: 5 euros Título v autor:

Nombre y Apellidos:.....
Dirección:..... núm..... piso.....
Población:..... Cód. postal:..... Provincia:..... País:.....
Tel:..... Fax:..... e-mail:.....

Forma de pago:

- [illegible]

Firma:

Ruego tomen nota de que hasta nuevo aviso deberán adeu-
dar en mi cuenta el recibo presentado anualmente por Fun-
dació Orienta

*Para América Latina, la Fundació Orienta colabora subvencionando los gastos de envío de la revista.

NÚMERO 32 - NOVIEMBRE 2018

**El trabajo con los padres en atención temprana, en la institución pública,
desde un enfoque basado en la mentalización**

Angelina Graell Amat y Gustavo Lanza Castelli

El grupo terapéutico como motor del desarrollo

Joana Fernández Miró y Carme Masip Marcoval

Enfoques psicoterapéuticos en entorno hospitalario en edad de desarrollo.

De la urgencia a la enfermedad crónica

Stefano Costa, Alessandra Mancaruso y Lorenzo Giamboni

La psicoterapia psicoanalítica focalizada de niños sin cuidados parentales. Estudio de caso

Ana Maria Luzzi, Laura Ramos, Vanina Aguiriano, Virginia Sacco, María Padawer,

Daniela Bardí y Sara Slapak

El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI

Fernando Dualde Beltrán

Simbiosis y narcisismo en la adolescencia. A propósito de un caso

José Andrés Sánchez Pérez y Alfons Icart

Adolescentes, trastornos alimentarios y perfeccionismo:

¿qué papel juegan las conductas purgativas?

Eduardo Serrano, Alba Campos Mónica Godrid, Laura Cañas, Marta Carulla,

Josep Matalí y Montserrat Dolz

La geometría funcional como fundamento de la estructura y la función del aparato psíquico

Dante Roberto Salatino

**¿Trastorno límite de personalidad, trastorno por inestabilidad emocional o trastorno
por desequilibrio emocional?: una actualización para la Atención Primaria de Salud**

Jorge L. Tizón