

# ESTADOS MENTALES, DÉFICITS METACOGNITIVOS Y CICLOS INTERPERSONALES EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

Antonino Carcione, Laura Conti, Giancarlo Dimaggio, Giuseppe Nicolò,  
Antonio Semerari

III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9, 00161 – Roma (Italia).  
e-mail: terzocentro@iol.it

*Although the Dependent Personality Disorder is one of the most frequent personality disorders is rarely considered in current clinical diagnosis. The similarity with other clinical problems, the lack of specific symptoms and the appearance of good alliance in the first steps of therapeutic relationships are probably the causes of this phenomenon. The article presents a psychopathological model to describe the characteristic mental states of individual that suffer of the Dependent Personality Disorder, related to interpersonal relationships and metacognitive dysfunctions. All these questions are illustrated with literal transcriptions of different cases.*

*Key words: Dependent Personality Disorder; metacognition; personality disorders; autonomy; interpersonal relationships; therapeutic alliance.*

---

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Personalidad por Dependencia se convierte en una entidad nosográfica en el DSM-III (APA, 1987) y su cuadro descriptivo y, aunque con mayores precisiones sintomatológicas, no varía sustancialmente en el DSM-IV (APA, 1994). Se describe como caracterizado por:

- pasividad en las relaciones interpersonales,
- tendencia a asumir un papel pasivo y subordinado a los demás,
- baja autoestima.

El DSM-IV subraya la importancia peculiar de este trastorno, señalado como uno de los Trastornos de Personalidad más frecuentes.

La relativamente baja especificidad de los síntomas dificulta a menudo el diagnóstico diferencial con los trastornos de ansiedad, como la agorafobia y los

ataques de pánico; hay que destacar la frecuente comorbilidad con otros síndromes psiquiátricos del Eje I, de modo particular con Depresión Mayor, Trastorno de Angustia, Ciclotimia, Fobia Social, Abuso de Sustancias.

La mayoría de los autores han puesto de manifiesto el carácter dócil, sumiso, ingenuo y necesitado de atenciones de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia. Millon (1999) distingue un nivel comportamental caracterizado por docilidad, falta de asertividad, necesidad de atenciones y evitación de las responsabilidades adultas con la consiguiente sumisión en las relaciones interpersonales; ingenuidad, sentimientos de ineptitud e inadecuación caracterizan la imagen de sí. Los dependientes se describen por tanto como no competitivos, afectuosos y dulces. Algunos autores (Millon, 1981; Kubacki & Smith, 1995) caracterizan el funcionamiento intrapsíquico por el uso masivo de la introyección como mecanismo de defensa, para sufragar una organización mental incompleta y, en consecuencia, un funcionamiento social no autónomo.

En el ámbito cognitivo-comportamental, Beck y Freeman (1990) se remiten al concepto de esquema cognitivo, concibiendo el trastorno de personalidad como el resultado de una activación de esquemas disfuncionales. Los autores consideran que el Trastorno de Personalidad por Dependencia está caracterizado por esquemas que se basan en una concepción del sí mismo como débil, necesitado e indefenso y de las personas significativas como capaces de asegurar cuidado y protección. Sobre esta base, un sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia desarrollará creencias erróneas acerca del conocimiento de sí mismo y del propio mundo relacional. Los autores consideran esencial el logro de la autonomía de los demás, manteniendo la capacidad de desarrollar relaciones íntimas y cercanas. Por lo tanto, según Beck y Freeman, el paciente debe aprender a separarse de las personas significativas, incluido el terapeuta, aumentando la seguridad en sí mismo y la sensación de autoeficacia.

Como afirma Bornstein (1993), las conclusiones a las que se ha llegado en los últimos cuarenta años de investigación sobre la etiología, la dinámica y el predominio de los rasgos de personalidad dependiente, son que la dependencia es un fenómeno psicológico omnipresente. Fernández Álvarez subraya que la dependencia problemática, ligada a la estabilidad de relaciones interpersonales inadaptadas, constituye un elemento básico que no siempre configura un Trastorno de Personalidad por Dependencia, sino que es una dimensión común en diversos trastornos de personalidad. Birtchell (1997), por ejemplo, subraya que la dependencia puede ser normal en algunas situaciones como las enfermedades que dejan incapacitado o en los niños, en quienes el sistema motivacional interpersonal del apego (Bowlby, 1988) está fisiológicamente activo, llegando incluso a considerar la dependencia en los adultos como el equivalente del apego en los niños. El autor destaca como característica del trastorno dependiente de personalidad la incapacidad de establecer una propia identidad separada de la de las figuras de referencia, además,

naturalmente, de las otras características ya presentes en las definiciones del DSM-IV y en ICD-10 (Birtchell & Borgherini, 1999).

Aquello que, según Bornstein, distingue la dependencia normal de la patológica es la modalidad con las que se persigue; en el Trastorno de Personalidad por Dependencia se halla descontrolada, no modulada e inadaptada, lo cual determina las manifestaciones patológicas características del trastorno: el intenso miedo de abandono, la pasividad, la constante búsqueda de ayuda y seguridad. En la opinión de los mismos autores, los síntomas fóbicos están orientados precisamente a minimizar la separación (Bornstein, 1996).

Stone (1993) considera que la continua demanda de seguridad, la imposibilidad de expresar desacuerdo y el ofrecerse incluso para tareas desagradables, son modalidades dirigidas a mantener la dependencia de las figuras significativas; la sumisión, el sentirse herido con facilidad por la crítica y la desaprobación y el apego a las relaciones son, en cambio, maniobras defensivas típicas del trastorno, cuyo fracaso da cumplida cuenta de la sintomatología y los otros criterios descriptivos del DSM.

Desde el punto de vista clínico debe considerarse la dependencia como una actitud etológicamente bien definida y apropiada en algunos contextos (búsqueda de protección en el otro, considerado más fuerte), pero que puede determinar en algunas situaciones clínicas un grave menoscabo del funcionamiento personal y social del individuo (Nicolò y Carcione, 1996).

El objetivo de este trabajo es proponer un modelo articulado del Trastorno de Personalidad por Dependencia más heurístico que los simples análisis de los criterios descriptivos que propone el DSM, sacando a la luz los aspectos principales del funcionamiento mental.

Con el intento de unir la atención hacia el funcionamiento intrapsíquico, como en los modelos descritos por Millon (1999), y hacia el interpersonal, como proponen otros autores como Britchell (1977), intentaremos describir y poner de manifiesto los estados mentales que caracterizan el Trastorno de Personalidad por Dependencia, su variación en las relaciones personales, las disfunciones metacognitivas que consideramos que se hallan en su base y los ciclos interpersonales que se perpetúan determinando la estabilización del cuadro psicopatológico.

## **ESTADOS MENTALES**

Los trabajos en la literatura específica describen, tal como hemos visto, el Trastorno de Personalidad por Dependencia como caracterizado por estados mentales problemáticos, consistentes esencialmente en una sintomatología variable entre la ansiedad y la depresión. En realidad, el cuadro parece más complejo y en este sentido nos ayuda el concepto de estado mental (Horowitz, 1987). La experiencia mental del individuo se organiza en estados mentales discretos que en la terapia se expresan a través de las narraciones que el paciente hace sobre sí mismo

y sus experiencias de vida. Estos estados mentales se pueden definir como sensaciones subjetivas de diversos tipos, identificables y separables las unas de las otras y que difieren cualitativamente entre sí, esencialmente según las diversas emociones y el tono hedónico, dominante, agradable o desagradable; como se ha dicho en el artículo introductorio de este mismo número monográfico, consideramos los estados problemáticos como el agregado de temas de pensamiento, emociones y sensaciones somáticas que se ponen de manifiesto en las descripciones narrativas de los pacientes. Algunos estados mentales se evitan sobre la base de la creencia inconsciente de que experimentarlos es subjetivamente peligroso, de modo que todos los individuos buscan particulares estados mentales deseados, algunos de los cuales tienen el objetivo de evitar los estados mentales temidos.

Desde esta perspectiva, sostenemos que el funcionamiento mental de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia se caracteriza esencialmente por la oscilación entre estados de autoeficacia, en los que el sujeto tiene una imagen positiva de sí, fuerte y adecuada, y estados de un terrible vacío desorganizado.

A estos estados mentales, más estables, se le añaden otros más ligados a la marcha de las relaciones interpersonales: el estado de desbordamiento (*overwhelming*) y el estado de coerción. Pasemos a describir cada uno de estos estados.

***Estado de autoeficacia:*** es el estado deseado, caracterizado por una sensación de bienestar psíco-físico, dominio de sí, seguridad y alegría.

Respecto a la *sensación de autoeficacia* nos remitimos a la definición de Bandura, quien lo considera como la creencia en las propias capacidades de organizar y gestionar las tareas y las situaciones que hay que afrontar para alcanzar los objetivos prefijados (Bandura, 1995). Este concepto esclarece la diferencia entre autoeficacia y autoestima y puede considerarse análogo a lo que Castelfranchi llama *autoestima de competencia* para diferenciarla de la *autoestima ética*, que abarca de modo más general el valor del individuo (Castelfranchi, 1988).

Como subraya Bandura, la sensación de autoeficacia puede derivar de cuatro fuentes: a) las experiencias de gestión eficaz; b) la observación de personas similares a uno mismo que alcanzan adecuadamente objetivos análogos (la experiencia vicariante); c) el contexto interpersonal, capaz de convencernos de nuestras propias competencias; d) la mejora y el mantenimiento de buenas condiciones psicofísicas. La experiencia subjetiva de autoeficacia depende de la valoración inmediata de la relación entre las tareas que nos representamos y los recursos que percibimos como disponibles.

En los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia el estado de eficacia personal está ligado de modo característico a la presencia de una relación significativa segura y estable. En efecto, en el sistema cognitivo de un sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, la dependencia no es la enfermedad,

sino su curación (Nicolò, Carcione, 1996). La separación del otro ni siquiera se puede llegar a imaginar; lo que conlleva, como consecuencia, que mientras persista el estado de autoeficacia, la dependencia será absolutamente egosintónica y el paciente raramente, y menos en su juventud, acudirá a terapia por este problema. En efecto, en estas situaciones, lo que motiva la demanda de terapia es la ruptura de una relación significativa o el miedo exagerado a su verificación; o bien, la preocupación de los familiares respecto al grado de mal funcionamiento social o laboral causado por el comportamiento dependiente; o bien, la aparición de sintomatología de la que se queja el propio paciente, perteneciente en general a la clase de los trastornos de ansiedad, activada por todas aquellas situaciones que ponen en peligro o que amenazan la dependencia de las figuras autorizadas de referencia (Bornstein, 1996). Es en efecto la ruptura de la dependencia lo que genera la ansiedad en el sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, al contrario, por ejemplo, que en el sujeto fóbico, en el cual es justamente la sintomatología ansiosa la que determina la necesidad de la dependencia, percibida por tanto como egodistónica.

La ruptura de la dependencia genera el estado mental temido, de *vacío desorganizado*. El estado de *vacío desorganizado* está caracterizado por temas de pensamiento de abandono y pérdida y ausencia de deseos activos; la sintomatología, ligada a la sensación de baja eficacia personal, puede ser de tipo depresivo, pero también disociativo con despersonalización, desrealización y alteración del esquema corporal. Una paciente explica:

P: *Cuando estoy sola y me alejo de mis padres me siento disgregada, es como si en el espejo no lograra verme entera, sólo consigo verme fragmentada, a trocitos. Ni siquiera puedo imaginarme toda entera.*

En el siguiente ejemplo observamos muy bien cómo la variación del contexto relacional, tal como subrayan Millon y Davis (1996), interfiere dramáticamente en el estado mental:

P.: *El otro día tenía que entrar en un concesionario para ver un coche, pero no lo logré.*

T.: *¿Por qué?*

P.: *Estaba sola.*

T.: *¿Y...?*

P.: *No lo consigo si estoy sola, si hubiera estado R. [su novio] habría sido distinto.*

T.: *¿Lo habría pedido él?*

P.: *No, lo habría hecho yo, lo habría hecho yo, no habría problema.*

T.: *¿Le hubiera dicho él qué tenía que hacer o decir?*

P.: *No, no me habría dicho nada, absolutamente nada, e incluso no me importa lo que diga... no es esto, pero cuando estoy sola es como si me quedara paralizada.*

T.: *¿Qué piensa?*

P.: *Nada, vacío absoluto, no sé qué hacer, si está él u otra persona es distinto.*

T.: *¿Pero lo hace siempre todo usted si hay otro? ¿También reservar los billetes para las vacaciones de este verano?*

P.: *Sí, incluso me molesta cómo lo hace él.*

Es evidente que la coordinación interpersonal es una condición indispensable para experimentar la sensación de autoeficacia y que, en consecuencia, la presencia del otro significativo no refleja simplemente la necesidad de alguien que haga las cosas para y en el lugar del sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, sino que permite la transición de un estado mental de inadecuación e incapacidad personal, a uno de autoeficacia e incluso de aparente absoluta autonomía en la gestión del problema.

***Estado de desbordamiento (overwhelming):*** en este estado predomina la representación caótica y simultánea de un conjunto múltiple de objetivos y tareas, sin la capacidad de seleccionar uno en el que centrar la atención consciente. En consecuencia, estos sujetos pasan de una tarea a otra, sin organizar planes y establecer prioridades; o bien, cuando se ven solicitados por múltiples contextos relacionales, activan conductas desreguladas. Este estado se caracteriza por una sensación de confusión, abatimiento y poca eficacia personal. Recordemos que nuestro sentimiento de eficacia depende del balance que efectuamos de manera inmediata e intuitiva entre las tareas representadas y los recursos que nos atribuimos. Cuando este balance es favorable solemos sentir un sentimiento de vigor y confianza respecto a las tareas, mientras que un balance incierto va acompañado de un sentimiento de irritabilidad disfórica; si, finalmente, consideramos que las tareas son excesivas o los recursos inadecuados, entonces sentimos una profunda abulia y astenia.

Subrayamos que el balance del que derivamos nuestro sentimiento de eficacia no tiene lugar entre motivos y tareas *objetivas*, sino entre motivos y tareas *representadas*: una dificultad en la regulación de la representación de los objetivos determinará una oscilación entre experiencias de vacío o de desbordamiento, ambas acompañadas de un sentimiento de baja eficacia personal.

P.: *He intentado volver a tomar las riendas de la situación a propósito de mi tesis... Una persona normal hubiera empezado a leerlo todo de manera metódica, desde el primer capítulo. A causa de la agitación que me invadía, la confusión, las ganas de hacerlo todo; he empezado el primer capítulo, luego he empezado el segundo capítulo, el tercero y luego el cuarto. Cada día me levantaba y empezaba otro capítulo para perderme después en un párrafo. La confusión, la angustia de no conseguirlo me hacía pasar del primero, al segundo, del tercero al cuarto capítulo. La confusión es esta vida mía, esta sensación de malestar, este estado de ánimo alterado, me*

*hace ir de una tarea a otra, sin saber bien hacia dónde voy.*

*T.: Un manera posible es no dejarse poseer por este estado de confusión...*

*P.: No consigo enfrentarme a esto.*

En este ejemplo, se observa cómo la paciente explica una sensación de confusión ligada a la dificultad de seleccionar un objetivo y llevarlo a término; de ello se sigue un sentimiento de poca eficacia personal y de incapacidad de controlar el estado mental.

También en los sujetos deprimidos se halla presente un bajo sentimiento de eficacia personal pero, en este caso, parece más ligado a la sensación de tener pocos recursos que a una excesiva y confusa representación de las tareas. La diferencia la muestra también el cuarto criterio diagnóstico del DSM IV que especifica “*presenta dificultades en iniciar proyectos o hacer cosas autónomamente (por falta de confianza en el propio juicio o en las propias capacidades más bien que por falta de motivación o de energía)*” (APA, 1994).

También en los pacientes que padecen esquizofrenia es posible encontrar la sensación de desbordamiento, que sin embargo depende, en su caso, de la dificultad de distinguir entre estímulos relevantes e irrelevantes y, por lo tanto, las informaciones útiles para la solución de las tareas. Las informaciones se presentan de modo simultáneo e igualmente relevante, impidiendo cualquier intento de programar acciones o comportamientos.

Así pues, como describiremos a continuación, el estado de desbordamiento no sólo está ligado a un déficit autorreflexivo, sino también a una incapacidad de variar autónomamente el eje mental, llevando a cabo una selección entre objetivos múltiples respecto al contexto y las circunstancias.

***Estado de coerción y de rebelión a la coerción:*** está caracterizado por ansiedad, rabia, sensación de injusticia sufrida y de sujeción a la autoridad.

Como subrayaremos mejor a continuación, los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia no son autómatas, faltos de objetivos personales, dócilmente guiados por las expectativas ajenas: tienen objetivos propios, que sin embargo no tienen acceso a la representación consciente. La acción (y la vida misma) están programadas coordinándose con las expectativas, los deseos y los objetivos de las figuras de referencia. El contexto interpersonal se convierte en el faro que guía las elecciones personales. No obstante, cuando las expectativas del otro significativo no son compatibles con los objetivos personales (existentes, pero no representados), éstos experimentan una sensación de obligación a conformarse a la cual se rebelan emocionalmente. La activación será rabiosa, pero el paciente no reconoce la rabia como emoción fundamental que sostiene el estado de coerción. El *arousal* (sensación de sofoco, respiración corta, nudo en la garganta, etc.) correlacionado se describirá como ansiedad generalizada o pánico, que puede llevar a la demanda de una terapia, sin la conciencia de las causas de los síntomas.

P.: *¿Sabe cómo me sentía? Como me siento tantas veces, me ocurre muchas veces. Cuando no me doy oportunidades, cuando no me doy alternativas me siento como en un callejón sin salida. Entonces, me siento tan adentro que no tengo otra posibilidad, que tengo que hacer eso, y muchas veces me comporto así, y no sólo con mi madre. Muchas veces no puedo decir que no, no consigo ser yo misma, ni siquiera con los amigos, ni con nadie; en el trabajo, no consigo ser una persona decidida, decir que no quiero hacer una cosa porque no tengo ganas. Cedo a muchas cosas. Pero luego interiormente no me apetece hacerlas. Y esto me hace estar (pausa), emocionalmente, es difícil de explicar (pausa), te sientes reprimida (pausa), sin (pausa), no lo sé, es difícil (pausa), no lo sé.*

T.: *Me parece que ya lo ha dicho, creo que lo estaba definiendo muy bien.*

P.: *..., emocionalmente, lo que me provoca esta sensación no lo sé describir... es una sensación negativa... no te da la posibilidad de poder elegir.*

T.: *Me parece que está describiendo su estado de ánimo de manera muy clara. ¿Querría una etiqueta?*

P.: *No, pero las sensaciones, que tengo...*

T.: *Tal vez usted no las puede etiquetar porque no son ninguna de las sensaciones etiquetables. O sea, quizá no es ansiedad, ni tristeza, ni rabia.*

P.: *No.*

T.: *Es algo distinto, y usted lo expresa con la metáfora. Es como si estuviera en un callejón sin salida, me siento reprimida, coartada, bloqueada, no puedo salir de ahí.*

P.: *Sí.*

T.: *Y puede que no exista una definición específica, pero así usted ha expresado la idea, y yo lo he entendido.*

P.: *Ya veo.*

T.: *Tal vez le habrá ocurrido, darse cuenta de que a veces lo que uno siente no puede expresarse con la forma de una etiqueta precisa...*

P.: *[aliviada y riendo] Sí, me he dado cuenta...*

T.: *Pero esto no quiere decir que usted no lo sienta. Puede significar que no existe una palabra adecuada.*

P.: *De hecho, muchas veces, cuando escribo, lo que siento es más que lo que escribo, porque en aquel momento no tengo ni idea, y entonces escribo sentimiento de culpabilidad, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad, agitación, pero tal vez hay siempre algo más que no puedo llegar a escribir.*

Nótese cómo, en este ejemplo clínico, la paciente describe la dificultad de asumir sus propios objetivos e integrarlos en la dimensión interpersonal, privilegiando la sumisión a objetivos ajenos. No obstante, emocionalmente experimenta una profunda egodistonia. La búsqueda de la coordinación interpersonal induce a

la paciente a conformarse al objetivo del otro y asumirlo como propio, experimentando un intenso estado de abatimiento. El terapeuta prefiere, estratégicamente, no atribuir ninguna “etiqueta” al estado de la paciente, valorizando en cambio la descripción elicitada; la paciente no percibe ninguna obligación a conformarse a la opinión del terapeuta y, por lo tanto, responde inmediatamente con emociones positivas, creando un clima de compartición interpersonal con el terapeuta en términos de no subordinación coartada.

En ocasiones, el sujeto se rebela ante estos estados: emerge un estado mental de gran eficacia personal, acompañado, sin embargo, de sentimiento de culpa y pena, temor de abandono o castigo, con las consiguientes estrategias reparadoras, orientadas a mantener la relación. En el siguiente ejemplo, observamos cómo la paciente nota el sentimiento de culpa cuando percibe un estado de ánimo disonante con el de la madre.

T.: *¿Cuál cree que es el mayor obstáculo que impide que disminuya este “yo hago míos sus malhumores” [referidos a la madre].*

P.: *Me siento culpable de vivir mi vida tan feliz y contenta, sabiendo que en cambio ella está mal. No tengo derecho a hacerlo. Es injusto que yo esté verdaderamente contenta, sabiendo que la persona a quien quiero, que me ha dado la vida, está mal. Toda su vida ha estado planificada para mí y para mi hermana, y por tanto sería una ingratitud infinita ser feliz sabiendo que ella es infeliz. Una vellaquería... Es imposible pedirlo. Lo peor es que no puedo hacer nada porque su vida se la ha construido ella. Pero yo no la noto autónoma. A parte de que yo no soy autónoma de nadie, empezando por mi familia, aquí está el problema. Si mis alegrías y mis penas dependen de una persona, que he conocido hace apenas un mes, imagine de una persona que me ha dado la vida. Es el lazo más fuerte. Lograr desatarme de este vínculo significaría haber conseguido desligarme de todas las ataduras que, de manera enfermiza, me mantienen próxima a las personas que me rodean. Por ejemplo, yo no tenía ganas de hacer el amor con aquella persona, lo hice porque era una manera de acercarla a mí.*

## **EL FUNCIONAMIENTO METACOGNITIVO: EL DÉFICIT DE REPRESENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS**

Consideramos que los estados mentales que caracterizan la sintomatología del trastorno dependiente se sostiene sobre un déficit en el funcionamiento metacognitivo, caracterizado por la dificultad de acceder a una representación de los propios deseos, de las propias metas y de los planes para conseguirlos (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999).

Algunos objetivos se hallan biológicamente determinados (comer, dormir, etc.), otros están relacionados esencialmente con nuestra personalidad y al contexto ambiental y cultural (trabajar, estudiar, ligar, ganar a las quinielas, ir de discotecas).

Metas y planes de acción se hallan íntimamente interconectados, desde el momento en que para conseguir cualquier objetivo es necesario un plan de acción, pero estos últimos no tienen ningún sentido sino en relación a algún objetivo.

Naturalmente, no todos los objetivos requieren la elaboración consciente de un plan de acción, algunos están automatizados, al igual que sus respectivos planes de acción. Dado que el sistema cognitivo humano posee muchos objetivos, organizados jerárquicamente en subobjetivos, deben existir mecanismos que regulen el acceso a la conciencia de un número finito de ellos, a fin de hacer posible la acción orientada. En efecto, si nuestros objetivos afloraran a la conciencia de manera desregulada nos quedaríamos paralizados en nuestra relación con el mundo. El proceso de regulación puede ser disfuncional en dos sentidos: por defecto o por exceso. En el primer caso, no conseguimos representarnos ninguna meta y predomina la experiencia de vacío. En el segundo caso, nos representamos demasiadas metas y predominan las experiencias de confusión, ineficacia y desbordamiento (*overwhelming*).

Quisiéramos subrayar que estamos hablando de un déficit en el *acceso a la conciencia*, y no de ausencia o exceso de objetivos. Del mismo modo, por exceso de representación no entendemos la presencia en el sistema de demasiados objetivos, sino el hecho de que el sujeto, ante múltiples objetivos, no logra realizar una selección adecuada al contexto y a la circunstancia. Por ejemplo, si estamos haciendo un examen en la universidad, aunque veamos un amigo al que no veíamos hace tiempo, difícilmente se activará de forma inmediata el objetivo de saludarle. Las metas que nos prefijamos en ese momento serán *coherentes con el contexto*, situacional e interpersonal, en el que estamos inmersos: acabar el examen, aprobar a poder ser con buena nota, conseguir la licenciatura. Por lo general, no hay que hacer ningún esfuerzo para seleccionar y activar conscientemente objetivos coherentes con el contexto. La regulación basada en el contexto interpersonal es un motor de elección utilizado masivamente, sin ella seríamos antisociales o, en el mejor de los casos, asociales regulados por metas autárquicas y extravagantes. No obstante, no siempre estamos en relación con alguien y, otras veces, ni siquiera logramos establecer una relación imaginaria. Además, dada la complejidad de las relaciones sociales en las que estamos inmersos, puede suceder que los contextos interpersonales soliciten objetivos múltiples y recíprocamente incompatibles. Por estas razones es necesario que a los procesos de heterorregulación que se basan en el contexto se unan mecanismos autónomos de autorregulación que también nos permitan ser activos (y sentirnos vivos) cuando nos hallamos solos y saber qué objetivo perseguir, incluso cuando se nos plantean de modo contradictorio. Cuando hablamos de déficit de representación de los objetivos nos referimos, para ser exactos, a una debilidad de estos mecanismos de autorregulación que hace que, en ausencia de relación con el otro, el sujeto experimente una sensación de vacío y, en presencia de demandas relacionales múltiples, una sensación de desbordamiento.

Hemos visto ya en el artículo introductorio cuáles son los procesos de autorregulación que interactúan entre sí en la modulación de la representación de los objetivos y, en última instancia, las elecciones de acción. Hemos visto también que, según algunos autores (Damasio, 1994), las emociones marcan somáticamente, en sentido agradable o desagradable, algunos escenarios mentales.

Si, por ejemplo, vemos un vestido de buena calidad y a buen precio, no necesariamente nos activaremos para comprarlo. Pero sí lo haremos en cambio si el vestido nos gusta y nos gusta imaginarnos en una fiesta con aquel vestido. En este caso, sabemos qué nos gusta, dónde encontrarlo, cómo hacernos con él. Pero no sólo la activación emocional guiará la elección, sino que ésta nos inducirá a verificar la compatibilidad con los valores (*¿puedo permitírmelo económicamente? ¡no lo robaré!*) y el contexto interpersonal (*¿le gustará a mi pareja? ¿quedará gracioso o ridículo?*). Por lo tanto, una regulación equilibrada de las elecciones supone que marcación somática, objetivos y deseos, valores, self ideal y contexto interpersonal se influyan mutuamente a fin de regular las incompatibilidades y los conflictos. Cuando, por la razón que sea, el uso de alguno de estos factores resulta deficitario, los otros tienden a hacerse hipertróficos. *El uso generalizado y unilateral del contexto interpersonal para determinar las elecciones y los objetivos a perseguir caracteriza el Trastorno de Personalidad por Dependencia.*

### **Ausencia de deseos activos**

Lo que se halla somáticamente marcado no son tanto los escenarios de los propios objetivos sino las percepciones de coincidencia o de contraste entre objetivos propios y ajenos. Es característico en estos pacientes el hecho de que la solución que se representa para los problemas que plantea una discrepancia casi nunca consiste en un análisis de la situación y en la búsqueda de una mediación a partir de la conciencia de tener objetivos distintos, sino más bien en una espera de la modificación de las expectativas y del estado mental del otro para establecer de este modo la coincidencia deseada. Refiriéndose a las vacaciones inminentes, le dice una paciente al terapeuta:

P.: *“No sé si quiero ir de vacaciones con usted, pero quiero que usted me pida pasarlas juntos”.*

La asunción de las expectativas ajenas tiene lugar de modo sintónico, inmediato y se busca de forma activa. El sujeto muestra una motivación extremada en la persecución de objetivos y metas. Sin embargo, una vez ha alcanzado el objetivo, percibe una sensación de extrañeza respecto a la meta alcanzada.

P.: *Estos días me ocurre, desde que no tengo que ir a casa de Giovanni, una cosa extraña. Cuando termino el trabajo a las cinco tengo una terrible sensación de vacío.*

T.: *¿Siente la ausencia de Giovanni?*

P.: *No, no es una sensación de ausencia... es una cosa interior, como si no*

*tuviera una dirección, no sé donde ir.*

*T.: Pero, ¿cómo se siente emocionalmente?*

*P.: No es un sufrimiento, es realmente una nada. No sé cómo emplear mis energías, me siento sin energía.*

*T.: ¿Se siente sin energías o no sabe cómo emplearlas? Quiero decir, ¿tiene una sensación de inquietud, una necesidad de moverse, o...?*

*P.: A veces sí, tengo esta falta de cosas por hacer, a veces me siento sin energía, una sensación de aflojamiento. Es extraño, con Giovanni siempre me sentía llena de cosas por hacer, a punto del sofoco, obligada a hacer. Cuando está Giovanni me siento obligada, y pienso lo bonito que sería estar sola, leer, salir si me apetece, estar en el sofá escuchando música... Cuando no está me siento anulada.*

*T.: ¿Qué piensa cuando se siente anulada?*

*P.: No se me organiza la mente. Es como si me disgregara. No consigo tener deseos.*

*T.: ¿No intenta combatir este estado?*

*P.: Anteayer me forcé a ir a la Universidad, estaba contenta de haber decidido algo. Apenas entré tuve una sensación de cosa artificial, de falsedad, de postizo. Cuando volví a casa me vino un sueño incontenible.*

En el siguiente ejemplo, podemos observar también de qué modo el otro sugiere objetivos que la paciente asume automáticamente, aunque en un momento anterior estaba clara la no coincidencia con los propios objetivos.

*P.: Me he matriculado en el curso de inglés.*

*T.: ¿Otra vez? ¿Pero no había dicho que ya no tenía ganas?*

*P.: Sí, es verdad, pero luego mi tía me pidió si quería...*

*T.: ¡Debe haber insistido mucho!*

*P.: No, sólo me preguntó si me apetecía continuar y no logré decir que no; por otro lado, también es correcto, así me saco el diploma, el certificado.*

*T.: Entonces, ¿ahora está contenta de hacerlo?*

*P.: No, en absoluto, me siento mal sólo con la idea de volver a empezar, sólo me faltaba esto... la universidad, las clases, los proyectos, ¡Dios mío!*

*T.: ¿Qué siente?*

*P.: A veces un sentido de sofoco aquí o me vienen ganas de llorar, otras veces lo echaría todo a perder.*

*T.: ¿Hubiera preferido hacer otra cosa?*

*P.: No, de hecho es también esto... una cosa va por la otra, así que...*

Las dificultades descritas, parecen sostenidas por un mal funcionamiento metacognitivo que da origen a un perfil caracterizado por:

- 1) buena capacidad de identificar los propios estados emocionales y cognitivos.
- 2) dificultad por identificar los propios deseos.
- 3) déficit de integración.

- 4) la comprensión de la mente ajena puede ser deficitaria o potenciada.
- 5) déficit de descentramiento.
- 6) uso hipertrófico de la coordinación interpersonal como estrategia de *mastery* (control o dominio)
- 7) fallo en el uso de las estrategias de *mastery* más sofisticadas, que requieren la regulación autónoma del orden mental.

Cabe subrayar el carácter marcadamente estado-dependiente del déficit. Como podemos observar en el ejemplo precedente, los sujetos no son alexitímicos ni tienen, necesariamente, una dificultad en diferenciar, describir y caracterizar sus estados internos. Sin embargo, en ausencia de una coordinación con la mente del otro, su estado mental parece precipitarse en un vacío indiferenciado. Nótese cómo la paciente del primer ejemplo de este apartado distingue agudamente las características del estado: su aparición repentina cuando desaparece la coordinación interpersonal (cuando salgo del trabajo); la diferencia con la sensación de ausencia afectiva (no es un vacío de ausencia..., sino una falta de cosas por hacer); los efectos sobre la percepción del estado físico: la disminución de la voluntad y la restricción de la conciencia (un sueño incontenible). En ambos fragmentos se explican las sensaciones de coerción y de desbordamiento.

En los momentos en que predomina el vacío, los sujetos ni siquiera consiguen pensar en sí mismos, pudiendo desaparecer la cohesión del esquema corporal. En estos casos, la persona puede recurrir a comportamientos bulímicos o ir en busca de estados de excitación erótica que pueden verse como una activación vicariante de objetivos biológicos más primitivos y menos interpersonales o como intentos de “sentirse”, de volver a tomar contacto con el propio cuerpo. Esto determinará asimismo una activación emocional agradable que contrastará con la sensación de astenia, abulia y anhedonia de la que hablan los pacientes como representación de sí en ausencia de relación. De este modo, se obtendrá también una sensación transitoria de eficacia personal mientras permanezca la sensación del bienestar físico.

Queda un problema: si el sujeto no tiene la necesidad de que el otro significativo realice las tareas en su lugar, sino que más bien se siente absolutamente adecuado en presencia del otro, ¿por qué las experiencias de gestión eficaz y el recuerdo de la buena ejecución no permiten mantener la sensación de autoeficacia en ausencia de una figura de referencia? Una explicación posible está ligada a un mal funcionamiento metacognitivo particular, relativo a la capacidad de integrar estados mentales distintos. Otra se halla ligada a la atribución de la gestión eficaz a la presencia del otro (*locus of control* externo).

Por cuanto se refiere al déficit de integración, en los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia es fuertemente estado dependiente. Se manifiesta una dificultad en la posibilidad de integrar representaciones contrastantes relativas a un mismo acontecimiento. A diferencia de los pacientes con trastorno *borderline*

o disociativo, en quienes la no integración se presenta con narraciones fragmentadas, donde se entrelazan confusamente diversos hilos narrativos (Dimaggio, Semerari, 2001), los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia muestran una narración fluida e internamente coherente. En el siguiente ejemplo observamos cómo la paciente tiene dos representaciones diferentes y contrastantes de la relación con su novio y cómo éstas no se hallan integradas entre sí, pero sin embargo la narración resulta clara e íntegra.

T.: *¿Qué tiene de especial esta historia?*

P.: *Que parece una historia de película; lo tiene todo de especial, por lo menos al principio. Ahora es una porquería. Sin duda ahora no es especial... Fue un flechazo y luego me hizo la corte de una manera bestial, todos los días durante más de un mes me mandaba rosas y rosas y rosas a casa, por esto la llamo una historia de película.*

T.: *Estas historias tan arrebatadoras, que te transportan...*

P.: *Luego hubo un sentimiento fortísimo entre nosotros, era como si ya nos conociéramos, cuando estaba con él era como estar con otro yo. Él fue la primera persona que me aceptó como soy, contribuyendo así a darme seguridad. Fue un periodo precioso. Luego seguimos estando juntos y todo lo demás... En cualquier caso, para mí siempre ha sido una historia de película, porque era bonito. Los fines de semana juntos, los regalos inesperados, me llevaba a cenar todos los días.*

Éste es el relato de una historia de amor espléndida. En un momento posterior de la sesión:

P.: *Luché para que mi novio viniera a vivir con mis padres, además ellos se mostraron muy abiertos y lo aceptaron en seguida, para dar una mano ellos son los primeros. Pero desde que se fue para volver a su casa, él no recuerda nada de aquella época, más bien incluso se ríe, después de que mis padres le trataran como a un hijo. Y luego tengo la sensación de que me utiliza para cualquier cosa; necesita ir al notario y le busqué uno; entonces estaba cariñoso y disponible, pero cuando llegamos allí me trató fatal. De vez en cuando tengo la sensación de ser un poco...*

T.: *¿Y la tiene con estos cambios tan rápidos? Se estaba perdiendo en estos recuerdos apasionados e inmediatamente después ha recordado esta sensación de ser utilizada.*

P.: *No, pienso en eso cuando digo que es un bastardo, entonces intento recordar las cosas negativas, si no me abandono a estos recuerdos tan bonitos que luego quizá en el momento en que los vivía eran pesadísimos. Sólo que desde fuera los veo siempre como algo fantástico, momentos preciosos, que en cambio, en realidad, son una mierda.*

Ésta es la historia de una relación parasitaria. El novio no cambia. En el relato de la sesión, la paciente muestra una buena capacidad de integración, reconoce el

cambio de las representaciones de su pareja y de la percepción de la relación, pero esta representación fracasa en los momentos en que la relación está en curso: la paciente presenta dificultades para construirse una representación unitaria del otro (Kernberg, 1993).

En consecuencia, captar este déficit de integración requiere que el terapeuta preste particular atención a no dejarse deslumbrar por la claridad de las narraciones de los pacientes en las sesiones. Resumiendo: el déficit de integración que se detecta en el Trastorno de Personalidad por Dependencia es diferente del que encontramos en el Trastorno de Personalidad Borderline o en los trastornos disociativos, en los cuales las narraciones aparecen extremadamente confusas y el escenario mental se describe de modo caótico, debiendo funcionar el terapeuta como memoria vicaria del paciente, a fin de posibilitarle la integración de los diversos y contradictorios estados mentales que caracterizan los acontecimientos narrados.

Algunos autores de procedencia psicoanalítica identifican como característica de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia la tendencia a infravalorar los aspectos negativos de las relaciones y focalizar exclusivamente los positivos, con el objetivo de mantener la misma relación y evitar el riesgo de ponerla en cuestión, para no afrontar eventuales momentos de crisis o separación. Esto se debería al uso generalizado de la negación como mecanismo de defensa que permitiría volver agradables incluso las relaciones más dramáticas y evitar impulsos hostiles (Kubacki & Smith, 1995). Es esto, según Millon (1981), lo que hace a estos pacientes poco introspectivos, ingenuos y poco críticos.

Nosotros sostenemos, en cambio, que no es tanto el mecanismo de negación de las representaciones negativas del otro lo que es funcional al mantenimiento de la dependencia, sino que más bien es el déficit de integración lo que, manteniendo disociadas las representaciones del otro, impide estrategias adaptativas de gestión de la relación (véase más adelante la descripción de los ciclos interpersonales).

Los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia se presentan con dos posibles variantes respecto a la capacidad de comprender la mente ajena. En un caso, la comprensión de la mente ajena se halla particularmente potenciada y sofisticada, especialmente respecto a la representación de los deseos y los objetivos del otro, a modo de compensación del déficit de representación de los propios. En este caso, la coordinación interpersonal se obtiene con mucha facilidad incluso en ausencia de la figura de referencia, asumiendo la perspectiva ajena y haciéndola propia.

En un segundo caso, en cambio, la comprensión de la mente ajena puede ser también deficitaria, en cuyo caso se busca con demandas apremiantes de seguridad y consejos la coordinación con los objetivos, deseos, intenciones y expectativas del otro.

En cualquier caso, la función de descentramiento continúa resultando deficitaria; de hecho, la mejor comprensión de la mente ajena se efectúa, igualmente, según una

perspectiva egocéntrica, orientada principalmente al mantenimiento de la relación.

Es justamente esta diferencia lo que origina diversas tipologías de ciclos interpersonales que automantienen la patología, como describiremos a continuación.

## CICLOS INTERPERSONALES

Pasemos ahora a ilustrar los ciclos interpersonales que, en nuestra opinión, son recurrentes en la modalidad y la historia relacional de los pacientes con Trastorno de Personalidad por Dependencia.

Como hemos dicho en el artículo introductorio de esta monografía, con la expresión “ciclo interpersonal” nos remitimos a los *ciclos cognitivos interpersonales* descritos por Safran y Segal (Safran & Segal, 1990). Este concepto se basa en el presupuesto de que los seres humanos, en su búsqueda etológicamente fundada de establecer relaciones interpersonales, realizan previsiones sobre su desarrollo y precisamente en base a estas previsiones establecen sus estrategias de relación. En el caso de que dichas expectativas sean negativas y estables, inducen en el otro sujeto implicado en la relación respuestas que confirman las mismas expectativas, perpetuando un ciclo relacional que mantiene, e incluso autoalimenta, el problema relacional y las creencias sobre uno mismo y los demás.

No cabe ninguna duda de que para los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia la búsqueda de relaciones seguras y protectoras es un objetivo primario. El aspecto principal es que la presencia de figuras significativas confiere al sujeto una sensación de autoeficacia para evitar el vacío terrorífico. Sobre la base de estos supuestos, sostenemos que en los modelos de relación de los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia es posible identificar tres ciclos interpersonales disfuncionales prototípicos, a los que hemos llamado *ciclo oblativo*, *ciclo caótico-desregulado* y *ciclo sado-masoquista*. Los describiremos a continuación detalladamente.

Los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia son personas que saben verdaderamente cómo hacer feliz al otro satisfaciendo y anticipándose incluso amablemente y eficazmente a las necesidades del otro. Estos sujetos tienen incluso la impresión de desear las metas del otro, que asimilan y no distinguen de las propias, presentes pero poco representadas. Tales sujetos tienen, por tanto, una gran capacidad de comprensión del otro, acompañada, sin embargo, de un déficit de descentramiento, que impide la diferenciación entre los propios objetivos y deseos y los ajenos (Fig. 1).

Un colega nos explica una anécdota muy significativa: al inicio de una entrevista, mientras hacía pasar a su despacho a una paciente con Trastorno de Personalidad por Dependencia miró por un instante la librería de la habitación y vio que algunos libros habían caído en la repisa; tuvo la idea de colocarlos bien, pero no lo hizo. La paciente atrapó su mirada un instante, y mientras él se sentaba, ella

misma se puso a ordenar la librería.

T.: *¿Qué está haciendo?*

P.: *Le pongo bien los libros, es sólo un momento.*

T.: *¿Cómo se le ha ocurrido?*

P.: *He entendido, por cómo los ha mirado, que tenía la intención de ponerlos de pie, pero probablemente le daba reparo hacerlo porque yo estaba aquí.*

La extraordinaria habilidad con la que leen la mente de los demás hace a estos pacientes excepcionales en la relación interpersonal, pero absolutamente ineptos en ausencia de un contexto interpersonal, aunque sea imaginario.

Tales pacientes, con el objetivo de mantener la presencia y proximidad de la

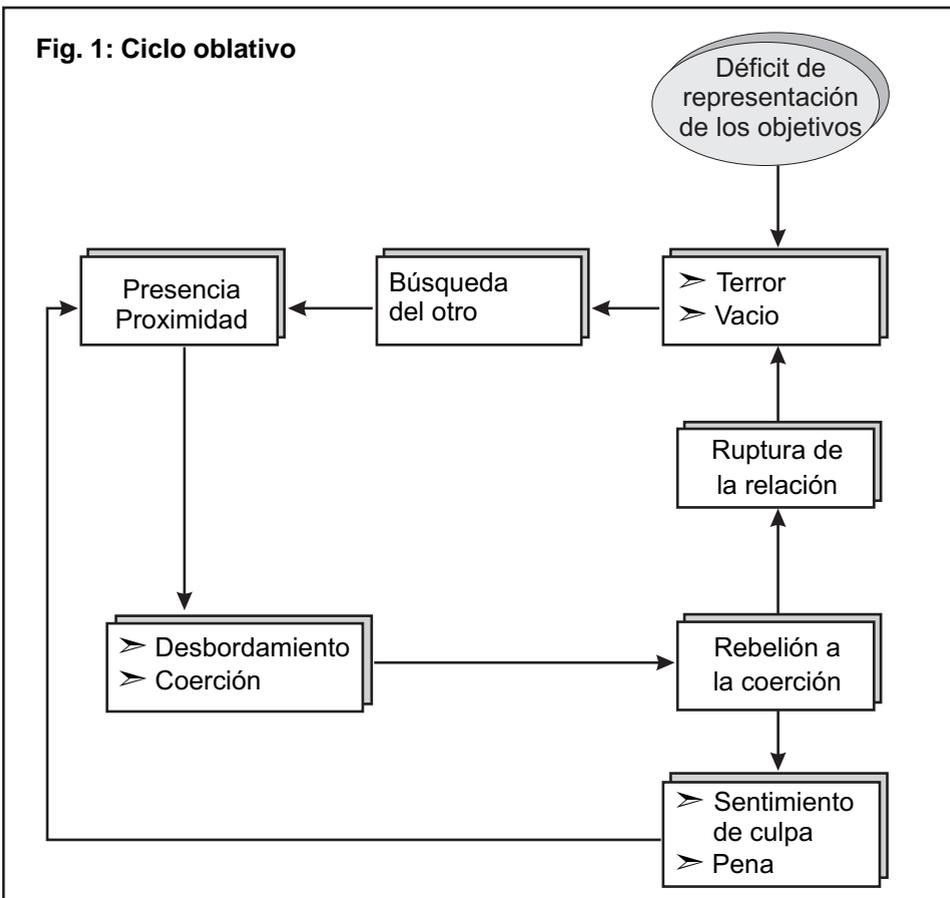


figura de referencia, se adhieren constantemente a las expectativas y los deseos del otro. Los intentos de asumir las propias metas son casi siempre ficticios; en realidad,

las nuevas metas se manifiestan en un nuevo contexto interpersonal y suelen ser la representación de las metas del nuevo contexto. Incluso los gustos culinarios, deportivos y estéticos pueden cambiar en función del otro. Mientras está en vigor la relación interpersonal, el paciente percibirá que estas metas le pertenecen, pero cuando esta relación pierde peso, las metas pierden el sentido y el valor que habían adquirido precedentemente.

En estas situaciones, no se trata de una simple subordinación o sumisión a los objetivos del otro, a quien se considera más fuerte, para obtener su apoyo y protección y poder efectuar valoraciones correctas, sino de asumir realmente los objetivos ajenos como propios, para dar forma y organizar la propia experiencia.

El concepto de ciclo interpersonal considera que las respuestas relacionales del otro implicado en la relación mantienen el ciclo problemático, perpetuando las creencias y las expectativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y los demás. En el ciclo que acabamos de describir, podemos formular la hipótesis de que el otro puede tener modalidades de control sobre la relación, de poder decisional o de centramiento de atención sobre las propias necesidades y deseos. Esta actitud favorece y mantiene en el Trastorno de Personalidad por Dependencia el comportamiento dirigido a buscar la proximidad y la presencia de la figura de referencia que, en el curso de la interacción, puede aumentar la sensación de coerción o incrementar, todavía más, la tendencia del dependiente a asumir los objetivos del otro.

En esta modalidad relacional la comprensión de la mente ajena del Trastorno de Personalidad por Dependencia es extremadamente elevada y sofisticada, pero la ausencia de descentramiento hace imposible percibir el contraste eventual entre objetivos propios y ajenos cuando aparece la coerción. En consecuencia, los síntomas que se derivan del estado de coerción o de la sensación de desbordamiento son interpretados como un acontecimiento inexplicable e imprevisto. La sensación de coerción, producida en la relación, conduce a la rebelión que podrá tener dos resultados según el estado mental o la relación de la otra figura de la relación: en un caso, el sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia, si ve o se representa al otro como víctima, experimentará un sentimiento de pena y de culpa, lo cual comportará un juicio moral sobre su propio comportamiento que, por lo tanto, una vez juzgado inaceptable, irá rápidamente seguido de comportamiento reparador, dirigido a restablecer el *status quo* anterior. En el segundo caso, en cambio, ante una reacción o amenaza de alejamiento del otro debida al cambio en la relación, el sujeto entrará en un estado de vacío terrorífico, que le empujará a buscar nuevamente la relación reiterando el ciclo y manteniendo el problema.

El siguiente ejemplo muestra las características de esta modalidad de relación que se ponen de manifiesto en la narración de una paciente que, fuera del estado problemático, describe coherentemente su adhesión progresiva a los objetivos ajenos como organizadora de su proceso de identidad.

P.: *Creo que el error que cometo es partir de una situación que es normal*

*para todos, en la que yo me quedo en mi esfera y la otra persona permanece en la suya. Llega un momento, a medida que la situación avanza... tal vez aquella persona me atrae un poco más de lo debido, es decir, me siento admirada, estimo a aquella persona, me gusta, me da seguridad; entonces empiezo a subir muchos peldaños hacia aquella persona... recorro un camino que va en su dirección y abandono mi vida, para entrar totalmente en la de aquella persona, mi único objetivo ya no es mi vida, sino sus problemas, sus asuntos, sus dolores, sus cosas y las mías desaparecen. En el momento en que he recorrido este camino estoy expuesta a todo tipo de sufrimiento. Si lograra permanecer en y con mi vida; aproximarme a estas personas, relacionarme permaneciendo en mí, otro gallo cantaría.*

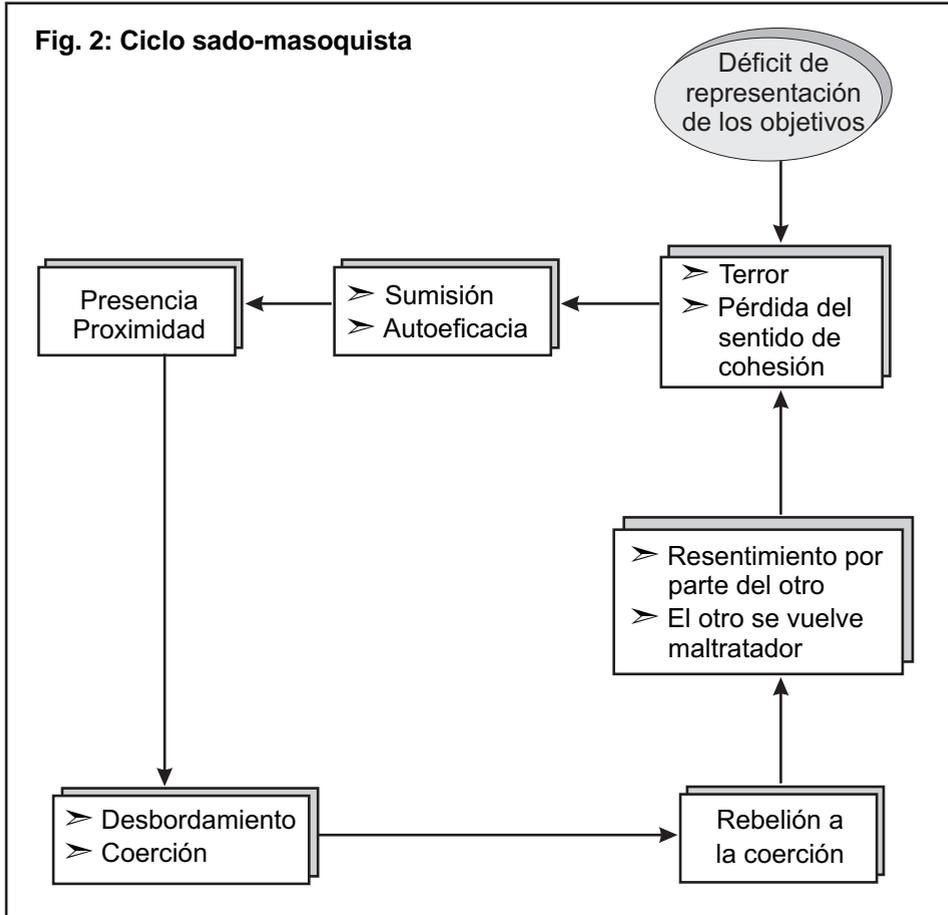
*T.: Yo también lo creo.*

*P.: En cambio no entiendo el momento en que estoy caminando hacia el otro. Mientras estoy recorriendo aquel camino no consigo ver que estoy abandonando mi realidad para entrar a imaginarme totalmente en la suya. Me encuentro ya dentro y, por lo tanto, para mí, volver atrás sería muy costoso, ahora ya he entrado de pleno y estas cosas me hacen estar mal.*

Cuando la figura de referencia del sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia presenta una modalidad de relación basada en el dominio y poder sobre el otro (por ejemplo sujetos con rasgos de personalidad borderline o narcisista), puede ocurrir que la rebelión frente al estado de coerción por parte del sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia suscite una reacción de resentimiento en el otro, hasta llegar a asumir, incluso, aspectos de maltrato. La pérdida de poder percibida por parte del otro puede inducirlo a restaurar el control a través de actitudes de poder que actúan sobre el miedo de pérdida y de abandono que experimenta el sujeto con Trastorno de Personalidad por Dependencia. De este modo, el otro percibe la sensación de aumento de poder sobre el otro, incrementando posteriormente comportamientos de maltrato. En este caso, la lejanía percibida y el miedo de un posible abandono inducen sensaciones de vacío terrorífico, a menudo acompañadas de pérdidas del sentido de cohesión, que incitan a la búsqueda sucesiva de la proximidad a través de la sumisión. Este ciclo puede definirse como *sado-masoquista* (Fig. 2).

Observamos también en este caso que la utilización de las capacidades de comprensión de las metas ajenas es muy sofisticada, tanto en la anticipación de las necesidades y deseos del otro, como en la captación de señales de alejamiento, crítica y abandono. Lo que resulta deficitario es la capacidad de descentrarse, que impide distinguir las propias modalidades relacionales de las del otro significativo. Con frecuencia, sin embargo, el otro se muestra incapaz (por carácter, constitución o patología) de validar objetivos ajenos, de dar apoyo o de asegurar y favorecer la autonomía. En consecuencia, en situaciones de rebelión percibida del Trastorno de Personalidad por Dependencia y de la consiguiente pérdida de control, el sujeto

**Fig. 2: Ciclo sado-masquista**



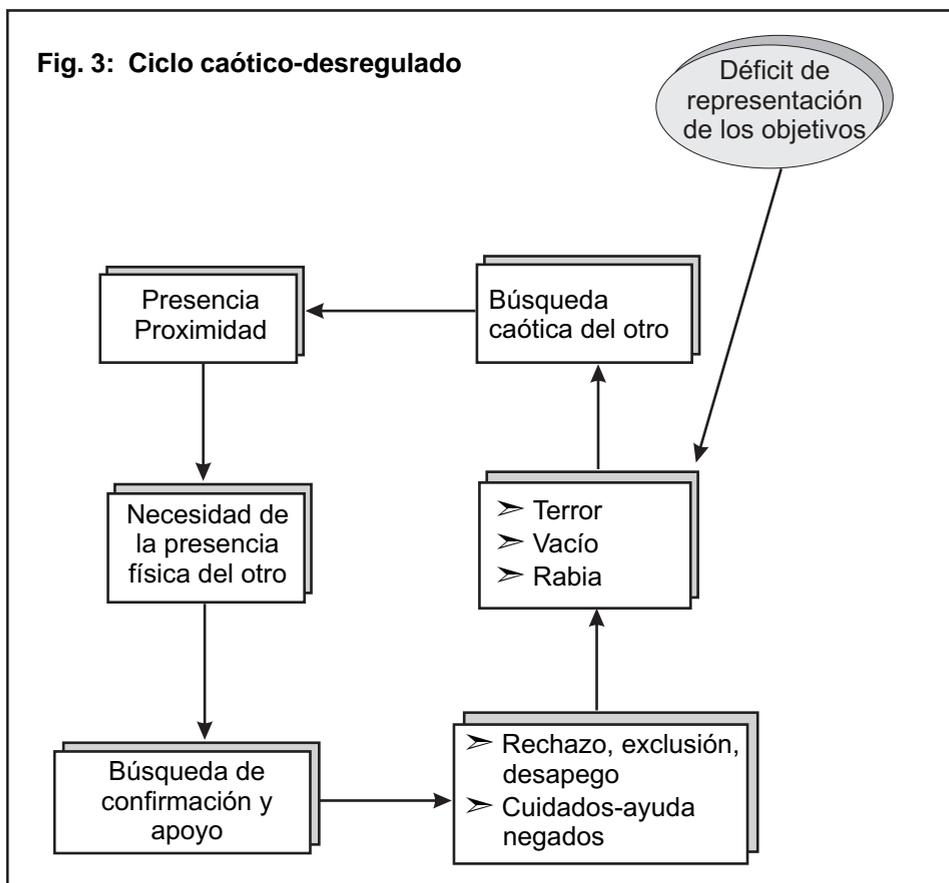
tenderá a reestablecer su poder. Precisamente por la falta de capacidad que tiene el Trastorno de Personalidad por Dependencia de descentrar, esta actitud maltratante será interpretada como exclusivamente inducida por un comportamiento propio, considerado exagerado o equivocado. El déficit de descentramiento obstaculiza además la posibilidad de percibir que el sentimiento de abandono y desapego está causado y activado también por un previo sentimiento propio de rabia y rebelión. Este último elemento está sostenido por el déficit de integración, en el sentido de que lo que resulta difícil es la posibilidad de retener en la memoria diversas representaciones del otro (maltratante, abandonador, constrictivo) que permitan construir una imagen de él, única e integrada.

En el establecimiento del ciclo interpersonal que hemos denominado *caótico-desregulado*, el sujeto tiene una comprensión de la mente ajena deficitaria que le impide comprender e integrar los estados mentales de los demás, lo cual dificulta

la construcción de una representación estable de la mente del otro; esto exaspera la necesidad de consejos y confirmaciones continuas. En consecuencia, es posible que estos pacientes impliquen a familiares y personas significativas en extenuantes y obsesivos rituales de confirmación. No es inusual encontrar que las figuras de referencia manifiesten o hayan manifestado, a su vez, comportamientos o actitudes caóticas y contradictorias que permitan dar cuenta de las dificultades de estos pacientes en estabilizar una representación de la mente ajena (Fig 3).

En ocasiones, el *setting* individual no permite captar claramente el nexo que puede existir entre las formas obsesivas de manifestar la dependencia y la conducta caótica de las figuras de referencia. En estos casos, la terapia familiar puede constituir un contexto de observación privilegiado (Carcione, Nicolò, Pontalti, 1995; Nicolò, Carcione, 1996).

Este ciclo interpersonal y el funcionamiento mental subyacente presentan muchas similitudes con el Trastorno de Personalidad Borderline, creando a veces problemas en el diagnóstico diferencial. Considerando que es frecuente observar



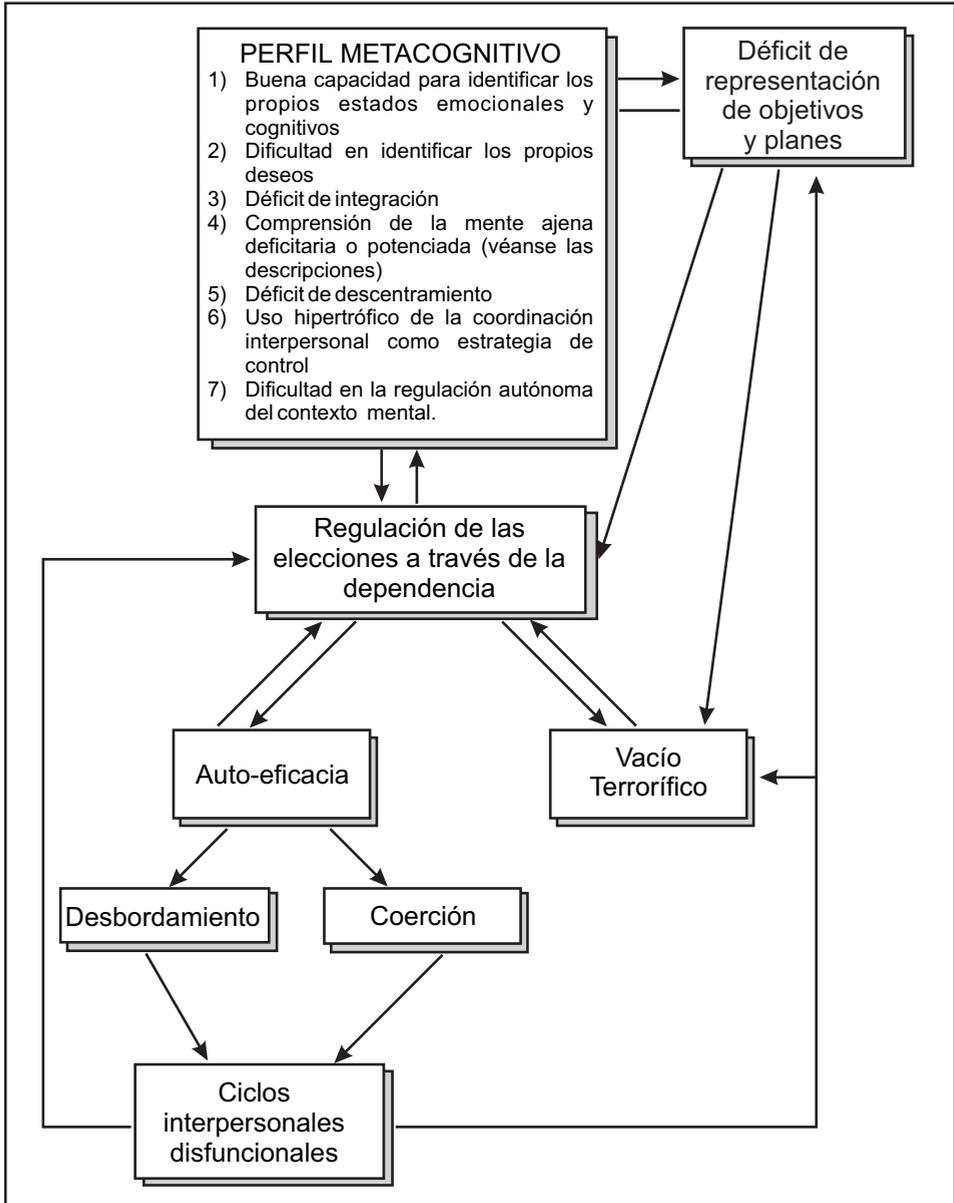
una comorbilidad de los dos trastornos (Morey en una reseña de 1998 refiere una superposición en el 50,8% de los casos), lo que diferencia los dos cuadros psicopatológicos es la estabilidad de las relaciones interpersonales en los sujetos con Trastorno de Personalidad por Dependencia y las frecuentes y rápidas oscilaciones del tono del humor en los sujetos con Trastorno de Personalidad Borderline.

## **EL MODELO GENERAL DE FUNCIONAMIENTO**

El objetivo que ha guiado este trabajo ha sido definir un modelo psicopatológico, más que etiológico del Trastorno de Personalidad Dependiente, que tenga un poder heurístico capaz de proporcionar elementos útiles para un diagnóstico más preciso en términos de funcionamiento y contenidos mentales, y orientar la estrategia terapéutica.

Por consiguiente, ahora, después de haber analizado profundamente cada uno de los elementos que constituyen este cuadro, es posible proporcionar una visión de conjunto que permita comprender las relaciones entre ellos sobre la base de la estabilidad de la patología.

Tal como se observa en la fig. 4, el modelo general de funcionamiento puede leerse de modo circular, por lo que cada uno de los elementos del ciclo remite y mantiene los demás. A fin de no confundir este modelo psicopatológico con uno etiológico, atribuimos un poder heurístico mayor a un análisis del ciclo que empiece con una descripción de la disfunción metacognitiva que mantiene estados mentales problemáticos y ciclos interpersonales inadaptados. Esta disfunción, como hemos venido diciendo hasta ahora, está ligado a un déficit en la representación consciente de objetivos y deseos que determina una modalidad estable de regulación de las elecciones personales a través de la dependencia de figuras significativas. La coordinación interpersonal confiere al sujeto una fuerte sensación de identidad y autoeficacia, en tanto que los deseos y las expectativas del otro se viven como propias en virtud de un déficit de descentramiento. Este estado permite al sujeto evitar el estado mental temido de vacío terrorífico, ligado precisamente a los déficits metacognitivos descritos. En el proceder de las relaciones interpersonales, la distonía, no percibida subjetivamente dado que se mantiene a un nivel pre-representacional, entre deseos propios y ajenos, determina en el sujeto dos estados mentales; uno caracterizado por un sentido de coerción, rabia e injusticia sufrida; el otro, de desbordamiento en el que el sujeto percibe a la vez una multiplicidad de objetivos a perseguir. Ambos estados generan una manifestación sintomatológica variable que induce a sustraerse de la relación con modalidades disfuncionales, que no resuelven el cuadro psicopatológico, sino más bien lo contrario, autopercetúan el funcionamiento problemático. El restablecimiento de la dependencia impide el ejercicio de las propias habilidades, lo cual no ayuda al dependiente a aprehender las modalidades de representación y logro de los objetivos personales y no favorece la sensación de auto-eficacia. La falta de desarrollo de habilidades que promueven



**Fig. 4: Modelo general de funcionamiento del Trastorno de Personalidad por Dependencia**

autonomía, genera una sucesiva dependencia.

Esta situación genera a veces en la relación terapéutica reacciones emocionales extremadamente indicativas de las características del ciclo interpersonal que el

sujeto reproduce con más frecuencia. A veces, el temor que tiene el terapeuta de crear una nueva relación de dependencia puede llevarle a apresurarse en la consecución de los objetivos concordados o a asumir actitudes propositivas, sugiriendo soluciones o proponiendo nuevos objetivos de vida para llenar el vacío. Esto contrasta con la necesidad de ayudar más bien al paciente a regular autónomamente las elecciones favoreciendo la representación de objetivos y deseos propios.

Para terminar queremos recordar que en estos sujetos la dependencia compensa una dificultad de base en representar y perseguir objetivos personales. En este sentido, incitar a una ruptura del vínculo de dependencia significa intentar eliminar los procesos de compensación y de autocuración, más que el trastorno en su globalidad y corre el riesgo de precipitar al paciente en un vacío cargado de angustia. El contrato terapéutico deberá orientarse no tanto a luchar contra la dependencia, sino a aumentar la capacidad de reconocer metas y objetivos personales. Una vez obtenido este objetivo, se hace posible discutir con el paciente modalidades más adaptativas para regular sus propios estados mentales y gestionar los momentos inevitables de ruptura relacional sin activar los ciclos inadaptados.

---

*Pese a que el Trastorno de Personalidad por Dependencia representa uno de los trastornos más frecuentes de los descritos en el DSM, a veces se pasa por alto su dimensión clínica. El carácter poco específico de los síntomas y la escasez de problemáticas en el ámbito de la relación terapéutica, por lo menos en las fases iniciales, dificultan a veces el diagnóstico diferencial y muchas de sus características psicopatológicas se atribuyen a éste o aquel trastorno codiagnosticado, en lugar de estimular una comprensión más unitaria de la complejidad del cuadro. Los autores presentan un modelo psicopatológico que describe el funcionamiento mental poniendo de manifiesto los estados mentales característicos de los sujetos que padecen Trastorno de Personalidad por Dependencia, su variación en las relaciones interpersonales, las disfunciones metacognitivas que se considera que están en su base, que conllevan una dificultad en la regulación de elecciones autónomas, y los ciclos interpersonales que se perpetúan determinando la estabilización del cuadro psicopatológico. Las descripciones van acompañadas de ejemplos clínicos extraídos de sesiones grabadas en magnetofón para ilustrar cuanto expuesto.*

Palabras clave: Trastorno de Personalidad por Dependencia; metacognición; autonomía; relaciones interpersonales; alianza terapéutica

Traducción Laia Villegas Torras

**Nota Editorial:** El presente trabajo ha recibido el apoyo del fondo n°96/QT/23 del Proyecto Nacional para la Salud Mental, ISS.

## Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3<sup>rd</sup> ed., Rev.). Washington, DC: APA
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4<sup>th</sup> ed.). Washington DC: APA
- BANDURA, A. (1995). Il senso di Autoefficacia Personale e Collettivo. In Bandura A. (ed.) *Il senso di Autoefficacia*. Trento: Erikson.
- BECK, A.T., FREEMAN, A. (1990). *Terapia Cognitiva dei Disturbi di Personalità*. Tr. it. Firenze: Mediserve, 1993
- BIRTCHELL, J. BORGHERINI, G. (1999). A new interpersonal theory and the treatment of the dependent personality disorder. In Derken et. al. (eds.) *Treatment of personality disorders* New York: Plenum Publisher.
- BIRTCHELL, J. (1997). Personality set within an octagonal model of relating. In Plutchik, R. Conte, H.R. (eds.) *Circumplex models of personality and emotions*. Washington, DC: American Psychology Press.
- BORNSTEIN, R.F. (1993). *The Dependent Personality*. New York: The Guilford Press.
- BORNSTEIN, R.F. (1996). *Dependency*. In Costello, C.G. (ed.) *Personality characteristics of the personality disordered*. New York: John Wiley Sons, Inc.
- BOWLBY, J. (1988). *A Secure Base*. London: Routledge.
- CARCIONE, A. NICOLÒ, G. PONTALTI, C. (1995). L'evoluzione delle rappresentazioni mentali come indice del processo in psicoterapia familiare. *Terapia Familiare*, 48, 11-26.
- CARCIONE, A. NICOLÒ, G. SEMERARI, A. (1999). Deficit di rappresentazione degli scopi. In Semerari A. (ed.) *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*. Milano: Raffaello Cortina.
- CASTELFRANCHI, C. (1988). *Che figura: emozioni e immagine sociale*. Bologna: Il Mulino.
- DAMASIO, A.R. (1994). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- DIMAGGIO, G., SEMERARI, A., CARCIONE, A., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M. (2001) Modelli di mantenimento dei disturbi di personalità, *Revista de Psicoterapia*, in questo numero.
- DIMAGGIO, G. SEMERARI, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 1-23.
- FERNANDEZ ALVAREZ, H. (2000). Dependencia afectiva patologica. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 3, 271-282.
- HOROWITZ M.J. (1987). *States of Mind. Configurational analysis of individual psychology 2<sup>nd</sup> edition*. New York: Plenum Press.
- KERNBERG, O. (1993). The psychotherapeutic treatment of borderline patients. In PARIS, J. (ed.) *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- KUBACKI, S.R. SMITH, P.R. (1995). *An Intersubjective approach to assessing and treating ego defenses using the MCMI-III*, In Retslaff P.D. (ed.) *Practical psychotherapy disorders an MCMI-III—Based approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- MILLON, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. New York: Wiley-Interscience.
- MILLON, T. (1999). *Personality-Guide Therapy*. New York: Wiley-Interscience
- MILLON, T., DAVIS, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley-Interscience.
- MOREY, L.C. (1988). A psychometric analysis of the DSM-III-R personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 2.
- NICOLÒ, G., CARCIONE, A. (1996). Disturbo Dipendente di Personalità: ipotesi per un modello clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 3, 81-91
- SAFRAN, J.D. SEGAL, Z. (1990). *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli, 1993.
- STONE, M.H. (1993). *Abnormalities of personality, within and beyond the realm of treatment*. New York: W. W. Norton Company