

PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA DE LAS SIGNIFICACIONES INDIVIDUALES

Luis Joyce-Moniz
Universidade de Lisboa

Not always related or integrated, the developmental reading of psychopathology has been done at various levels. The present reflection focusses on some, relating them to the syndromes or disturbances of humor/affect, anxiety and personality. Thus, first, the possibility of continuity versus discontinuity of behavioral and emotional symptoms between child and adult psychopathologies is considered, which necessarily raises the questions of one determining the other, or of their relative independence. In addition to the analysis of behavioral and emotional symptoms, the continuity and discontinuity of cognitive symptoms and, more precisely, of individual meanings, is also examined, which raises not only the unavoidable question of the relationship between cognition and affect, but also that of competition among meanings or "significations", and of the possibility of some meanings superseding others at certain developmental levels. As an introduction to a developmental psychopathology of "significations", a dialectic model with five levels of meaning, related to some syndromes of affect/humor, anxiety and, mainly, personality will be suggested.

1. INCLINACIONES EVOLUTIVAS DE PSICOPATOLOGIAS NO EVOLUTIVAS

Los paradigmas más antiguos y preponderantes de la psicopatología se han desarrollado dentro del modelo médico del sufrimiento físico. La llamada psicopatología tradicional es, en gran parte, una psicopatología biomédica.

A través de su larga y complicada historia las "dolencias mentales", o mejor dicho, el significado atribuido a los trastornos mentales, han experimentado más influencias y condicionamientos socioculturales (por ejemplo, religiosos o políticos) que cualquier otra forma de patología biomédica (por ejemplo órgano funcional [ortopedia], órgano-estructural [cancerológico], infecciosa [gripe]). Al ser menos objetiva en sus métodos de investigación y menos rigurosa en su exploración teórica en relación a las otras patologías, la psicopatología tradicional se ha desarrollado al son de las modas y las épocas.

En los tres o cuatro últimos decenios, y principalmente al causa de la introducción del sistema DSM por la American Psychiatric Association a partir del año 1952 la psicopatología del modelo médico empezó a asimilar conceptos etiológicos y sintomáticos de varias corrientes terapéuticas. Por ejemplo, en el DSM-III (1980) y en el DSM-III/R (1987) se incluyen afirmaciones, generalmente no explícitas, de varios modelos psicológicos, entre ellos del psicoanálisis, de la psicología del “yo”, del modelo de H.S. Sullivan (1953), de la terapia del comportamiento y de la psicoterapia cognitiva.

La psicopatología biomédica ha sido confrontada, además, con los paradigmas psicológicos generalmente no evolutivos. A su vez estos paradigmas psicoterapéuticos han generado sus propias explicaciones etiológicas y sintomáticas, conservando, sin embargo, la terminología nosológica de la psicopatología biomédica para clasificar comportamientos, síndromes o personalidades neuróticas.

En un sentido superficial toda la psicopatología es evolutiva, en cuanto la patología se constituyó en un proceso a través del tiempo, comparable a un proceso de desarrollo normal. De modo que lo que unos conceptualizan como dolencia mental, otros como síntoma nosológico o trastorno psicológico, se integra perfectamente con la noción de desviación perturbadora, no tanto en relación con lo que es normal, sino a lo que debería desarrollarse normalmente.

La amplitud de esta desviación es precisamente lo que caracteriza a las varias escuelas psicopatológicas. Puede decirse que la psicopatología del modelo médico se propone el paradigma de un proceso patológico con características propias, es decir con estructuras biológicas o funcionales distintas de las que actúan en el desarrollo normal y adaptativo, hasta el punto que esta disciplina puede prescindir de hecho de la psicología evolutiva. O que sus nociones etiológicas y nosológicas poco o nada tienen que ver con la dialéctica entre determinantes del desarrollo psicológico “natural” o con sus procesos evolutivos de adaptación.

Curiosamente la psicopatología conductista de la que se sirven los modelos respondientes u operantes de la terapia de conducta, abjura igualmente de los procesos de desarrollo, pero para llegar a conclusiones opuestas a las de la psicopatología biomédica tradicional. El margen que separa las conductas normales de las patológicas pasa a ser estrecho; además la persona se encamina por unos u otros en función de las contingencias causales impuestas por el medio. De aquí la fe de la terapia de conducta en los refuerzos educativos para llevar a cualquier individuo en cualquier edad a sustituir las repuestas consideradas patológicas por repuestas consideradas adaptativas. Desde esta perspectiva el recurso a la contingencia inmediata permite trascender el tiempo del desarrollo.

Históricamente fueron las corrientes analíticas y dinámicas, comenzando por el propio Freud, las primeras en orientar la patología hacia el desarrollo evolutivo, defendiendo que sus primeros procesos o estadios, sucedidos en la infancia determinan las direcciones y estructuras de todos los demás. También aquí el

margen entre procesos normales y patológicos se revela estrecho, puesto que son éstos los que explican aquéllos. Lo patológico se convierte en una especie de lente que aumenta o exagera lo normal, permitiendo comprenderlo (Cichetti, 1984). Está claro que la psicopatología biomédica afirma igualmente que las lesiones en los estados estructuralmente primitivos son irreversibles o causan daños subsiguientes (por ejemplo en los adultos). Además y contrariamente al psicoanálisis, el modelo biomédico no encuadra esa relación causal en una dinámica, que es estructurada por el propio desarrollo (por ejemplo, los conflictos de la infancia se transforman para actualizarse en la vida adulta).

2. EMERGENCIA Y PRINCIPALES OBJETIVOS DE LA PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA.

La psicopatología evolutiva, asumida en cuanto tal como más adelante se verá, no derivó de la tradición analítico-dinámica, sino de los desarrollos, en los años 70, de la psicología evolutiva, especialmente de los del sociocognitivismos.

En el número especial de la revista americana más importante de psicología evolutiva, *Child development*, consagrado a la psicopatología evolutiva y que intentaba convertirse en testimonio del nacimiento de esta disciplina, su organizador, Dante Cichetti (1984), la distingue de la psicopatología dinámica. Afirma de este modo que para los psicólogos evolutivos, el funcionamiento normal del organismo permite comprender su patología, al igual que ésta puede esclarecer aquella. El mismo objetivo de integración de los dos procesos es defendido en libros importantes constituyentes de la disciplina, *Developmental Psychopathology* (Achenbach, 1974) y *Depression in Young People* (Rutter, Izard & Read, 1986).

El estudio de la interdependencia entre desarrollo normal y patológico constituyó, por tanto, el argumento más global de una psicopatología del desarrollo. Lo que exige, evidentemente, una tarea de comparación cuidada entre los orígenes y determinantes, los cursos de evolución y las consecuencias comportamentales, emocionales y cognitivas, de estos dos tipos de procesos.

“La psicopatología evolutiva puede definirse como el estudio de los orígenes y el curso de los modelos individuales de inadaptación conductual, cualquiera que sea la edad de inicio, las causas, las transformaciones en el comportamiento manifiesto o cualquier otra complejidad del curso del modelo de desarrollo” (Sroufe & Rutter, 1984, p. 18).

A pesar de pretender convertirse en aglutinadora de las reflexiones teóricas y metodológicas de disciplinas como la psicología del desarrollo, la psicología clínica, la psiquiatría, la epidemiología, la sociología, las ciencias fisiológicas y neurológicas (Cichetti, 1989) lo cierto es que, en lo esencial, la psicopatología evolutiva se constituyó en el espacio intermedio entre la psicología del desarrollo cognitivo, emocional y social, por un lado y, por otro, las nosologías y los procesos etiológicos de la psicopatología tradicional (ICD-9 de la OMS (1977) y sobre todo

DSM III y DSM III-R de la APA).

En el entretanto las ideologías tan diferentes de ambas disciplinas dificultan el objetivo de su integración. Por ejemplo, para la psicopatología tradicional la perturbación mental se considera casi siempre como una entidad estática. Esto no significa que esta disciplina no se refiera tanto a las explicaciones etiológicas como a las de la evolución de los síntomas, a procesos orgánicos, emocionales, cognitivos y/o relacionales. Pero estos procesos son siempre degenerativos y unidireccionales. A imagen y semejanza de lo que sucede con el sufrimiento físico, sirven para explicar las causas de los síntomas, y la evolución negativa que estos con mucha probabilidad irán experimentando. En la práctica médica lo que se considera un buen diagnóstico no es más que la previsión de un desarrollo lo más uniforme posible.

Este rumbo no tiene nada que ver con los tiempos y ritmos del desarrollo psicológico “natural”. Y los productos de estos procesos deteriorantes y teleológicos (es decir de la evolución unidireccional) son, naturalmente, entidades nosológicas estáticas como trazos, tipos, estados, personalidades, etc. El propio concepto de síndrome refleja una organización más o menos fija y coherente, compuesta por señales y síntomas.

Por el contrario, la psicopatología del desarrollo está tan atenta a lo “normal” o a los procesos generativos o “mejorantes” (Piaget, 1975) como a lo “anormal”, o a los procesos degenerativos y deteriorantes. Considera, asimismo, que los procesos puntuales patológicos y los ritmos orgánicos o sómato-emocionales se integran en el “tiempo del desarrollo natural”.

La psicopatología evolutiva tiende a considerar síndromes, trastornos, características, tipos, personalidades y otras conceptualizaciones nosológicas estáticas, como “discontinuidades” o equilibrios, niveles, estadios, que se suceden ordenadamente a lo largo de la continuidad del propio desarrollo natural.

El objetivo integrador se ve superado por lo que, en la realidad, se produce en esta área (en la revista *Development and Psychopathology*, iniciada en 1989 y editada por Dante Cichetti, por ejemplo). Como consecuencia no parece esperarse tanto una mejor comprensión del desarrollo normal por la vía de lo patológico, sino más bien una (re)conceptualización de los grandes grupos nosológicos y de los procesos etiológicos y sintomáticos de la psicopatología en términos de continuidades y discontinuidades evolutivas. Se asume, en cierto modo, la herencia de trabajos con objetivos parecidos como *Psychoanalysis and Developmental Psychology* (Hartman, 1950) o *The significance of Jean Piaget for Child Psychiatry* (Wolff, 1960), o incluso *Application Clinique de la Psychologie Génétique* (Ajuriaguerra & Tissot, 1966).

3. LA CUESTION DE LA CONTINUIDAD VERSUS LA DISCONTINUIDAD PSICOPATOLOGICAS ENTRE LA INFANCIA Y LA VIDA ADULTA

Los principales protagonistas de la llegada de la psicopatología del desarrollo, como Achenbach (1974), Cichetti (1984, 1989), Rutter (1986, 1988; Rutter & Garnezy, 1983) o Sroufe (1983; Sroufe & Rutter, 1984) afirman la necesidad de esta disciplina respecto a las problemáticas de los dos tipos de continuidad.

La primera, ya citada, se refiere a la dependencia o no entre procesos considerados normales y patológicos. Vimos que la psicopatología biomédica se sitúa en un extremo de ruptura de esta continuidad. Y que la psicopatología comportamentista ocupa el otro extremo, minimizando las diferencias estructurales e incluso funcionales, entre unas y otros. Se sugirió también que la psicopatología evolutiva asume una posición en algún modo intermedia, atendiendo tanto a la continuidad como a la discontinuidad entre desarrollo patológico y desarrollo mejorante natural.

La segunda incide en la cuestión habitual de la continuidad entre las perturbaciones psicológicas de la infancia y las del adulto (Kagan, 1980). E indudablemente esta segunda cuestión ayuda a precisar la de la continuidad o discontinuidad entro lo normal y lo patológico.

Hace ya dos décadas que desde esta perspectiva Kohlberg y colaboradores (1972) plantearon el problema de la predictibilidad de la patología mental de los adultos a partir del comportamiento de los niños en términos de discontinuidad en la continuidad. Estas discontinuidades como se ha dicho anteriormente, corresponden a lo que la psicología del desarrollo ha designado como períodos, niveles o estadios.

“En esos modelos (evolutivos de la continuidad) más complejos, un conflicto en la infancia es mantenido como un tema en el desarrollo posterior, pero su relación con el tipo de patología o, de hecho, su resolución saludable o no viene determinada por los acontecimientos del desarrollo mismo durante la vida adulta.” (Kohlberg et al., 1989, p. 1227).

Entre tanto estas afirmaciones están lejos de suscitar una aceptación incondicional. En primer lugar porque, inversamente al psicoanálisis, tanto la psicopatología tradicional como la evolutiva evitan reducir la explicación de los procesos patológicos de los adultos a las vivencias infantiles. En consecuencia muchas perturbaciones mentales manifiestas en la vida adulta se deben a razones que difícilmente se pueden retrotraer a la infancia.

En segundo lugar, debido a la especificidad de la psicopatología infantil, en relación a la de los adultos. De modo general, como bien distingue Garber (1984), se pueden considerar al menos cuatro tipos de continuidad:

- a) trastornos que tienen su origen en la infancia y que persisten en la edad adulta (por ejemplo: debilidad mental, autismo, síndrome de La Tourette);
- b) trastornos que aparecen en la infancia, pero que sólo excepcionalmente se

prolongan en la edad adulta (por ejemplo: enuresis funcional, mutismo selectivo).
c) trastornos que, estando generalmente asociados a la infancia o adolescencia, pueden aparecer con frecuencia en la vida adulta (por ejemplo: anorexia y bulimia).

d) trastornos que constituyen grupos nosológicos propios de la patología adulta, pero que pueden tener antecedentes, aunque con otras formas sintomáticas, en la infancia o en la adolescencia (como por ejemplo: síndromes afectivos, de ansiedad y de personalidad).

La relativa especificidad de los trastornos psicológicos infantiles lleva mucho tiempo siendo reconocida por la psicopatología tradicional. Actualmente en los institutos de psiquiatría, la enseñanza de la psicopatología de los adultos alterna, más o menos equitativamente, con los de la infancia y adolescencia. Esto no impide, sin embargo, la persistencia de una inclinación “adultomórfica” (Phillips et al., 1975; Garber, 1984), que niega a la psicopatología infantil un estatuto epistemológico y clínico propio, orientado a definirla en términos de nosología de adultos. La posibilidad de existencia de varios tipos de continuidades entre ambas psicopatologías, realza todavía más el papel del desarrollo en la comprensión de lo que las une y de lo que las separa.

En la actualidad la reflexión incide sobre el cuarto tipo, citado más arriba, precisamente porque en él se expresa más que en cualquier otro la cuestión de la discontinuidad dentro de la continuidad, tanto a nivel estructural como a nivel sintomático.

La psicopatología tradicional no trata directamente la cuestión de las relaciones entre ambas patologías en términos de continuidad y discontinuidad, sino de factores y procesos etiológicos. En general se puede decir, siguiendo a Sameroff (1989) que el modelo biomédico de psicopatología se asienta sobre todo en tres principios etiológicos:

- El mismo determinante provoca la misma estructura patológica tanto en niños como en adultos.

- El mismo determinante provoca los mismos síntomas igualmente en cualquier edad.

- Trastornos específicos en la infancia llevan a trastornos parecidos en los adultos.

De acuerdo con este modelo, los trastornos infantiles pueden considerarse buenos predictores de los trastornos adultos, debido a su continuidad etiológica y sintomática.

Sin embargo esta relación causal, directa e inevitable, perdió parte de su razón de ser con la llegada del sistema DSM. La cuestión de la continuidad se aborda con una prudencia extrema, estigmatizando el reconocimiento de estadios o de niveles evolutivos, como más adelante se verá, a propósito de algunos trastornos de personalidad. Puede ser interesante examinar con algún detalle las escasas pistas, que el DSM nos da, para comprender las dificultades de la psicopatología tradicional

respecto a la asimilación de los conceptos evolutivos.

4. CONTINUIDAD DE SINDROMES Y SINTOMAS EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS, ANSIEDAD Y PERSONALIDAD EN EL DSM-III/R

Los ejemplos siguientes se toman de las secciones designadas como "edad de aparición" y "factores de predisposición" que aparecen en la descripción de la mayoría de los grupos nosológicos considerados en el DSM-III/R.

(I) TRASTORNOS AFECTIVOS (DSM-III/R)

- **Episodio maniaco:** La media de edad de aparición se sitúa al inicio del período de los 20. Un número importante de casos aparece después de los 50.
- **Episodio depresivo mayor:** La media de edad de aparición se sitúa al final de los 20, aunque puede aparecer en cualquier edad. En los niños, además, va frecuentemente acompañado de trastornos de ansiedad (de separación, de evitación); en los adolescentes con comportamientos antisociales y negativistas (de oposición, de conducta, de dependencia de sustancias psicoactivas).
- **Ciclotimia:** Inicio generalmente en la adolescencia o principio de la vida adulta.
- **Distimia o neurosis depresiva:** Inicio generalmente en la infancia, adolescencia o principio de la edad adulta; por esa precocidad ha sido denominada como personalidad depresiva. En la infancia y adolescencia se hallan factores predisponentes en otros trastornos (de conducta, hiperactivo, déficit atencional) o con un medio desorganizado o rechazante.

(II) TRASTORNOS DE ANSIEDAD (DSM-III/R)

- **Ataque de pánico:** La edad media de aparición se sitúa al final de los 20. Un factor de predisposición puede ser la ansiedad de separación en la infancia.
- **Fobia social:** Final infancia o principio adolescencia.
- **Fobia simple:** Las fobias a animales se inician casi siempre en la infancia; a la sangre o las heridas en la adolescencia; A las alturas, espacios cerrados, etc. después de los 40. La mayor parte de las fobias cuyo inicio se da en la infancia tienden a desaparecer sin tratamiento. Las que persisten en la edad adulta raramente acaban sin intervención.
- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Inicio en la adolescencia y primera edad adulta, pero también en la infancia.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Edad de comienzo variable, entre 20 y 30, por lo general.

(III) TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

- **Trastorno de personalidad antisocial:** Precedido generalmente por el trastorno de conducta, antes de los 15; en las chicas se manifiesta en la pubertad, mientras que en los chicos está presente ya desde la infancia. La falta de disciplina o el abuso parental o el alejamiento de casa aumentan la probabilidad de desarrollo de la personalidad antisocial.
- **Trastorno de personalidad límite:** Inicio generalmente al final de la adolescencia, cuando los jóvenes intentan separarse de las significaciones de su familia y establecen sus propias opiniones.
- **Trastorno de personalidad evitativa:** El trastorno evitativo en la infancia o

adolescencia predisponen.

- **Trastorno de personalidad dependiente:** Como factor predisponente se señala la ansiedad de separación.

- **Trastorno de personalidad pasivo-agresiva:** Predisponente el trastorno de desafío de oposición de la infancia/adolescencia.

Esta exposición de los períodos de inicio de los principales síndromes afectivos, ansiedad y de personalidad del DSM-III/R, así como otras tendencias del determinismo patológico entre trastornos de la infancia y esos síndromes sugiere algunos comentarios.

En primer lugar el comienzo de la vida adulta parece constituir un importante período de emergencia de los síndromes afectivos y de ansiedad. Tal es el caso de los episodios maníacos, ciclotímicos, pánico, agorafobia, neurosis obsesivas y ansiedad generalizada.

Con todo, episodios depresivos y neurosis depresivas, o que al menos siguen esta tendencia, pueden localizarse también en la infancia. En este caso asumen formas sintomáticas diferentes de las de los adultos.

A su vez las fobias simples y sociales, aparecen predominantemente en la infancia y en la adolescencia. Las zoofobias aparecen casi exclusivamente en la temprana infancia y, a semejanza de otras fobias simples de inicio precoz, tienden a desaparecer posteriormente.

En segundo lugar existen pocas indicaciones sobre trastornos específicamente infantiles, que puedan actuar como factores de predisposición para la emergencia de trastornos afectivos y de ansiedad. La ansiedad de separación y el “trastorno de conducta” parecen ser los más propensos a una continuidad patológica, además de otras formas.

Finalmente, los trastornos de personalidad, cuyo inicio se halla localizado igualmente en el comienzo de la vida adulta, parecen presentar antecedentes importantes en los trastornos infantiles, ligados a la relación y a la socialización. Aunque esa continuidad se refiera sólo a cuatro tipos de trastorno, es posible que nuevos avances en este campo, lleguen a descubrir tendencias semejantes en otros tipos (por ejemplo: paranoide, esquizoide, esquizotipo, histriónico, narcisístico, obsesivo compulsivo, sádico y defectivo).

También aquí cabe distinguir entre las personalidades adulta, como la antisocial y de evitación, que parecen constituir una prolongación de los trastornos infantiles, con la semejanza de características y síntomas entre ambos, de las de los otros tipos, como la borderline, donde la continuidad es menos evidente. De ahí las precauciones del DSM al no considerar estas personalidades como discontinuidades o períodos de desarrollo.

En relación a las dos cuestiones levantadas anteriormente sobre la continuidad se puede afirmar que el sistema DSM, como la gran mayoría de las clasificaciones psicopatológicas del modelo médico, apuesta por una discontinuidad sobre la

continuidad. Así establece también un margen importante, o desviación, separando estructural y funcionalmente lo normal de lo patológico. Y continúa defendiendo esta discontinuidad, al referirse a los trastornos de la infancia y la adolescencia, de los de la vida adulta. Aunque, a veces, invierta esta tendencia abriendo hipótesis de continuidad, sobre todo para los síndromes más estables o personalidades.

5. CONTRADICCIONES Y DILEMAS EN LA CUESTION DE LA CONTINUIDAD.

La psicopatología tradicional acepta siempre a regañadientes la hipótesis de la continuidad etiológica y sintomática entre la patología del niño y del adulto. Como se ha visto el DSM-III/R que pasa por ser el referente más progresista e integrador de la psicopatología médica, evita cualquier afirmación comprometida con la continuidad estructural o sintomática. Y, como se ha visto, en el caso de las personalidades "borderlines" o de evitación, huye de cualquier consideración en términos evolutivos.

Por su parte la psicopatología evolutiva se constituye, precisamente, en las cuestiones de la continuidad versus la discontinuidad de la sintomatología a lo largo de la vida.

Sus fuentes de información se basan en estudios de valor desigual. Los más frecuentes, sujetos a cautela, se refieren, por un lado, a comparaciones entre emergencia de síntomas en el niño y el adulto, o entre características sintomáticas de uno y otro y, por otro lado, a las descripciones retrospectivas de los adultos diagnosticados en un determinado síndrome, de sus síntomas en la infancia y la adolescencia. Con mucha menor frecuencia, se encuentran estudios longitudinales para comprobar más objetivamente la continuidad eventual, o la discontinuidad, de los diversos grupos nosológicos (Rutter, 1982).

Claro que estas cuestiones están ligadas a la inevitable controversia sobre la herencia, en cuanto determinante entre otras (por ejemplo: primeras vivencias de la infancia, influencia educativa, ambiente familiar). Para unos la herencia es, sin duda, el factor más responsable de la predisposición de los trastornos afectivos en el niño y en el adulto (Nurnberber & Gershon, 1984; Post & Ballanger, 1984). Para otros es poco lo que se sabe de ese determinismo y de lo que se transmite (Baron et al., 1981; Kidd & Weissman, 1978; Rutter, 1986). Esta ambigüedad se mantiene igualmente cuando se pasa al análisis de los diferentes síndromes afectivos y ansiógenos.

Hay que destacar, en primer lugar, que los adultos diagnosticados de un síndrome neurótico (por ejemplo, de ansiedad, humor, psicossomático) pueden haber tenido o no una infancia donde la totalidad o parte de los síntomas de ese síndrome estarían ya presentes.

Como se indicó la psicopatología tradicional tiende a colocar al final de la adolescencia o ya en la joven vida adulta la emergencia de estos trastornos. Ahora

bien, muchos estudios actuales, sobre todo a propósito de los procesos biológicos en las neurosis, afirman la precocidad de su inicio. (Nurnberger & Gershon, 1984; Post & Ballenger, 1984). Por ejemplo, la emergencia de las neurosis obsesivas puede ser localizada igualmente tanto en los inicios de la edad adulta (Ingram, 1961; Pollit, 1957; Rachman & Hodgson, 1980) como en la infancia (Black, 1974; Kringlen, 1970; Templer, 1972). Las mismas ambigüedades resaltan en la localización del inicio de los episodios maníacos, habiendo quien aboga por su aparición precoz en la infancia (Winberg & Brumback, 1976) y quien defiende su emergencia más tardía, a saber en la adolescencia (Hassanyeh & Davison, 1980). También parece existir una gran variabilidad en el modo de la emergencia del síndrome. Los síntomas pueden manifestarse de forma poco pronunciada y episódica, para después, en el paso de la infancia a la adolescencia y la vida adulta, aumentar progresivamente su frecuencia e intensidad; o por el contrario el niño exhibe una sintomatología actitudinal y emocional continua y exacerbada (por ejemplo, Black, 1974; Kringlen, 1970; Mittler, 1970; Rachman & Hodgson, 1980; Rutter et al., 1981).

En el mismo orden de cosas es difícil saber si la mayoría de los síndromes neuróticos del niño, que se prolongan en la vida adulta, emergen separadamente o derivan de otros. Por ejemplo, aunque se reconozca que la depresión es más común que las obsesiones en la infancia (Rutter, 1986; Rutter et al., 1981), las obsesiones pueden surgir tanto de la depresión como al revés (Rachman & Hodgson, 1980). Igualmente en el interior de un único síndrome bipolar, como la ciclotimia, no se sabe si el componente maníaco se adquiere como componente depresivo en la infancia, aunque se manifieste más tarde (Loranger & Levine, 1978; Rutter, 1986), o si el primero deriva del segundo, o se adquieren de cualquier otra forma.

Independientemente de la edad de inicio de los trastornos y de las formas de su aparición, se puede preguntar si los niños, con neurosis afectivas o de ansiedad, prolongan o no en la vida adulta el mismo tipo de sintomatología.

En este aspecto los adeptos a la continuidad sintomática afirman que los síntomas básicos, por ejemplo, los de los episodios depresivos mayores (Carlson & Cantwell; Puig-Antich et al, 1978; Welner et al., 1977), distimia (Kovacs et al. 1984) o de los episodios maníacos (Carlson & Strober, 1978) permanecen sin grandes alteraciones desde la infancia a la adolescencia. Estas constataciones de continuidad pueden poner, además, el problema de la eventual cronicidad de tales trastornos (Ghodsian et al, 1980; Kovacs et al., 1984).

Sin embargo, otros autores afirman que muy pocos niños con neurosis afectivas o de ansiedad prolongan su trastorno en la edad adulta (Dahl, 1972; Rutter, 1972; Zeitlin, 1985). Y esto por dos tipos de razones que tienen una importancia fundamental para la psicoterapia de los niños: el consejo a los padres o la psiquiatría infantil.

6. SINTOMATOLOGIA TRANSITORIA Y TRANSFORMABLE Y LIMITES DE LA INTERVENCIÓN TERAPEUTICA CON LOS NIÑOS

En primer lugar la psicopatología evolutiva manifiesta como la psicología evolutiva un optimismo moderado en relación a la posibilidad de los niños y los adolescentes de padecer trastornos neuróticos “transitorios”, que desaparecen antes de la vida adulta (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Rutter, 1982; Sameroff, 1989). En consecuencia muchos síntomas, incluso frecuentes y exacerbados, afectivos disfórico o eufórico, de ansiedad frente a ambientes físicos, objetos o personas, de pánico pérdida de control, de preocupaciones repetitivas y comportamientos compulsivos (como muchos síntomas somatoformes y perturbaciones del sueño) no son más que expresiones reactivas normales de la infancia. Esta se desarrolla normalmente en la dialéctica de la vida sobre todo la de las situaciones de adversidad y stress, como una “expresión emocional” (por ejemplo, tristeza, alegría, miedo) más intensa y extensamente reactiva y más variable que en la adultez.

La gran mayoría de los llamados “síntomas” neuróticos de la infancia y la adolescencia constituyen, así, procesos de adaptación y no de patología. Permiten al niño con mayor o menor dificultad, superar los problemas inherentes a los períodos de grandes cambios biológicos, cognitivos y relacionales.

Conviene señalar que los trastornos emocionales se extienden menos que los de conducta a la vida adulta (Rutter, 1982). Es difícil interpretar estas diferencias. Tal vez la existencia más efímera de los trastornos emocionales se deba a su función más marcadamente adaptativa. Lo que parece estar de acuerdo con las teorías que realzan la naturaleza esencialmente adaptativa de la expresión emocional (Izard, 1977; 1978).

Otros síntomas neuróticos pueden, por el contrario, ser efectivamente desviados, aunque conserven su orientación reactiva y transitoria y se vean restringidos a la infancia y a la adolescencia. Muchos de estos trastornos de tipo neurótico, designados por el DSM-III/R como “habitualmente evidentes desde el principio” en la infancia o en la adolescencia, pueden hallarse en este caso. Lo que, a su vez, parece corresponder a una concepción de la emoción como proceso esencialmente desestructurador o perturbador (Mandler, 1975; Schachter, 1971). Según Greenberg y Safran (1987) estas emociones secundarias reactivas son expresión de procesos emocionales o cognitivos subyacentes. Siendo disfuncionales, constituyen habitualmente el objetivo de las acciones terapéuticas.

En segundo lugar, la psicopatología evolutiva no niega que ciertos trastornos en la infancia o en la pubertad no se prolonguen a la vida adulta. Se trataría, sin embargo, de una continuidad patológica que integra formas evolutivas de discontinuidad. En otras palabras, ciertas características de los trastornos de la infancia pueden diferenciarse o transformarse a medida que se realiza el desarrollo (Garber, 1984; Sroufe & Rutter, 1984; Rutter, 1982, 1986).

Por ejemplo los trastornos depresivos no evolucionan uniformemente durante

la infancia y la adolescencia, sino que emergen más notablemente en ciertos períodos (Rutter, 1986):

- a) desde el final del primero al cuarto año, cuando los niños se muestran más sensibles a los procesos de separación y desvinculación;
- b) durante los cambios biológicos de la pubertad;
- c) en el último período de la adolescencia (15-19 años), con importante conducta parasuicida.

Entre estos períodos o después del último se produce normalmente un descenso acentuado de la sintomatología depresiva.

Pero la idea de la discontinuidad en la continuidad no apunta apenas un cambio de frecuencia, de intensidad, de durabilidad, o del número de situaciones en que se manifiestan los síntomas que caracterizan el síndrome. La neurosis infantil es diferente de la adolescencial, y estas de las del adulto, porque los cambios cualitativos se sobrepone a los cambios cuantitativos. Falta saber qué es lo que se puede considerar como un cambio cualitativo en la continuidad de la vivencia psicológica.

Antes de intentar dar respuesta a esta cuestión, parece oportuno volver a la distinción anterior, entre síntomas transitorios, en cuanto limitados a la infancia y adolescencia, y síntomas perdurables que se prolongan en la vida adulta, aunque experimentando transformaciones sucesivas.

Esta distinción levanta necesariamente ciertas dudas en cuanto a la adecuación de la mayoría de los modelos de diagnóstico y tratamiento de los síndromes y síntomas neuróticos en la infancia.

Por ejemplo, la naturaleza transitoria y adaptativa de muchos trastornos en la infancia y adolescencia abre la cuestión de la necesidad de una intervención terapéutica, directamente con el niño, para reducir o eliminar esa sintomatología. ¿No sería preferible una actuación preventiva con los padres (y/o otros agentes educativos de contacto frecuente y natural con el niño)?

Paralelamente, si los síntomas se transforman, la intervención con el niño no puede ser puntual, o restringirse al período de mayor intensidad o extensibilidad sintomática. Dado que pueden darse con posterioridad una o más reemergencias de los síntomas bajo otras formas. ¿No sería preferible una acción terapéutica más prospectiva, esto es con una periodicidad menos frecuente de lo habitual, pero distribuyéndose ordenadamente a lo largo del tiempo de desarrollo?

Finalmente al darse en los niños de hecho una mayor transitoriedad de los trastornos emocionales en comparación con los de conducta, debe planificarse la intervención en vistas a modificar los procesos afectivos con más cuidado y discernimiento que otros tipos de intervención.

7. DE LA INTEGRACION EMOCIONAL Y COGNITIVA A LA DISCONTINUIDAD DEL SIGNIFICADO.

“Los modelos que usamos para describir el desarrollo cognitivo no se aplican a las emociones. La razón principal para esto es que, comparado con el sistema cognitivo, la mayor parte del sistema emocional, o está presente ya en el momento del nacimiento o es función de los procesos de maduración que se hallan virtualmente terminados a los ocho meses. Las excepciones posibles son las emociones de desprecio, vergüenza, timidez y culpa, cuyos sustratos parecen ser más dependientes de la interacción con el desarrollo posterior de las capacidades cognitivas (Izard & Schwartz, 1986, p. 44).

Los autores de esta cita refuerzan esta idea de la gran precocidad de la ontogénesis de las emociones, señalando las dos principales teorías en este campo. La de la “diferenciación” (Bridges, 1932), que afirma que el niño nace con una o dos emociones de afiliación y de excitación indiferenciadas, y que las otras emociones se distinguen durante los primeros 18 meses como resultado tanto de la maduración como del aprendizaje socializante. Y la de las emociones discretas (Izard, 1978), que defiende más bien que el niño ya nace con los mecanismos neurológicos de cada una de las emociones, que pueden ser expresadas a partir de los siete meses, alcanzando su plena funcionalidad antes de los dos años.

La hipótesis de considerar como criterio de discontinuidad los cambios eventuales en la expresión sintomática emocional a lo largo del desarrollo, parece chocar con la alta probabilidad de que las emociones se hallen constituidas de hecho bastante precozmente. Los niveles eventuales de desarrollo emocional se alcanzarían ya en la infancia.

¿Puede decirse, en consecuencia, que la razón se halla del lado de los adeptos a la continuidad sintomática, que afirma que los síntomas básicos de los trastornos afectivos y de ansiedad permanecen sin grandes alteraciones desde la infancia a la adolescencia?

La respuesta debe ser afirmativa si por síntomas básicos se entiende la expresión de las emociones básicas (Izard & Schwartz, 1986) como la ansiedad, la tristeza, la cólera, el rechazo o el miedo. Así los síntomas definidos por medio de estas emociones precoces serían prácticamente los mismos en la infancia que en la adolescencia, en el joven adulto que en edad avanzada. Greenberg y Safran las llaman “emociones primarias”, acentuando que su expresión puede tener una función adaptativa en psicoterapia.

La respuesta debe ser, en cambio, probablemente negativa, si se entiende por síntomas básicos, una u otra forma más elaborada de expresión emocional, que habitualmente se designa con el nombre de sentimientos (depresión, vergüenza, timidez o culpa), de las que muchos terapeutas se quieren librar para llegar a las cogniciones que les subyacen. El componente cognitivo de esta expresión emocional sintomática será difícilmente el mismo a través de la evolución de la infancia a

la edad adulta.

Esto plantea la inacabable cuestión de las relaciones entre cognición y emoción a la que se puede responder diciendo que ambas son inseparables (Décarie, 1973; Greenberg & Safran, 1987), siendo probablemente el afecto tanto la energía (Piaget, 1954) como la “motivación (Izard & Schwartz, 1986) de las actividades cognitiva y de acción. De este modo la expresión emocional de las cogniciones puede estructurarse de la misma forma que la expresión cognitiva de las emociones.

Estas estructuras cognitivas emocionales representan, por tanto, cambios cualitativos y definen las discontinuidades sintomáticas que se procesan durante el desarrollo.

Esta afirmación parece orientar la psicopatología del desarrollo (Cicchetti, 1984; Garber, 1984; Sroufe & Rutter, 1984) hacia la tradición constructivista de la psicología del desarrollo (por ejemplo: Bruner, Kohlberg, Piaget, Werner). Ambas consideran, de acuerdo con el paradigma de la continuidad/discontinuidad, que los sistemas estructurales se constituyen en niveles/estadios/conservaciones de significación de la realidad, cualitativamente distintos y que evolucionan en el sentido de una diferenciación e integración progresiva (Piaget, 1975; Werner, 1957). Mejor dicho, en psicopatología se considera que estos sistemas estructurales no siempre evolucionan hacia niveles de adaptación o mejoramiento de lectura de la realidad exterior e interior y que la psicopatología surge de esa evolución “desviada”.

La psicopatología evolutiva de las significaciones individuales constituye la temática central de la presente reflexión. Incluye por definición la concepción de los niveles evolutivos caracterizados por las “significaciones de la realidad” (Por ejemplo: percepción del cuerpo, estados emocionales percibidos, sentimientos hacia los demás, creencias ontológicas, interrogaciones epistemológicas, valores normativos, juicios morales) que subyacen a las emociones y a las acciones sintomáticas.

Esta orientación psicopatológica comparte con otras el interés por las significaciones perturbadoras.

8. PATOLOGIA COGNITIVA Y PSICOPATOLOGÍA EVOLUTIVA DE LAS SIGNIFICACIONES.

El modelo cognitivo de los trastornos neuróticos de la personalidad (Beck, 1976; Beck 1985; Beck & Freeman, 1990; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977) se basa en tres afirmaciones epistemológicas esenciales:

a) la significación personal de un acontecimiento depende de los procesos cognitivos disfuncionales perturbadores (por ejemplo: de vulnerabilidad, desvalorización, negativismo, perfeccionismo, duda, manía, persecución).

b) la significación personal de un acontecimiento determina la reacción emocional de ese acontecimiento (por ejemplo: vulnerabilidad frente al peligro; ansiedad, sentido de pérdida y desvalorización; disforia, prevención del riesgo;

perfección, obsesión, hostilidad contra sí mismo, cólera).

c) Los procesos cognitivos disfuncionales (por ejemplo: egocentrismo, inferencias arbitrarias, generalizaciones excesivas, catastrofismos, tautologías) y los significados consiguientes y afectos sintomáticos, pueden cambiarse, mediante la confrontación con procesos racionales o empíricos.

La psicoterapia cognitiva se sirve, por tanto, de una patología esencialmente constituida por significaciones desviantes de la realidad. Por eso mismo paralelamente a las acciones racionalizadoras del terapeuta, el paciente se ve confrontado con el medio real y concreto (fuera de la sesión) para que le plantee “la prueba empírica” a cerca de las significaciones más apropiadas para interpretar este medio.

Contrariamente la psicopatología descriptiva tradicional, como la paradigmática del DSM-III, se preocupa muy poco de las creencias o significados subjetivos que integran los diferentes grupos nosológicos. Mientras tanto es importante señalar que las caracterizaciones de los trastornos afectivos y de ansiedad, y, sobre todo, de personalidad, constituyen una excepción. Una vez que la enumeración de los significados más tácitos acompaña a los otros síntomas somato-emocionales y actitudinales.

En lo esencial las significaciones sintomáticas de la psicopatología tradicional coinciden con la significaciones de la patología cognitiva para los principales trastornos afectivos, de ansiedad o de personalidad. Temas como atribuciones negativas, pérdidas, anticipación del peligro, evitación relacional, manipulación, etc. están presentes tanto en una como en la otra.

Y, en lo esencial, los significados sintomáticos de la psicopatología tradicional y de la cognitiva coinciden con los de la psicopatología evolutiva de los significados. Se trata, sin embargo, de una pura coincidencia temática o del contenido general (por ejemplo: significados de pérdida y de desvalorización en la depresión). Tanto los procesos de adquisición/cambio de significados, por un lado, como los de conservación/permanencia de esos contenidos significativos, por otro, separan radicalmente las dos primeras psicopatologías de la última.

En primer lugar una psicopatología del desarrollo de los significados considera que no existe diferencia entre los procesos de adquisición y cambio de las significaciones adaptativas y de las sintomáticas. Ambas se adquieren ordenadamente. Y ese orden acompaña el desarrollo psicológico. Así, las concepciones generales, o tácitas, del peligro, pérdida, hostilidad, vulnerabilidad, auto-estima, etc. cambian a medida que el individuo evoluciona física y psicológicamente. Ambas evolucionan hacia una mayor complejidad.

La psicopatología cognitiva corrobora la noción de continuidad de los procesos de adquisición de significados, tanto adaptativos como sintomáticos y se centra en los cambios de contenido y de forma de los significados subjetivos individuales. Pero no acepta la noción de cambio ordenado por las leyes del desarrollo. Al contrario, enfatiza la naturaleza idiosincrática de los significados y las contingen-

cias sociales de donde surgen.

Por su parte, la psicopatología del modelo médico parece apuntar hacia una diferenciación entre los procesos de adquisición de los significados sintomáticos y los no-sintomáticos, dado que sus formas y contenidos son estructuralmente distintos, evitando cualquier conceptualización evolutiva.

En segundo lugar una psicopatología evolutiva de los significados considera que existe una diferencia entre los procesos de conservación o permanencia de los significados adaptativos y los sintomáticos. En general los significados sintomáticos se mantienen a través de movimientos dialécticos de estancamiento y circularidad, de centramiento negativo e inclusivo, de transformación mágica, acompañada de una emocionalidad perturbadora (excesiva, intensiva, inexpresiva). Los movimientos dialécticos de identidad, inversión, reciprocidad y exploración proposicional estructuran, inversamente, tanto la permanencia como la transformación de los significados y emociones adaptativas.

Los movimientos dialécticos de significaciones sintomáticos se verán más adelante, mientras que los de significados adaptativos fueron abordados ya por nosotros en otros trabajos (Joyce-Moniz, 1988, 1989).

Aunque haya convergencias entre el modelo presente y el de Beck y Freeman (1990), en cuanto a la importancia de la densidad o de la valencia de los significados, los modelos de psicopatología cognitiva, como el modelo médico, no se refieren a la dialéctica estructural de los significados.

Niveles diferenciados de significados sintomáticos, que se adquirieron ordenadamente, y movimientos dialécticos, que los fijan o conservan, permiten, por tanto, distinguir la psicopatología evolutiva de las psicopatologías cognitiva y descriptivo-médica. La psicopatología evolutiva de los significados se constituye, de ese modo, por medio de criterios de ordenación de contenidos significativos y de la dialéctica estructurante de esa ordenación.

9. MODELO DE CINCO NIVELES DE SIGNIFICADO PARA TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD

Los niveles que siguen, propuestos por Joyce-Moniz (1985, 1989) constituyen una transposición para las significaciones de los trastornos de humor y de ansiedad, de los principales modelos de desarrollo socio-cognitivo de significaciones adaptativas. Se trata de secuencias con niveles de significación, por ejemplo de conocimiento de la realidad (Kitchener & King, 1981) de causalidad en los fenómenos del mundo físico (Piaget, 1937; Piaget & García, 1971), de la diferencia de perspectivas y papeles sociales (Selman, 1980), de control de sensaciones (Kegan, 1982), de la conciencia de experiencia emocional (Lane & Schwartz, 1987), de la convención de reglas (Turiel, 1983), de los principios y la reglamentación de la justicia (Kohlberg, 1969). La exposición de estas secuencias excede, evidentemente, el ámbito de este artículo y el lector interesado deberá consultar las

obras de referencia.

Se trata de niveles a los que todos los adultos potencialmente tienen acceso, en virtud del determinismo madurativo. Las denominaciones de estos niveles se basan en las grandes convergencias de características que se pueden encontrar en innumerables modelos de discontinuidad en el desarrollo, tal como se recoge en la Figura I.

**CONVERGENCIA ENTRE DISCONTINUIDADES DE
MODELOS DE DESARROLLO SOCIOCOGNITIVO**

PIAGET	KOHLBERG	LOEVINGER	SELMAN	KEGAN
sensorio/ motor		pre-social	indiferenciado	incorporativo
preoperatorio	castigo y obediencia	impulsivo	egocentrado	impulsivo
concreto	hedonismo instrumental ingenuo	oportunista	reciprocidad	imperial
formal inicial	aprobación buena relación	conformista	mutualidad	interpersonal
formal completo	ley y orden	consciente	socialidad	institucional
post-formal	orientación por principios	autónomo		interindividual

FIGURA I

Los ejemplos que siguen se orientan a dar una idea de las significaciones más generales de cada nivel subyacentes a la emocionalidad ansiosa

NIVEL 1.- ORIENTACIÓN PRE-SOCIAL: AMORALIDAD Y ANOMIA
 A) Existe el peligro real porque la persona lo ve. La percepción de la realidad concreta y las significaciones de peligro son idénticas. Miedo y ansiedad, así como las significaciones de peligro no requieren explicación.
 B) Pérdida de protección, como significación disfórica preponderante. Desvalorización del dominio personal centrada en la separación actual o potencial de personas próximas o figuras de autoridad o en la pérdida de posesiones concretas o apariencias figurativas.

La persona evita cualquier posibilidad de tener que contar con ella sola.

C) El riesgo y la amenaza existen sólo cuando la persona piensa en ellos.

Los actos circulares repetitivos, la preocupación excesiva por detalles, las demoras sirven para prevenir el riesgo, una vez que han sido utilizados por la persona.

D) La hostilidad contra uno mismo debe ser automáticamente seguida de castigo. El mal comportamiento es la desobediencia a deberes concretos impuestos por la autoridad.

NIVEL 2. - ORIENTACION INSTRUMENTAL: DUALIDAD Y HETERONOMIA

A) El peligro objetivo existe, pero no es reconocido de inmediato.

Las significaciones de peligro son el resultado de una cierta acumulación de evidencia (pruebas).

El miedo y la ansiedad puede explicarse en términos cuantitativos y concretos.

b) Pérdida de oportunidad, como significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrada en la actual o potencial maximalización de pérdidas y minimalización de ganancias; o en la pérdida de posesiones concretas o apariencias, que pueden ser medidas y apenas nombradas.

La persona evita cualquier posibilidad de desviarse de sus intereses y necesidades hedonísticas.

C) Existen los riesgos y amenazas, pero tardan en ser notados.

Los actos circulares y repetitivos, la preocupación excesiva con detalles. Las demoras, no siempre resultan eficaces para prevenir el riesgo, por la persona necesita utilizarlos.

Los impulsos no pueden ser neutralizados y su ocurrencia justifica su adecuación.

D) La hostilidad contra sí mismo debe ser retribuida de acuerdo con las necesidades y los intereses de la persona

El mal comportamiento es la satisfacción de necesidades e intereses personales, sin tener en cuenta las necesidades e intereses de los demás.

NIVEL 3.- ORIENTACION PRO-SOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)

A) Existe el peligro, pero no puede ser conocido de forma inmediata con seguridad.

Las significaciones de peligro son idiosincrásicas para la persona, que es la fuente y el juez de su relevancia.

Miedo y ansiedad sólo pueden explicarse por cada individuo en particular.

B) Pérdida de aprobación como significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrado en la censura / desaprobación actual o potencial por parte de personas próximas o en la pérdida de haberes sociales y apariencias convencionales.

La persona evita cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás en relación a sí misma.

C) Riesgo /amenaza remotos y perfeccionismo existen, pero no pueden ser conocidos con seguridad.

Actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva con los detalles, demoras, dudas no siempre son eficaces para la prevención del riesgo o en la consecución

de la perfección, pero la persona precisa utilizarlos para evitar la inseguridad. Los impulsos son demasiado idiosincráticos para ser controlados.
D) La hostilidad contra sí mismo debe ser reprobada, dado que deriva de malos motivos.
El mal comportamiento resulta de faltar a los seres queridos.

NIVEL 4.- ORIENTACION PRO-SOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMICA (CONFORMISMO INSTITUCIONAL).

A) El peligro es subjetivo y refleja un punto de vista personal, algunas significaciones de peligro son más racionales o basadas en una evidencia más fuerte, que otras.

El miedo y la ansiedad se pueden explicar en términos de ruptura con sistemas establecidos de creencias y reglas.

B) Pérdida de orden social, con significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrada en la ausencia personal o potencial de responsabilidad y deber en la comunidad; o en la pérdida de haberes sociales o apariencias convencionales que pueden ser institucionalizadas más allá de la valorización interpersonal.

La persona evita cualquier posibilidad de quebrar las reglas sociales y desviarse de la conciencia convencional.

C) Riesgo/amenaza remotos y perfeccionismo sólo existen como significaciones personales que tienen su origen en la racionalidad y la conciencia convencionales.

Los actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva con los detalles, demoras, dudas no siempre son eficaces en la prevención del riesgo o en la consecución de la perfección, pero la persona asume el deber de utilizarlos.

Los impulsos son demasiado irracionales para controlarlos. D) La hostilidad contra sí mismo debe ser corregida para la salvaguardia de los valores sociales. El mal comportamiento estriba en la infracción de las normas y reglas institucionales.

NIVEL 5.- ORIENTACION POSCONVENCIONAL: RELATIVISMO Y AUTONOMIA

A) El peligro es subjetivo y refleja un punto de vista personal que puede ser formado por múltiples significaciones por un acontecimiento dado.

Las significaciones de peligro no pueden basarse sólo en la evidencia racional, porque la persona crea sus propios criterios de racionalidad, que pueden cambiar radicalmente esas significaciones.

Miedo y ansiedad se pueden explicar en términos de cogniciones y activación emocional.

B) Pérdida de autonomía, con significación disfórica predominante.

Desvalorización del dominio personal centrada en una crisis existencial real o potencial (relativismo metafísico); o en pensamientos abstractos o metaconocimiento.

La persona evita cualquier posibilidad de cuestionar o invalidar principios de individualidad, autonomía, justicia, creatividad.

C) Riesgo y amenaza remotos y perfeccionismo envuelven las significaciones individuales contradictorias

Actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva por los detalles, demoras,

dudas no siempre son eficaces en la prevención del riesgo o en la consecución de la perfección, y la persona duda de sus propias inseguridades sobre su utilización eventual.

Los impulsos son demasiado dudosos y contradictorios para ser controlados.

D) La hostilidad contra sí mismo debe ser denunciada porque viola los derechos fundamentales de la persona; el mal comportamiento es la violación de los principios de la conciencia personal.

10.- SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE NIVELES DE SIGNIFICACIONES ADAPTATIVAS Y SINTOMÁTICA.

Este modelo integra, por tanto, las significaciones sintomáticas centrales de la psicopatología cognitiva y, en su mayor parte, de la psicopatología biomédica, en las secuencias de desarrollo de las significaciones adaptativas, formuladas en la psicología del desarrollo cognitivo y socio-cognitivo.

Además, como ya se dijo, este paralelismo entre lo normal y lo patológico está sujeto a los límites impuestos por la propia dinámica entre evolución, o diferenciación, y permanencia o conservación. Así, no parecen existir diferencias entre los procesos de adquisición y cambio de las significaciones adaptativas y las sintomáticas. Ambas evolucionan hacia una complejidad cada vez mayor. Cambian en su contenido específico, pero también en su forma. Las significaciones sintomáticas de los niveles superiores, a semejanza de las adaptativas, son más inclusivas, extensivas y abstractas que las de los niveles inferiores.

Por el contrario, parecen existir diferencias entre los procesos de conservación y permanencia de las significaciones adaptativas y las sintomáticas. Pudiendo ofrecer la misma inclusividad, extensión y abstracción, las significaciones de niveles inferiores son bastante menos reversibles (transformables,) y flexibles (coordinables/combinables) que las adaptativas.

Por ejemplo, las significaciones del nivel 5 son menos absolutas, estereotipadas o figurativas de lo que lo son las de niveles inferiores. Pero eso no significa que no sean menos fijas o dogmáticas o que acepten mejor su propia contradicción.

Una tipología evolutiva “desdobla” o diferencia los temas de las significaciones sintomáticas de las psicopatologías cognitiva y tradicional, de acuerdo con el orden de adquisición. Si se acepta la tesis de la universalidad de los estadios o niveles se puede considerar que este orden es común a todos los individuos, por lo que pueden aplicarse, al menos, mayoritariamente.

Siendo el acceso a los varios niveles ordenado e inclusivo esta tipología ofrece una concepción etiológica que trasciende el centramiento habitual en las causas últimas de los síntomas. Pretende llegar al estudio de los procesos evolutivos del trastorno, es decir: tanto las formas como los síntomas subjetivos se transforman ordenadamente. Muchas de las significaciones que se adquieren en un determinado nivel se transforman e integran en la constitución de los niveles siguientes.

Aunque otras significaciones no se transforman, no dejan de existir con todo,

con el acceso de la persona a los niveles superiores. Simplemente, caen en desuso. Entran en una especie de lo que algunos llamarían “estado latente”, otros “repertorio cognitivo” y otros, todavía, “estructura tácita”, permaneciendo de este modo a disposición de la persona. Así, en términos de posibilidades, una persona de nivel 1 sólo puede manifestar significaciones sintomáticas del mismo nivel; una de nivel 3, puede virtualmente optar por los tres niveles (1, 2 y 3); y una de nivel 5, finalmente, dispondrá de un abanico todavía más amplio de elección.

Normalmente las personas tienden a expresar mayormente las significaciones adaptativas del nivel más alto al que han conseguido acceder. Pero no siempre sucede de la misma manera, a causa de la orientación dialéctica de las propias significaciones. Estas no sólo se transforman, sino que también permanecen, dándose una relación activa y confrontativa entre unas y otras. El hecho de que un individuo consiga significaciones de un determinado nivel, no le obliga a utilizar intensiva y extensivamente estas significaciones. Regresiones temporales, conyunturales o accidentales a significaciones de niveles inferiores forman parte de la dialéctica de la vida. La coherencia evolutiva, entre las significaciones de la persona, no siempre es adaptativa ni deseable, frente a la incoherencia de las significaciones de los interlocutores.

Se observa con razón que las personas con trastornos afectivos y de la personalidad tienden a utilizar con más persistencia las significaciones de un determinado nivel, con respecto a las personas que no ... Esta tendencia hacia la “coherencia sintomática”, caracteriza, más bien lo que generalmente se entiende en psicopatología por síndrome o nosología.

Se pueden verificar igualmente desplazamientos entre niveles de significación (por ejemplo, atribuciones de incoherencia y disociación, dilemas existenciales, sentimientos de indecisión, Joyce-Moniz, 1988).

Se ha señalado con anterioridad que las significaciones sintomáticas se mantiene a través de movimientos dialécticos de centración negativa e inclusiva, estancamiento, circularidad o transformación “mágica”, acompañados de una emocionalidad perturbadora (es decir: excesiva, intensa o inexpressiva).

Puede ser interesantes considerar las características de esta dialéctica.

11.HIPERVALENCIA Y DIALECTICA DE LAS SIGNIFICACIONES SINTOMATICAS

Las significaciones son actividades cognitivas dirigidas a un fin, el de interpretar o explicar la realidad. Desde un perspectiva constructivista se puede considerar que las significaciones individuales equivalen a construcciones mentales, que se producen de forma ordenada e inclusiva durante el desarrollo.

Como mostraron Piaget, Bruner o Kohlberg estas actividades cognitivas no se adquieren separadamente, sino progresiva e integradamente. La pregnancia o la heurística de una significación proviene precisamente de su relación con otras

significaciones. Jugando con las palabras se puede decir que una significación sólo es significativa si se compara con otras significaciones. O con otras palabras, todo el significado de la realidad se constituye en la dialéctica con otros significados.

Y toda la dialéctica tiene una dirección de expansión. Como consecuencia la competición entre diferentes significados, con contenidos considerados tanto adaptativos como sintomáticos, y pudiendo pertenecer a diferentes niveles, busca la preponderancia de unos sobre otros. Lo que se traduce en su emergencia en la conciencia del individuo. O en la atención selectiva y continuada de que ciertas significaciones son objeto en el flujo de pensamiento.

Para Beck y Freeman (1990) esta dirección dialéctica de la significación se explica en términos de “cualidades estructurales” de un esquema cognitivo: a) su densidad o preeminencia relativa a otros esquemas y b) a su valencia, o nivel de activación en un determinado momento, que varía de latencia a hipervalencia.

Así en un contexto de competición entre significados se presenta a la conciencia o es objeto de atención selectiva la que goza de mayor valencia o se activa más fácilmente y es de mayor densidad o prepotencia. Este significado será por tanto, activado más frecuentemente que los demás en respuesta a cualquier acontecimiento que introduzca una duda o un conflicto.

En las secuencias de desarrollo el acceso a cada nivel se halla caracterizado por la hipervalencia y por la densidad de un conjunto o sistema de significaciones, relativamente a las de los niveles anteriores.

Como ya se dijo, esta cuestión es de especial importancia en la psicopatología cognitiva. Por ejemplo, las significaciones de vulnerabilidad son hipervalentes en los trastornos de ansiedad, las significaciones de pérdida y desvalorización en la depresión; las significaciones de perfección y control en la obsesión compulsiva.

La psicopatología evolutiva subraya, por tanto, la prominencia y la hipervalencia de las significaciones sintomáticas de determinado nivel sobre las significaciones adaptativas de este nivel y sobre las significaciones adaptativas o sintomáticas de otros niveles.

En general, la hipervalencia de estos sistemas de significación sintomática se ven acompañados por una manifestación excesiva de emocionalidad. De acuerdo con la tradición aristotélica de la psicoterapia, puede llamarse también catártica, puesto que implica una gran concentración, activación y expresión de emoción. Como consecuencia en los trastornos afectivos la expresión de disforia, euforia, ansiedad, obsesión, etc. es exagerada intensa y extensivamente.

Lo que distingue las significaciones sintomáticas de las adaptativas no es una cuestión de diferencias de contenidos, como se pretende frecuentemente en psicopatología cognitiva (Villegas, 1990). La prevención del peligro, la consecución de perfección, y la actitud negativa frente a las pérdidas, incluso acompañadas de una expresión emocional excesiva, son sólo sintomáticas (es decir, constitutivas de síndromes/trastornos neuróticos) si se mantienen a través de movimientos

dialécticos de centración negativa, estancamiento, circularidad o transformación “mágica”.

Cuatro son los principales movimientos dialécticos que estructuran la competición entre las significaciones individuales por la preponderancia, conservación e hipervalencia.

I.- *Estancamiento*: repetición compulsiva del contenido de significación hipervalente (Sh): Sh=sh=sh=sh... Es decir: inmovilismo, repetición, obsesión, compulsión, apatía, referencia, distractibilidad.

II.- *Centramiento negativo*: anulación directa de las otras significaciones con hipervalencia de contenido del significado: -Se-Sg-Si-Sj-...= Sh. Es decir: negativismo, orientación antisocial o inmoral, desvalorización, maniqueísmo, hostilidad, restricción, desinterés, desesperanza, desconfianza, pánico, irritabilidad.

III.- *Centramiento inclusivo*: extensiones simples del contenido de significación por inclusión en este de los contenidos de las otras significaciones. +Sg+Si+Sj=Sh. Es decir: dependencia sumisión, grandeza, identificación, exhibición, manipulación, posesión, hedonismo.

IV.- *Transitividad circular*: equivalencia de contenido de la significación con los de las otras por inferencia silogística: puede conllevar una “transformación “mágica” o explicación causal en términos de fenomenología infantil: Sh=Si si Si=Sj y Sh=Sj; por ejemplo: generalización excesiva, inferencia arbitraria, reponsabilización excesiva, dilema, catastrofismo, aprensión, ilusión, delirio, somatización, conversión.

A continuación se ejemplifican cada tipo de dialéctica, cada movimiento está más directamente ligado a los significados de determinados trastornos. Se trata de una preponderancia, pero no de una exclusividad, dado que los otros movimientos también pueden concurrir en la conservación del trastorno.

12. DIALECTICA, DESARROLLO Y EXPRESION EMOCIONAL DE LOS SIGNIFICADOS EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.

Desde la célebre tipología de la constitución de los temperamentos de Kretschmer, al menos, la psicopatología tradicional ha venido definiendo los trastornos de personalidad. Las innumerables tentativas para fijar las distintas personalidades trascienden las fronteras de la psicopatología, para entrar en la historia de la psicología, de la medicina (Hipócrates), de la sociología o de la literatura. Lo que aún a esas disciplinas alrededor de este concepto es la idea, grata a los científicos y artistas, de que la persona se define en la continuidad y en la conservación de sus actitudes y expresiones.

Características o predisposiciones de la personalidad traducen casi siempre las significaciones individuales. No es casual que, por ejemplo, en el sistema DSM, los trastornos de personalidad contienen más descripciones de significaciones sintomáticas que cualquier otro trastorno, incluidos los trastornos afectivos y de

ansiedad.

A pesar de que han sido múltiples los intentos de definir los trastornos de personalidad, lo cierto es que resulta difícil. En primer lugar porque muchos pacientes presentan características de más de un trastorno. En segundo lugar, porque reacciones disfóricas, coléricas, ansiógenas, o eufóricas se hallan presentes en los trastornos de personalidad igual que en los afectivos o de ansiedad. En tercer lugar, porque los trastornos afectivos y de ansiedad comparten igualmente muchas significaciones (ontológicas, epistemológicas, valorativas, normativas, etc.) con los trastornos de personalidad. En realidad estos trastornos sólo se definen por la mayor permanencia y conservación de los síntomas, ya hipervalentes y preponderantes en otros trastornos.

“Los esquemas típicos de los trastornos de personalidad se parecen a los que se activan en los síndromes sintomáticos, pero están operativos en una base más continua de procesamiento de la información” (Beck & Freeman, 1990, p. 32)

A pesar de estas dificultades en delimitar sus fronteras nosológicas, los trastornos de personalidad pueden considerarse paradigmáticos para el estudio de las significaciones sintomáticas; y ello por varias razones.

En primer lugar, estos trastornos son reconocibles desde la adolescencia, e incluso a veces desde la infancia, lo que hace más plausible una lectura evolutiva. De 13 de los trastornos descritos por el DSM-III/R, 5 presentan una precedencia reconocida en forma de un trastorno infantil: trastornos de conducta > personalidad antisocial; trastornos de separación/ansiedad > personalidad dependiente; trastornos de oposición/desafío > personalidad pasivo-agresiva; trastorno de identidad > personalidad “borderline”; trastorno de evitación > personalidad evitativa. La perspectiva evolutiva se orienta a la cuestión etiológica de cómo los rasgos de personalidad se desarrollan y conservan.

Desde esta óptica la hipervalencia y la preponderancia de algunos sistemas son nítidas y continuadas. Lo que sugiere un proceso de detención o fijación, en alguno de los primeros niveles de la respectiva secuencia. En la mayoría de los casos esta detención se da en la adolescencia, pero las significaciones sintomáticas que se fijan en este período para formar el trastorno de la personalidad, se construyen sobre otras significaciones sintomáticas ya presentes en la infancia en episodios ansiógenos, asociales, disfóricos u obsesivos.

Conviene señalar que esta evolución del trastorno puede llevar, a partir de los 40/50 años a una menor hipervalencia y preponderancia de sus síntomas.

De esta forma es posible que los trastornos de personalidad sean más el resultado de una detención prematura, seguida de fijación en las significaciones sintomáticas que de una regresión a partir de niveles más elevados. Como se sugirió con anterioridad, ambas modalidades están presentes en los trastornos afectivos y de ansiedad. De donde se producen regresiones tanto continuadas como puntuales.

El orden que se propone a continuación de los trastornos de personalidad del

DSM-III-R (a excepción del esquizotípico) se orienta a subrayar sus significaciones preponderantes y los movimientos dialécticos comunes con otros trastornos. Frente a cada denominación aparece el grupo (*cluster*) al que pertenece.

NIVEL 1.- ORIENTACION PRE-SOCIAL: AMORALIDAD Y ANOMIA

ESQUIZOIDE (Gr. A):

Significaciones predominantes: negación de protección.

Dialéctica dominante: centración negativa

ANTISOCIAL (Gr. B):

Significaciones predominantes: Los impulsos no pueden ser detenidos ni justificados. Desobediencia a deberes concretos impuestos por la autoridad.

Dialéctica dominante: centración negativa

DEPENDIENTE

Significaciones predominantes: Evitación de cualquier posibilidad de tener que contar solo consigo mismo

Dialéctica dominante: centración inclusiva.

NIVEL 2. - ORIENTACION INSTRUMENTAL: DUALIDAD Y HETERONOMIA

PARANOIDE (Gr. A):

Significaciones predominantes: Valorización del dominio personal, centrada en la maximalización actual o potencial de pérdidas y minimalización de ganancias

Dialéctica dominante: centración negativa y transitividad circular.

NARCISISTICA: (Gr. B):

Significaciones predominantes: Ganancia de oportunidades. Valorización del dominio personal, centrada en la maximalización actual o potencial de pérdidas y minimalización de ganancias. Evitación de cualquier posibilidad de apartarse de sus intereses hedonísticos, sin tomar en cuenta los intereses de los demás.

Dialéctica predominante: centración inclusiva.

PASIVA-AGRESIVA (Gr. C):

Significaciones predominantes: Evitación de cualquier posibilidad de apartarse de sus intereses hedonísticos.

Dialéctica dominante: centración negativa.

SADICA (no clasificada):

Significaciones predominantes: Ganancia de oportunidades. Evitación de cualquier posibilidad de apartarse de sus intereses hedonísticos, sin tomar en cuenta los intereses de los demás.

Dialéctica dominante: centración negativa.

NIVEL 3.- ORIENTACION PRO-SOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)

LIMITE "BORDERLINE" (Gr. B):

Significaciones predominantes: Desvalorización del dominio personal, centrada en la censura y desaprobación actual o potencial de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás en relación a sí mismo.

Dialéctica dominante: ninguna en particular.

HISTRIONICA: (Gr. B):

Significaciones predominantes: Ganancia de aprobación. Valorización del dominio personal, centrada en la aprobación, actual o potencial, de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás sobre sí mismo.

Dialéctica dominante: centración inclusiva y transitividad circular.

DE EVITACION (Gr. C)

Significaciones predominantes: Desvalorización personal centrada en la censura actual o potencial de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás sobre sí mismo.

Dialéctica dominante: centración negativa.

AUTODEFENSIVA (no clasificada):

Significaciones predominantes: Desvalorización personal centrada en la censura actual o potencial de las personas próximas. Evitación de cualquier posibilidad de fallar a las expectativas de los demás sobre sí mismo.

Dialéctica dominante: centración negativa e inclusiva.

NIVEL 4: ORIENTACION PROSOCIAL: MULTIPLICIDAD Y SOCIONOMIA (CONFORMISMO RELACIONAL)

OBSESIVO COMPULSIVA (GR. C)

Significaciones predominantes: El peligro es subjetivo y refleja un punto de vista personal. Miedo y ansiedad pueden explicarse en términos de ruptura con los sistemas establecidos de creencias y reglas. Actos circulares y repetitivos, preocupación excesiva por los detalles, demoras, dudas no siempre son eficaces par la prevención del riesgo o en la consecución de la perfección, pero la persona precisa utilizarlos. Los impulsos son demasiado irracionales para ser controlados.

Dialéctica dominante: repetición compulsiva y transitividad circular.

De esta clasificación pueden sacarse algunas constataciones interesantes.

La primera es que los trastornos de los tres *clusters del DSM-III-R* están bien distribuidos para los tres niveles iniciales. Los niveles 1 y 2 contienen un trastorno de cada grupo, y el nivel 3 contiene dos trastornos del grupo B y uno del C. El nivel 4 apenas incluye un trastorno del grupo C. Esta concentración de los trastornos en los primeros niveles está de acuerdo con la hipótesis de la detención precoz en el desarrollo y la fijación.

Segunda, de los cinco trastornos de personalidad antes mencionados precedidos por trastornos en la infancia, tres se sitúan en el nivel 1 y los otros dos en el nivel 3 de los grupos B y C. El grupo A no contiene ninguno de esos trastornos. Esto podría querer decir que es necesario investigar si los otros siete trastornos no presentan también algún antecedente nosológico. Desde una perspectiva evolutiva es posible que se lleguen a identificar antecedentes para todos los trastornos adultos de la personalidad.

Tercera, la dialéctica del centramiento negativo parece estructurar la conservación e hipervalencia de la mayoría de los trastornos. En cinco de una manera

categoría, y en otros dos combinada con otros movimientos. Así, dado que la operación de inversión parece ser la que mejor expresa el desarrollo cognitivo adaptativo en la obra piagetiana, la fijación en el negativismo parece predominar con mucho el espectro de los trastornos de personalidad.

Cuarta, es posible que haya un predominio o una presencia más destacada de un único movimiento dialéctico en los trastornos de los primeros niveles. A partir del nivel 3, parece que concurren dos o más niveles para la conservación de las significaciones sintomáticas del mismo trastorno.

La quinta tiene que ver con la propia categorización de los tres *clusters* llevada a cabo en el DSM en términos de emocionalidad: (Gr. A) “las personas con estos trastornos parecen con frecuencia extrañas y excéntricas; (Gr. B) “las personas con estos trastornos parecen con frecuencia dramáticas, emocionales o erráticas”; (Gr. C) “las personas con estos trastornos parecen con frecuencia ansiosas o recelosas”.

Aunque el grupo C se haya presentado como más ligado a las reacciones ansiógenas, tanto este grupo como el B incluyen trastornos de personalidad con una expresión emocional cualitativamente parecida a los trastornos afectivos y de ansiedad.

La expresión de ansiedad es ciertamente excesiva en el grupo C. Las expresiones de disforia, euforia, o cólera son “catárticas” (excesivas, dramatizadas y compulsivas) en el grupo B y en la personalidad, no clasificada, autodefensiva. En esta forma catártica se incluyen igualmente lo que en psicoterapia tradicional se designa como “labilidad afectiva” (a saber, cambios rápidos en las expresiones y falta de control en el flujo emocional: Fish, 1974).

Pero en el grupo A, como en la personalidad “sádica”, no clasificada, la emocionalidad es diferente de lo que habitualmente se encuentra en los trastornos afectivos y de ansiedad. En vez de excesiva o dramática, es restrictiva o “épica” (Joyce-Moniz, 1989). Se parece a las disfunciones emocionales que en la psicoterapia tradicional se designan como disociación afectiva (negación de ansiedad), incongruencia del afecto con el discurso (depresión sonriente) o indiferencia emocional (embotamiento afectivo, “belle indifférence” de conversión histérica, Fish, 1974).

De acuerdo con el modelo de desarrollo de la experiencia subjetiva de la emoción de Lane y Swartz (1987), cada nivel se caracteriza por una expresión emocional, con una estructura y una dirección de cambio distinto. En el nivel 1 (personalidad esquizoide, antisocial y dependiente), la persona tenderá a revelar una expresión emocional indiferenciada, de cariz épico o catártico/excesivo, con pocos cambios procesados por una activación motora global. En el nivel 2 (personalidad paranoide, narcisística, pasivo-agresiva y sádica), la persona tenderá a expresiones de tipo épico estereotipadas y con una orientación claramente hedonística. En el nivel 3 (a saber, las personalidades *borderline*, histriónica, de evitación, autodefensiva), la persona tenderá a expresar, de modo catártico/excesivo emociones más fluidas (pervasivas) y con una orientación bipolar (mucho tristeza o mucha

felicidad). En el nivel 4 (personalidad obsesivo-compulsiva), la persona tenderá a experimentar las emociones de forma secuencial, pero circularmente (ansiedad>obsesión>compulsión>irritación>disforia>ansiedad), y generalmente excesivas o catárticas.

13. COMENTARIOS FINALES

Tal como se ha dicho, el estudio de la interdependencia entre el desarrollo normal y el patológico constituye el objetivo más general de la psicopatología evolutiva. Esta nueva disciplina aproxima las concepciones de la patología a las concepciones de la normalidad. No se trata de una posibilidad de compartir los mismos determinantes externos, como preconiza la psicopatología conductual, sino más bien de compartir los ritmos y los procesos del desarrollo psicológico. En consecuencia, se orienta a definir síndromes, sufrimientos, caracteres, tipos, personalidad y otras conceptualizaciones nosológicas estáticas en tanto que discontinuidades (equilibrios, niveles, estadios) que se suceden ordenadamente a lo largo de la "continuidad" propia del desarrollo natural.

La hipótesis de la discontinuidad en la continuidad tiene una importancia fundamental para la articulación de la psicopatología y la psicoterapia.

En primer lugar, como se indicó, la naturaleza transitoria y adaptativa de muchos trastornos de la infancia, pone la cuestión de la necesidad de una intervención terapéutica, directamente con ese niño para reducir o eliminar la sintomatología. En principio, los padres deberían ser ayudados para enfrentarse a los síntomas, para sacar el mejor partido de sus potencialidades. Paralelamente, si los síntomas se transforman a lo largo de los diversos niveles, la intervención terapéutica con el niño debería ser intensa y puntual, o limitarse al período de mayor expresión sintomática, pero plantearse a lo largo del período de desarrollo.

En segundo lugar, la etiología de la psicopatología evolutiva debe referirse, no sólo a las causas de los trastornos, sino sobre todo a las transformaciones sufridas por los síntomas a través de las secuencias de discontinuidades. Modelos de intervención, basados en la etiología determinista, tenderán a usar metodologías de interpretación, con imposición de las significaciones del terapeuta. Por el contrario, modelos de intervención que se apoyen en la etiología de procesos evolutivos, tenderán a servirse de metodologías de acción concreta y simbólica, con construcción de significaciones por parte del paciente.

Una patología orientada hacia las discontinuidades del desarrollo psicológico tiene que considerar necesariamente, los significados individuales como los referentes sintomáticos más importantes, para la concepción etiológica de los trastornos y su tratamiento. Esta relevancia de los síntomas más íntimos y subjetivos del paciente sitúa la psicopatología evolutiva en la línea de la psicopatología fenomenológica de Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, etc., y de la psicopatología cognitiva a la que nos hemos referido antes.

Mientras tanto, el ordenamiento evolutivo de los sistemas de significaciones sintomáticas, tiene la ventaja de indicar cómo las significaciones de la persona se irán desarrollando, o de prever cómo pueden evolucionar, paso a paso, de nivel a nivel. Y el encuadre dialéctico de esos sistemas tiene la ventaja de indicar la dirección de su activación y emocionalidad.

Los modelos presentados requieren, naturalmente, ser validados de modo estructurado y sistemático. De hecho se apoyan en observaciones clínicas esporádicas, efectuadas a lo largo de más de diez años (Joyce-Moniz, 1981) y en algunas investigaciones empíricas parciales, en relación principalmente a movimientos u operaciones dialécticas (Joyce-Moniz, 1998b). Varios procesos de investigación empírica en psicología de la salud están en fase de finalización sobre fijaciones y cambios de niveles de significación sintomáticas, ligadas, principalmente, a reacciones depresivas y ansiógenas (Barros, 1990; Reis, 1990). Pero se necesitan sin duda otros trabajos, dirigidos, por ejemplo a los trastornos de personalidad, por mucho que serán poco propicios a los estudios experimentales (Beck y Freeman, 1990).

La lectura evolutiva de la psicopatología se ha llevado a cabo a varios niveles, aunque no siempre relacionados o integrados. La presente reflexión incide sobre alguna de ellas, relacionándolas con los síndromes o trastornos del humor/afecto, de ansiedad y con los trastornos de personalidad.

De este modo consideraremos en primer lugar las posibilidades de una continuidad/discontinuidad de los síntomas actitudinales y emocionales entre la psicopatología de la infancia y de la edad adulta, lo que plantea, inevitablemente, la cuestión del determinismo de una sobre la otra, o la de su relativa independencia.

Posteriormente se examina la continuidad/discontinuidad de los síntomas cognitivos y, más en particular, la de los significados individuales, lo que plantea no sólo la cuestión de la relación entre cognición y afecto, sino la de la competición entre significados y del predominio de unos sobre otros en ciertos niveles de desarrollo.

Como introducción a una psicopatología evolutiva de las significaciones se propone un modelo dialéctico con cinco niveles de significación, relativos a algunos síndromes afectivos y ansiógenos y, principalmente, a los trastornos de personalidad.

Traducción: Manuel Villegas

Referencias Bibliográficas

- ACHENBACH, T. (1974). *Developmental psychopathology*. New York: Ronald.
AJURIAGUERRA, J. & TISSOT, R. (196). Application clinique de la psychologie génétique. In F. Bresson & M.

- Montmollin (Eds.), *Psychologie et épistémologie génétique: Thèmes piagétiens*. Paris: Dunod.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). Washington DC: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)* (3rd ed.). Washington DC: A.P.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III/R)* (3rd ed. rev.). Washington DC: A.P.A.
- BALL, L. & CHANDLER, M. (1989). Identity formation in suicidal and nonsuicidal youth: The role of self-continuity. *Development and Psychopathology, 1*, 257-275.
- BARON, M., KLOTZ, J., MENDLEWICZ, J. & RAINER, J. (1981). Multiple-threshold transmission of affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 38*, 79-84.
- BARROS, L. (1990). Construção e dialéctica em investigação psicoterapêutica: Aconselhamento parental. *Psicologica, 3*, 101-108.
- BECK, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- BECK, A., EMERY, G. & GREENBERG, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- BECK, A. & FREEMAN, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- BLACK, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In H. Beech (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen.
- BRIDGES, K. (1932). Emotional development in early infancy. *Child development, 3*, 324-241.
- CARLSON, G. & CANTWELL, D. (1979). A survey of depressive symptoms in child and adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18*, 587-599.
- CICCHETTI, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development, 54*, 1-7.
- CICCHETTI, D. (1989). Developmental psychopathology: some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology, 1*, 1-4.
- CICCHETTI, D. & SCHNEIDER-ROSEN, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in Young People*. New York: Guilford.
- DAHL, D. (1972). A follow-up study of child psychiatric clientele with special regard to manic-depressive psychosis. In A. Anell (Ed.), *Depressive states in childhood and adolescence*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- DECARIE, T. (1973). *Intelligence et affectivité chez le jeune enfant*. Neuchatel: Delachaux & Niestlé.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New Jersey: Lyle Stuart-Citadel.
- FISH, F. (1974). *Clinical psychopathology*. Bristol: John Wright.
- GARBER, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child Development, 55*, 30-48.
- GHODSIAN, M., FOGELMAN, K., LAMBERT, L. & TIBBENHAM, A. (1980). Changes in behaviour ratings of a national sample of children. *British Journal of Social & Clinical Psychology, 19*, 247-256.
- GREENBERG, L. & SAFRAN, J. (1987). *Emotion in Psychotherapy*. New York: Guilford.
- HARTMAN, H. (1950). Psychoanalysis and developmental psychology. *The psychoanalytic Study of Child* (vol. 5).
- HASSANYEH, F. DAVION, K. (1980). Bipolar affective psychosis with onset before age 16 years: Report of 10 cases. *British Journal of Psychiatry, 137*, 530-537.
- INGRAM, I. (1961). Obsessional illness in mental hospital patients. *Journal of Mental Science, 197*, 382-402.
- IZARD, C. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- IZARD, C. (1978). On the development of emotions and emotion-cognition relationships in infancy. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The development of affect*. New York: Plenum.
- IZARD, C. & SCHWARTZ, G. (1986). Patterns of emotion in depression. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in young people*. New York: Guilford.
- JAKIMOW-VENULET, B. (1981). Hereditary factors in the pathogenesis of affective illness. *British Journal of Psychiatry, 139*, 450-556.
- JOYCE-MONIZ, L. (1981). From decentration to compensation: Toward a cognitive-constructivist therapy. 1st European Meeting on Cognitive-behaviour Therapies. Comunicación no publicada, Lisboa, Septiembre.
- JOYCE-MONIZ, L. (1988a). Terapia epistemológica y constructivismo. In M. Mahoney & A. Freeman (Eds.), *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- JOYCE-MONIZ, L. (1988b). Self-talk, dramatic expression and constructivism. In C. Perris, Y. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and Practice*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- JOYCE-MONIZ, L. (1989). Structures, dialectics and regulation in applied constructivism: From developmental

- psychopathology to individual drama therapy. In O. Gonçalves (Ed.), *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: Apport.
- KAGAN, J. (1980). Perspectives on continuity. In O. Brim & J. Kagan (Eds.), *Constancy and change in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- KIDD, K. & WEISSMAN, M. (1978). Why do we do not yet understand the genetics of affective disorders. In J. Cole, A. Shatsberg & S. Frazier (Eds.), *Depression, biology, psychodynamics and treatment*. New York: Plenum.
- KITCHENER, L. KING, P. (1981). Reflective judgement: concepts of justification and their relationship to age and education. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 89-116.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- KOVACS, M., FEINBERG, T., CROUSE-NOVAK, M., PAULASKAS, S. & FINKELSTEIN, R. (1984). Depressive disorders in childhood. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-239.
- KREITMAN, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.
- KRINGLEN, E. (1965). Obsessional neurotics: A long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 111, 709-722.
- LANE, R. & SWARTZ, G. (1987). Levels of awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- LORANGER, A. & LEVINE, P. (1978). Age of onset of bipolar affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 35, 1354-1348.
- MANDLER, G. (1975). *Mind and emotions*. New York: Wiley.
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum.
- MITTLER, P. (Ed.) (1970). *The psychological assessment of mental and physical handicaps*. London: Methuen.
- NURNBERGER, J. & GERSHON, E. (1984). Genetics of affective disorders. In R. Post & J. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- PIAGET, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Neuchatel: Delachaux & Niestlé.
- PIAGET, J. (1954). *Intelligence and affectivity: Their relationship during child development*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- PIAGET, J. (1975). L'équilibration des structures cognitives. Paris: Presses Universitaires de France.
- PIAGET, J. & GARCIA, R. (1971). *Les explications causales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- POLLITT, J. (1957). Natural history of obsessional states. *British Medical Journal*, 1, 195-198.
- POST, R., BALLENGER, J. (Eds.) (1984). *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- PUIG-ANTICH, BLAU, S., MARX, N., GREENHILL, L. & CHAMBERS, W. (1978). Prepubertal major depressive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 695-707.
- RACHMAN, S. & HODGSON, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- REIS, J. (1990). Construção e dialéctica em investigação psicoterapêutica e de psicologia de saúde. *Psychologica*, 3, 93-99.
- RUTTER, M. (1972). Relationships between child and adult psychiatric disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48, 3-21.
- RUTTER, M. (1982). Epidemiological-longitudinal approaches to the study of development. In A. Collins (Ed.), *The concept of development: The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol 15). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- RUTTER, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: issues and perspectives. In M. Rutter, C. Izard & P. Read (Eds.), *Depression in young people*. New York: Guilford.
- RUTTER, M. (1987). Continuities and discontinuities from infancy. In J. Soffsky (Ed.), *Handbook of infancy* (2nd ed.). New York: Wiley.
- RUTTER, M. & GARMEZY, N. (1983). Developmental psychopathology. In E. Hetherington (Ed.), *Carnichael's manual of child psychology (vol 4): Social and personality development*. New York: Wiley.
- RUTTER, M., IZARD, C. & READ, P. (Eds.) (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- RUTTER, M., TIZARD, J. & WHITMORE, K. (1981). *Education, health and behaviour* (2nd ed.). New York: Krieger.
- SAMEROFF, A. (1989). Principles of development and psychopathology. In A. Sameroff & R. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.

- SCHACHTER, S. (1971). *Emotion, obesity and crime*. New York: Academic.
- SELMAN, R. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic.
- SROUFE, L. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium in Child Psychology* (vol. 16). Minneapolis: University of Minnesota.
- SROUFE, L. & RUTTER, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 83, 173-189.
- SULLIVAN, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- TEMPLER, D. (1972). The obsessive-compulsive neurosis: Review of research findings. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 375-383.
- TURIEL, E. (1983). *The development of social knowledge*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- VILLEGAS, M. (1990). El cambio cognitivo. *Revista de psicoterapia*, 2/3, 51-79.
- WEINBERG, W. & BRUMBACK, R. (1976). Mania in childhood: Case studies and literature review. *American Journal of Diseases of Children*, 130, 380-385.
- WEINER, Z., WEINER, A., McCRARY, M. & LEONARD, M. (1977). Psychopathology in children of inpatients with depression: A controlled study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 408-413.
- WERNER, H. (1948). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In D. Harris (Ed.), *The concept of development*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- WOLFF, P. (1960). The developmental psychology of Jean Piaget and psychoanalysis. *Psychological Issues*, 2 (monograph 5).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1977). *Manual of international classification of diseases, injuries and causes of death (ICD-9)*. Geneva: WHO.
- ZEITLIN, H. (1985). The natural history of psychiatric disorder in children. *Institute of Psychiatry Maudsley Monograph*. London: Oxford University Press.

