

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

ΨΨΨΨΨΨ€ 111 Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 29, Número 111, Noviembre, 2018 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:
Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrota Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortíz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

María de los Angeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

María Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

M^a Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Deposito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El **resumen** (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La **tercera página** comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las **citas textuales o directas** (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido** del autor, **Año**, **número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en **bloque**, en un **renglón separado**, con indizado de **5 espacios sin comillas**. Las **citas indirectas o no textuales** (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido** del autor, **Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la Revista de Psicoterapia.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la Revista de Psicoterapia son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO

Monográfico: Apego y psicoterapia en situaciones complicadas Ignacio Serván

Editorial: Apego y psicoterapia en situaciones complicadas	1
La Contribución de la Teoría del Apego a la Terapia Familiar Sistémica	5
Matteo Selvini y Anna María Sorrentino	
Una Formulación Funcional Familiar usando el Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación	21
Inés Valero Rivas	
Particularidades del Diálogo Clínico en las Intervenciones Centradas en el Vínculo	39
Carlos Pitillas Salvá	
La Ecología Narrativa del Trauma Relacional	55
F. Javier Aznar Alarcón y Nuria Varela Feal	
Apego y Trastornos Alimentarios: Implicaciones para la Intervención Psicoterapéutica	69
Laura Hernangómez Criado	
Apego y Organizaciones Límite: Ajustes en Psicoterapia	93
Ignacio Serván García	
Múltiples Sistemas Motivacionales: Intervención en un Caso Complejo desde el Enfoque Modular Transformacional.....	111
Carlos Habif y Carolina Scarafía	

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

- Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en mindfulness 131**
Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor
- Propuesta fenomenológica hermenéutica para el abordaje del trastorno límite de personalidad. Un abordaje desde los planteamientos teóricos de Heidegger, Gadamer, Längle, Ricoeur, Merleau-Ponty y Arciero 145**
Cristóbal Pacheco P.
- Dos modelos de crisis suicida. Una perspectiva clínica 167**
Juan García-Haro, Marta González González y
Henar García-Pascual

CONTENTS

Monographic: Attachment and psychotherapy in complex situations Ignacio Serván

From the Editor:

Attachment and psychotherapy in complex situations	1
Attachment and Systemic Family Therapy	5
Matteo Selvini y Anna María Sorrentino	
A Family Functional Formulation using the Dynamic Maturational Model of Attachment and Adaptation	21
Inés Valero Rivas	
Particularities of the Clinical Dialogue within Attachment-Centered Interventions	39
Carlos Pitillas Salvá	
The Narrative Ecology Of Relational Trauma	55
F. Javier Aznar Alarcón y Nuria Varela Feal	
Attachment and Eating Disorders: Implications for Psychotherapy Intervention	69
Laura Hernangómez Criado	
Attachment and Borderline Organizations: Adjustments in Psychotherapy	93
Ignacio Serván García	
Multiple Motivational Systems: Intervention in a Complex Case from the Transformational Modular Approach	111
Carlos Habif y Carolina Scarafía	

—Open Access Articles—

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Improvement of the quality of life in perimenopause through a program based on mindfulness	131
Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor	
Hermeneutical phenomenological proposal for the approach of borderline personality disorder. An approach from the theoretical approaches of Heidegger, Gadamer, Längle, Ricoeur, Merleau-Ponty and Arciero	145
Cristóbal Pacheco P.	
Two models of suicidal crisis. A clinical perspective	167
Juan García-Haro, Marta González González y Henar García-Pascual	

EDITORIAL / FROM THE EDITOR**APEGO Y PSICOTERAPIA EN SITUACIONES COMPLICADAS****Ignacio Serván**

Coordinador

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serván, I. (2018). Editorial: Apego y psicoterapia en situaciones complicadas. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 1-4.

Los trabajos pioneros de John Bowlby contienen ya los pilares fundacionales que perduran en los desarrollos más recientes de la teoría del apego: el papel de la experiencia real en los vínculos de cuidado y su relación con las formas posteriores de otorgar sentido a la experiencia, la metodología científica, la integración con sentido de conocimientos provenientes de distintas disciplinas, la importancia de las dinámicas de cercanía, separación y pérdida en las relaciones, y el interés por los caminos evolutivos que conducen a la desadaptación. En 1977, revisando una conferencia anterior en la que defendía el valor de la teoría del apego como aproximación a la comprensión de la psicopatología, sintetizaba su propuesta (Bowlby, 1977, p.201):

“es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular, y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional”

Cuando hablamos de estilos de apego no hablamos sólo de representaciones de las relaciones, los modelos operativos internos funcionan como interpretadores y guían estratégicamente el procesamiento de la información, influyen sobre el registro emocional y las disposiciones hacia la acción, manteniendo por tanto una estrecha relación con las distintas formas en que se configura el sufrimiento. La relación entre apego y psicopatología está aún lejos de ser clara, ninguno de los investigadores en este campo se atreve a proponer una relación sencilla, pero



progresivamente se va construyendo un corpus de conocimiento que, organizado coherentemente, puede ayudar a la comprensión de las dificultades de las personas y familias que atendemos, facilitar un sustrato para la integración de aportaciones de otros modelos y orientar el trabajo en la relación terapéutica.

Tal vez el trabajo con pacientes y situaciones complicadas en psicoterapia sea al ámbito clínico en el que mayor aplicación y desarrollos de esta teoría encontramos. Este monográfico pretende recorrer un abanico de escenarios, frecuentes en consulta, que se han mostrado de difícil conducción en psicoterapia, integrando las aportaciones teóricas a la práctica clínica. En los diferentes textos se expondrán distintas líneas de trabajo y ámbitos de aplicación, así como las fortalezas y debilidades de la teoría del apego, pero siempre estarán guiados por el objetivo común de mejorar la comprensión e incrementar en alguna medida las posibilidades de éxito terapéutico.

El primer artículo, aportado por Matteo Selvini y Anna María Sorrentino, apoya y argumenta la conveniencia de integrar la visión del apego precisamente en un modelo, el sistémico, que tradicionalmente había desestimado la importancia del origen de los conflictos y el interés por lo intrapsíquico, y que en gran medida ha estado orientado al trabajo con cuadros graves o resistentes. Otros conceptos relevantes que avanza su aportación, y que veremos ampliados en otros trabajos, serán la importancia de la promoción de una red de relaciones de apego más allá de la relación terapéutica y el estudio de los distintos caminos que toma la desorganización del apego en la infancia. La mayoría de los pacientes difíciles que atendemos presenta historia de desorganización del apego, pero necesitamos una mejor comprensión de la trayectoria evolutiva para ajustar nuestra intervención, de modo que los autores proponen una taxonomía de cinco evoluciones prototípicas como guía clínica.

El siguiente trabajo, de Inés Valero, recorre el camino inverso: parte de un sólido modelo de apego, el Modelo Dinámico-Maduracional de Apego y Adaptación de Patricia Crittenden, y nos presenta su evolución en uno de sus desarrollos más recientes, la aplicación al trabajo familiar con el uso de formulaciones funcionales de apego en ese contexto. La autora presenta el modelo teórico e ilustra su funcionamiento y utilidad, describiendo el caso de una familia con elevado nivel de conflictividad y riesgo. El trabajo de establecimiento de hipótesis de origen, mantenimiento, así como el establecimiento y priorización estratégica de objetivos, se presentan como una alternativa a una realidad habitual en algunos contextos: la falta de consideración de la especificidad de los equilibrios funcionales y el intento de que sea el paciente el que se ajuste al modelo, habitualmente con escasos resultados terapéuticos.

A continuación encontramos un bloque de dos artículos que abordan desde diferente punto de vista el trabajo con el trauma. Una de las líneas de trabajo más interesantes y que mejores resultados ha mostrado en el terreno del apego es la prevención y la intervención temprana sobre el vínculo entre padres e hijos,

especialmente dirigida a frenar la cadena de la transmisión intergeneracional de traumas y estados mentales no resueltos. Carlos Pitillas desarrolla su labor en este ámbito y su texto concentra de forma sistemática y accesible el conocimiento acumulado al respecto en las últimas décadas. Tras caracterizar brevemente las particularidades de este contexto y los ajustes técnicos que requiere, su aporte se focaliza en las intervenciones verbales del terapeuta sobre la relación padres-hijos, que agrupa en cuatro esferas: promover las capacidades de observación de la interacción; promover la mentalización parental; funcionar como sostén y validación de la parentalidad; y promover la auto-comprensión a través de la interpretación. Para cada uno de estos ámbitos se presentan focos de intervención específicos ejemplificados con verbalizaciones típicas en sesión.

Fco. Javier Aznar y Nuria Varela, expertos en apego y narrativa, profundizan en el cuarto artículo del monográfico en los efectos del trauma relacional a lo largo del desarrollo, y apoyan su propuesta terapéutica en el poder integrador y organizador de la función narrativa para la vida psíquica e intersubjetiva. Trascienden el actual énfasis en la corporalidad de las terapias relacionadas con el trauma y recuperan una línea humanista y vincular, situando la terapia entre la vivencia subjetiva y la legitimación social del daño sufrido, por lo que consideran dos objetivos primordiales: otorgar sentido a la experiencia traumática en el conjunto de la biografía y recuperar una mirada positiva y constructiva del self que permita reactivar constelaciones sanas de apego.

Los artículos quinto y sexto se focalizan en patologías severas en las que la identidad se encuentra comprometida y la intervención frecuentemente se halla ante complicaciones de difícil navegación. Laura Hernangómez escribe sobre apego y trastornos de la conducta alimentaria, con especial rigor científico dado el riesgo que comporta extraer conclusiones reduccionistas en un campo especialmente intrincado: se trata de dos conceptos difusos y la relación entre ambos está lejos de ser clara, con multitud de variables mediadoras. Tras un inicio dedicado a clarificar el conocimiento empírico que existe al respecto, propone un modelo de intervención que se sustenta en dos pilares: el trabajo sobre habilidades metacognitivas y la intervención en la relación terapéutica, añadiendo posteriormente la posibilidad de realizar ajustes específicos en función de características individuales y de la familia.

En el siguiente artículo, sobre intervención con trastornos Borderline, retomo en un primer bloque la importancia de explorar los caminos evolutivos que llevan desde la desorganización en la primera infancia hasta las configuraciones patológicas en la edad adulta, describiendo algunas evoluciones identificadas por otros autores. En la segunda mitad del texto, la teoría del apego se propone como un marco para la integración comprensiva de una serie de ajustes técnicos necesarios en este tipo de población, que habían sido descritos de forma más fragmentaria por otras teorías. Por último propongo la especial utilidad para la intervención de considerar diferentes formas de desorganización, especialmente en relación al trabajo sobre el vínculo terapéutico y a la elección de algunas técnicas específicas.

Cerramos el monográfico con un artículo de Carlos Habib y Carolina Scarafia que aborda tanto aportaciones, como algunas de las limitaciones de la teoría del apego. Su planteamiento se enmarca en una línea de investigación, la de los múltiples sistemas motivacionales, representada en su línea más evolucionista por autores como Cortina o Liotti, y en una modalidad integradora por Hugo Bleichmar, de quien toman el modelo teórico que guía su aproximación a la psicopatología, el Enfoque Modular Transformacional. Nos proponen un acercamiento a los pacientes complejos focalizado en los desequilibrios y múltiples influencias entre diferentes sistemas motivacionales, producto de condiciones de desarrollo desfavorables y presencia de acontecimientos traumáticos que dejan su impronta sobre estos sistemas. Ilustran la descripción teórica presentando el caso de una paciente con patología severa que combina rasgos limítrofes, alteraciones de la conducta alimentaria y especiales dificultades para el autocuidado y cuidado de sus hijos, y destacan la ayuda del enfoque teórico como sustento para la formulación del caso y guía de la intervención, más allá de las técnicas manejadas.

Referencias bibliográficas:

- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201–210.

LA CONTRIBUCIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

ATTACHMENT AND SYSTEMIC FAMILY THERAPY

Matteo Selvini

Psicólogo Clínico

Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Milán, Brescia, Turín (Italia) y Mendrisio (CH).

Anna Maria Sorrentino

Pedagoga y especialista en psicología

Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Milán, Brescia, Turín (Italia) y Mendrisio (CH).

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (2018). La Contribución de la Teoría del Apego a la Terapia Familiar Sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 5-19.

Resumen

Los autores muestran cómo la teoría del apego ha sido fundamental para ayudar a una parte del movimiento de la terapia familiar a liberarse de los límites de un purismo sistémico que no se interesa por la historia evolutiva de los pacientes y que se centra solo en los recursos, ignorando los límites del paciente y de sus familiares. Así pues, la teoría del apego es decisiva para construir hipótesis que no se queden atrapadas en el aquí y ahora. El terapeuta no es solo una base segura, sino que trabaja para activar una red de bases seguras: el trabajo en equipo crea la posibilidad de ser una referencia para padres y hermanos, favoreciendo el acercamiento y la reconciliación. Las cinco reorganizaciones del apego desorganizado son una guía útil para una valoración que integra los rasgos individuales de la personalidad con sus posibles matrices relacionales. Se centra no solo en el individuo estratégico sino también en el que sufre.

Palabras clave: explicación psicológica del problema, historia evolutiva, trauma, diagnóstico del apego, reorganización del apego

Abstract

The authors show how the theory of attachment has been fundamental to help part of the movement of family therapy to get rid of the limits of a systemic purism that doesn't consider the evolutive history of the patient and that focuses only on the resources ignoring the limits of the patients and of their families. The theory of attachment is decisive to build up hypotheses, which do not remain confined in the here and now: it can be used as a deductive map that helps the therapist in his work of making hypotheses not only on the development of the patient, but also on problems regarding his childhood and on the reactions of the caregiver. The five re-organizations of the disorganized attachment are a useful guide that puts together the individual personality traits with their possible relational schemes. They help to understand the evolutive paths that lead to different personality disturbs. In this way not only the strategic subject is focused but also the suffering one. These theoretic thoughts are explained in a more extensively exposed clinic case and other more concise examples.

Keywords: psychological explanation, developmental history, trauma, attachment diagnosis, attachment reorganization.

Fecha de recepción: 13 de junio de 2018. Fecha de aceptación: 24 de julio de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: [matteoselvini@scuolamaraelvini.it](mailto:matteo selvini@scuolamaraelvini.it)

Dirección postal: Matteo Selvini, Scuola di Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Viale Vittorio Veneto 12, 20124 Milano, Italy.

© 2018 Revista de Psicoterapia



Premisa

Los psicoterapeutas sistémicos históricos, a partir de Mara Selvini Palazzoli, han mirado la teoría del apego con hostilidad/indiferencia durante mucho tiempo. De hecho, la fuerte oposición al psicoanálisis, en su versión kleiniana (es decir, la más anti Bowlby) había llevado en los años sesenta/setenta a un radicalismo o purismo sistémico (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1975) en el que se teorizaba que la unidad de observación clínica más pequeña debía ser la triada y tenía por objeto, por ejemplo, no cómo el niño reaccionaba ante cada uno de sus padres, sino cómo reaccionaba a la relación entre sus padres (Ricci, Selvini y Palazzoli, 1984). La teoría del apego venía pues dejada de lado por ser diádica (Ugazio, 1984).

Las Decepciones Clínicas Enseñan...

A partir de los años noventa, sin embargo, la experiencia clínica empieza a poner en crisis el modelo purista sistémico. Hablamos básicamente de nuestra experiencia, caracterizada por el hecho de que Matteo Selvini era el responsable de gestionar todas las entrevistas iniciales/preliminares con las familias que solicitaban una terapia con Mara Selvini Palazzoli y su equipo (Selvini, 2003). Se trataba de un trabajo muy intenso y absorbente; cada año Selvini veía entre setenta y cien nuevas familias, casi siempre con pacientes adolescentes/jóvenes adultos, más bien reticentes, que presentaban anorexia, psicosis, graves trastornos del comportamiento.

La práctica sistémica de entonces preveía un contrato de terapia familiar basado en una explicación de este tipo: “Trabajamos con toda la familia porque cuando hay un hijo alterado estamos siempre ante relaciones disfuncionales en la familia que son anteriores a la aparición del síntoma”, de acuerdo con las afirmaciones de otro histórico pionero de la terapia sistémica, James Framo, según el cual cuando hay un hijo alterado hay siempre una pareja alterada, si bien no todas las parejas alteradas tienen un hijo paciente (Framo, 1965, 1992). Los porcentajes de abandono después de la primera entrevista eran elevados, alrededor del 40 % (Selvini, 2003). Comenzamos así a comprobar que esta aproximación era percibida como insoportablemente crítica y acusatoria por muchas de las familias (aunque alguna lo soportaba). Una buena parte del movimiento sistémico, entre la que se incluye el modelo de terapia narrativa (White, 1992) o el modelo de terapia breve centrado en soluciones (De Shazer, 1985), evitaba este escollo renunciando *a priori* a la investigación, por lo menos explícita, de las causas de los síntomas. Era la vieja línea, un tanto hipócrita, ya perseguida con la “connotación positiva” (Selvini Palazzoli et al., 1975). No se ocupaba del pasado, sino del “aquí y ahora”, y se apostaba por los recursos del paciente y de sus familiares. Elección que en muchos casos individuales era seguramente eficaz y correcta, pero resultaba abandonista, reduccionista y simplista para un movimiento nacido con la gran ambición de revolucionar la psiquiatría y la psicoterapia; perdía valor al quedarse con un modesto rincón de práctica clínica/formación.

La escuela de Mara Selvini Palazzoli no renuncia al espíritu investigador y empieza, por su parte, a caminar en otra dirección: integrar en el modelo sistémico, del que por supuesto no negamos sus grandes novedades/potencialidades –como demuestran los alentadores seguimientos de las anoréxicas tratadas por Mara Selvini que son precisamente de esos años noventa (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998)–, la dimensión individual de cómo la persona (paciente, padre, hermano) sufre e intenta sobrellevar su sufrimiento. La concepción del individuo como mero actor de un juego (véase el título de nuestro libro con Selvini Palazzoli del año 1988: *I giochi psicotici nella famiglia [Los juegos psicóticos en la familia]*), empieza a molestarnos en cuanto, además de banalizar el sufrimiento, se desinteresa de la dimensión evolutiva de las personas; el énfasis en el aquí y ahora de las relaciones provoca un aplanamiento donde no hay espacio para elementos fundamentales como la historia, la reconstrucción etiopatogénica y la dimensión carencial y traumática. Además, no es posible poner un síntoma en correlación simplemente con el comportamiento de los familiares ya que el paciente no es una marioneta que sus padres manejen a su antojo. En el caso del trastorno alimenticio, por ejemplo, hemos podido ver que chicas diferentes reaccionan de forma muy diversa ante situaciones familiares también muy variadas (Selvini Palazzoli et al., 1998) incluso con un síntoma de base que es siempre el mismo. Se puede hacer una observación análoga con la drogodependencia (Cirillo, Berrini, Cambiasso y Mazza, 1996).

Así fue como en los años noventa, con la aportación de muchos colegas internos del equipo o externos que citaremos, empezamos a integrar la dimensión evolutiva individual en el modelo sistémico, llegando a los cuatro tipos de anoréxicas descritas en *Ragazze anoressiche e bulimiche [Muchachas anoréxicas y bulímicas]* (Selvini Palazzoli et al., 1998). Y para recuperar al mismo tiempo la dimensión individual y la evolutiva sin salir de un contexto relacional, la teoría del apego resultará valiosísima.

Los seminarios de Grazia Attili (2007) fueron muy importantes para nuestra escuela de psicoterapia. Por otra parte, en esos años la teoría del apego empezaba a influir en sectores menos constructivistas de la terapia sistémica (véase la interesante reconstrucción histórica de Bruni y De Filippi, 2007, pp. 197-206). En el extranjero el trabajo de Doane y Diamond (1994) y el de Byng-Hall (1995) creaban escuela. En Italia, Onnis alentaba en la revista *Psicobiettivo* una comparación entre el enfoque cognitivista y el sistémico familiar en el que participábamos también nosotros (Sorrentino, 2000), y en el 2002 organizó un congreso en Roma que confrontó a Grazia Attili (2010) con cognitivistas, psicoanalistas y sistémicos (Onnis, 2010). Pero ya en el año 1996 la teoría del apego había tenido influencia en la investigación del grupo de Cirillo sobre la familia del drogodependiente (Cirillo et al., 1996, p. 52) y en la de Mara Selvini sobre la anorexia (Selvini Palazzoli et al., 1998, pp. 90-93, 117).

Integrar la Teoría del Apego y las Investigaciones sobre los Traumas

En nuestro campo, que era cada vez más complejo, necesitábamos la “navaja de Ockham”, es decir, la teoría más simple posible. Para que la investigación etiopatogénica sirviese de apoyo a una hipótesis diagnóstica hacía falta, como decíamos, una teoría que fuese estructuralmente tanto individual como relacional. Por este motivo nos pareció que en adelante el mejor instrumento sería la teoría del apego, mientras aprovechábamos para redimensionar el psicoanálisis: demasiado oscuro, contradictorio e individualista precisamente en sus bases. Obviamente necesitamos conocer el psicoanálisis puesto que la mayor parte del saber psicoterapéutico proviene de ahí. Sin embargo, debemos utilizarlo solo como fondo para nuestras reflexiones, considerándolo dentro de la propia aportación cultural fundamental parte integrante de la teoría de la mente que casi todos comparten.

Al reflexionar sobre el funcionamiento de nuestro paciente empezamos a preguntarnos, siguiendo la teoría del apego, cómo aparecen sus dimensiones internas en la interacción con nosotros y con sus interlocutores. Nos preguntamos ahora cuáles son los MOI (Modelos Operativos Internos) de nuestros pacientes. ¿Pertenecen al estilo ansioso, ambivalente o evitativo? ¿Por tanto el terapeuta deberá ser directivo o no directivo? ¿Hay elementos tanto evitativos como ambivalentes? ¿Hay indicios de una historia de vínculos primarios atemorizados y atemorizantes? En caso afirmativo, nos dirigimos hacia una hipótesis de desorganización del apego y de la personalidad. Y este diagnóstico guiará nuestra terapia hacia la integración de partes de la persona que conviven en escasa armonía. Además, nos preguntamos cómo han nacido estas partes (Selvini, Sorrentino y Gritti, 2013). ¿De qué experiencias negativas o de qué defensas/técnicas de supervivencia surgen? ¿El paciente ha recibido respuestas apropiadas a sus exigencias de desarrollo o ha experimentado carencias y traumas? ¿Estamos ante una organización defensiva post-traumática? A este respecto consideramos indispensable tener presentes las investigaciones sobre las adaptaciones post-traumáticas, entre las que es fundamental el texto de Herman *Guarire dal trauma [Trauma y recuperación]* (1992), que las describe en los siguientes términos: *Fight*: hipervigilancia; *Flight*: disociación; *Frozen*: congelamiento depresivo. Nosotros creemos que se debería añadir “sumisión”, estropeando por desgracia la estética de la triple F., aunque podemos considerar la sumisión como una variante del congelamiento en cuanto a intento de superar el bloqueo y aún más como variante eficaz de la parentificación (Selvini, 2014a). ¿En nuestro paciente, cuál es la combinación/integración defensiva de estas técnicas de la resiliencia?

Las investigaciones y reflexiones recientes acerca de la disociación (véase por ejemplo Van der Hart, 2006) desde el punto de vista del apego son mucho más claras y utilizables que las construcciones psicoanalíticas tales como la negación, la escisión, la represión, etc., lastradas por antiguas confusiones pulsionales y basadas en teorías evolutivas ampliamente superadas (las fases preedípicas y las etapas del desarrollo psicosexual, Attili 2007, p. 150). Tal y como sostenía Onnis (2010, p. 22),

la teoría del apego ayuda a la investigación sistémica a encontrar una base sólida en el estudio de los traumas y de las experiencias infantiles adversas.

Inventar Nuevas Conclusiones para las Primeras Sesiones

En las primeras sesiones familiares pudimos constatar que, más allá de la fórmula genérica sobre las disfunciones familiares, incluso las intervenciones/interpretaciones (hipótesis sistémica, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980) sobre los problemas en la familia, compatibles con los síntomas del llamado paciente identificado, a menudo no obtenían una acogida positiva, incluso independientemente de su agudeza y pertinencia y de la modalidad empática con la que eran formuladas.

Una de las explicaciones posibles es que solo tiene sentido hablar a quien es capaz de escuchar, y la premisa necesaria para la acogida de reconstrucciones similares es que la familia vea que el paciente sufre, y acepte que, en cierto modo, todos tienen algo que ver con este sufrimiento. Muy a menudo estas condiciones no se daban en la primera sesión. El denominador común era más bien el de la dificultad de los familiares para ver al paciente como quien realmente era, con sus límites y su malestar, y que el síntoma trataba de controlar y compensar (véase el artículo de Selvini de 1993 sobre el desconocimiento de la realidad). Así pues, decidimos, tal y como decíamos anteriormente, que una valoración rápida por nuestra parte del área más evidente del apego, especialmente cuando es muy evidente, nos puede ayudar a dar a la familia o al mismo paciente una explicación psicológica inicial del problema que nos presenta (Berrini y Sorrentino, 2011).

El caso de Francesco

Nos encontramos por ejemplo ante Francesco, un adolescente mutista y bloqueado con importantes obsesiones dismorfofóbicas (se atormenta con el pensamiento angustioso de que una de sus piernas es más corta que la otra), aislado, sin amigos, que acude como un fantasma al último curso del instituto, sus notas siguen siendo buenas. El sustrato evitativo es evidente. Nuestra primera devolución/explicación psicológica puede subrayar que Francesco se ha encerrado en sí mismo, atrapado por la desconfianza de que los demás (amigos o familiares) puedan serle de ayuda/consuelo, y cuenta solo con sus propios recursos, por lo que se siente aterrorizado al pensar que algo en él pueda no ser perfecto. ¿Pero cómo ha aprendido esta triste y agotadora visión del mundo que subyace en su modelo operativo interno (MOI)? ¿Cuáles han sido las uniones que le han llevado por este camino y cómo se han entrelazado con los de su familia? De esta manera, empezando a examinar cuánto son capaces de “ver” a Francesco tanto los familiares como el propio paciente, de pensar en él no según estereotipos culturales o biológicos, sino en términos psicológicos y evolutivos, podemos empezar a construir con paciencia la alianza terapéutica.

Este planteamiento de la primera sesión es coherente con el uso de la teoría del

apego y de las investigaciones sobre la personalidad; permite individuar los rasgos clave que presenta el paciente, y permite describirlos y devolverlos en un clima de construcción de sentido, para llevar finalmente a una modificación de las técnicas básicas de conducción de las sesiones (Selvini, 2008). Evidentemente se pueden pensar devoluciones análogas cuando se presente de forma clara una personalidad de rasgos ambivalentes: “¿Cómo es posible que esta chica pida ayuda desesperadamente pero luego no sea capaz de conseguir ningún alivio?” (véase Camisasca, Miragoli y Di Blasio, 2014).

El Diagnóstico del Apego como Guía al Iniciar la Alianza Terapéutica

Para usar el diagnóstico de la personalidad del paciente como guía cuando nos hacemos cargo del caso, hemos visto que es necesario partir del nivel de clasificación más simple: el diagnóstico del apego. Después, durante el tratamiento, poco a poco haremos más complejo y específico el cuadro de esa particular subjetividad de la persona a la que tratamos (Berrini y Sorrentino, 2011). Por lo tanto, queremos reiterar que desde la primera entrevista es útil atribuir a nuestro paciente un estilo ambivalente o uno evitativo. Incluso si nos encontráramos ante formas desorganizadas del apego es posible identificar, de manera hipotética, una dimensión predominante, aunque aparezca solo de forma sutil. Attili (2007) se refiere a esta clasificación hablando de apego desorganizado ansioso ambivalente o de apego desorganizado evitativo.

La manera de presentarse a sí mismo en la relación tanto con los demás como con el terapeuta, que se remonta a las estructuras mentales relacionadas con el apego, es un hecho macroscópicamente evidente en la mayoría de los casos. Por ejemplo, una chica con una obesidad desfigurante que en la sesión agrede con insultos a unos padres silenciosos y avergonzados, al ser abordada con tranquila firmeza y empatía por su mal disimulada desesperación, no tarda mucho en llorar, y esto es mucho más comprensible para sus padres como señal de sufrimiento. El joven que con la mirada perdida en el vacío se declara incapaz de sentir emociones y deseo y vive, por tanto, una vida bloqueada, en un limbo sin opciones ni decisiones de ningún tipo, abandonando su prestigiosa carrera porque no se siente capaz, demuestra con su retirada la anhedonia, la inaccesibilidad, la propia base autárquica que ahora lo encarcela y exaspera a sus seres queridos.

Esta clasificación simple remite a unas pautas a seguir: el paciente ambivalente necesitará sobre todo guía y contención (*mastering*) antes que empatía; el evitativo se beneficiará de la acogida y la bondad (*mirroring*). De hecho, con el primero es más fácil entrar en contacto pero la relación terapéutica debe servir enseguida de brújula, debe mostrar una dirección. Con el segundo, sin embargo, hay que superar un cierre, una falta de confianza básica, y entrar en contacto es un objetivo fundamental. Con los sujetos narcisistas y antisociales, donde los aspectos de la desorganización traumática se esconden detrás de una máscara fría y desdeñosa, la actitud de acogida sería ridiculizada. Con estos es posible utilizar un contacto inicial

basado en el desafío para poder acceder después a la apertura empática, cuando la máscara defensiva se haya aflojado.

Pensando en nuestra experiencia, el desafío se refiere al contexto de la terapia familiar, donde las personalidades narcisistas y antisociales llegan a menudo como familiares “acompañantes sanos” de hijos o cónyuges pacientes. Hacerlos entrar en crisis forma parte entonces de una estrategia fundamental de protección del paciente, de ataque a su liderazgo patológico, dentro de las estrategias sistémicas clásicas de la “equiparación” de las responsabilidades del paciente con las de los otros miembros de la familia.

El narcisista puede convertirse en demandante solo cuando ha sufrido una confrontación seria, el antisocial cuando está contenido (Cirillo, 2013). Sin embargo, el desafío no es la estrategia de acceso que preferimos en estos casos; lo será más bien la de valorar las partes mejores del paciente (es decir, recurrir a la llamada “connotación positiva”) (Telfener, 2006). La dimensión de la cooperación ofrecerá las pautas para la construcción de la alianza terapéutica, si bien con los pacientes narcisistas y antisociales no se debe caer en el ciclo disfuncional de la sumisión, lo que les permite dominarnos: se propondrán aspectos de desafío concretos como técnica de participación o cuando se haya consolidado una relación positiva. Es más que probable que el mismo concepto clásico de “connotación positiva” se inventase en los años de *Paradosso e Controparadosso [Paradoja y Contraparadoja]*, (Selvini Palazzoli et al., 1975) para no entrar demasiado pronto en simetría con pacientes y familiares muy evitativos (a menudo narcisistas).

Una Guía para las Hipótesis no Encarceladas en el Aquí y Ahora

Desde el punto de vista del terapeuta familiar, un primer uso de la teoría del apego se presenta cuando se propone el propio apego como mapa inferencial que le ayuda a suponer no solo el desarrollo del paciente, sino también los problemas de su crianza y las reacciones del cuidador.

De nuevo el caso de Francesco

Volviendo al ejemplo de Francesco, el adolescente mutista y bloqueado que va a terapia obligado por una madre que se declara atenta y preocupada, podríamos suponer, después de una investigación exhaustiva sobre la historia de la organización defensiva del joven, que la atención materna ha debido tener en el pasado, durante el desarrollo del niño, importantes fallos como para hacer que el hijo entrara en la modalidad “hacerlo solo” que ahora lo encarcela. ¿Cómo así esta mujer, que ahora muestra una capacidad de sana preocupación, puede haber fallado en su tarea de ofrecerle una base segura que lo iniciase en una exploración apacible del mundo, pudiendo contar con su comprensión? ¿Qué le ha sucedido a esta madre? Las respuestas que surgirán de la historia de su vida deberán darnos una respuesta exhaustiva.

Por ejemplo, será esclarecedor saber que la mujer es hija de una paciente

psiquiátrica, infantil y demandante, en la que nuestra madre nunca ha podido apoyarse ni siquiera durante su infancia. También nos sorprenderá constatar que el marido, por otra parte un buen profesional, se comporta de una forma que no concede a la mujer un apoyo y una intimidad, permitiéndose en el ámbito doméstico “comentarios” denigrantes y agresiones hacia sus hijos, a los que considera sus contrincantes en su derecho pretencioso de poseer todas las atenciones de su mujer. Ésta, por su parte, siempre ha esperado que sus hijos se las apañaran, soportando el “fastidio” de las malas palabras del padre, sin defenderlos, casi actualizando la expectativa inconsciente de su pasado de que a cada uno nos toca soportar a un padre loco.

Naturalmente, estos datos nos habrían interesado de todos modos, incluso sin el énfasis que el tema del apego nos permite hacer; a saber, que la madre ha ofrecido a su hijo un apego evitativo habiendo tenido que desarrollar ella misma un apego evitativo con una madre poco responsiva, apego que ha mantenido hacia su marido, con el cual no ha desarrollado ninguna experiencia de complicidad. Tal vez habríamos tardado en hacer preguntas cuyas respuestas nos han iluminado tanto a nosotros como a ella misma, dándole una idea de sus incapacidades y sugiriéndole estrategias de cambio, y no habríamos ido más allá de su actitud de sana preocupación, demonizando la figura del padre como la más patogénica, sin justificar al paciente, a la propia mujer y al marido los comportamientos no protectores de la madre, puestos en práctica por la convicción de que el chico tuviese un poco “de cuento”, con su bloqueo y su depresión. Habríamos profundizado en su “ser madre”, “considerando oro todo lo que reluce”, sin ayudarle a reencontrarse a sí misma antes de empujarla a estar cerca de su hijo. En este caso ella habría hecho los deberes como una alumna aplicada, pero sin esa autenticidad que ahora le empuja a poner en duda su propia competencia (Selvini y Sorrentino, 2010).

Este caso demuestra a la perfección cómo la teoría del apego ofrece una base útil en la investigación de la etiopatogenia, y una complejización indispensable para terapeutas “demasiado sistémicos”, es decir, hiperrelacionales, como por ejemplo Watzlawick (Watzlawick et al., 1967) en su clásico *Pragmatica della comunicazione [Teoría de la comunicación humana]* o como son a día de hoy los llamados postmodernos constructivistas, narrativistas (White, 1992) o solucionistas (De Shazer, 1985). Modelos que se centran exclusivamente en el aquí y ahora, en las soluciones probadas, en la función homeostática del síntoma y anulan/ignoran la dimensión evolutiva del paciente.

Los Recursos del Sistema: el Terapeuta no es solo una Base Segura, sino que Trabaja para Reactivar una Red de Bases Seguras

El resultado de una buena fase de consulta, que ocupa las primeras entrevistas y las primeras sesiones de consulta de una terapia familiar, es una dimensión de reconocimiento y aceptación compartida por todos los miembros de una familia del entrelazarse de las historias y los sufrimientos de cada uno. Solo sobre esta base es

posible plantear el difícil trabajo del cambio.

El tratamiento de Francesco

En el caso de Francesco, el joven autárquico, se ayudó a la madre con empatía a comprender la raíz de los sentimientos distanciantes que albergaba hacia sus hijos y hacia el marido, llamando su atención sobre cómo reaccionaba a los signos evidentes de su malestar al minimizarlos y alejarse con la convicción de haberlos mimado con sus cuidados puntuales. Durante las sesiones, esta madre pudo darse cuenta de que se había dedicado siempre a la buena marcha de la casa y de hecho había garantizado a la familia un nivel de vida normal. Sin embargo, había sido poco empática tanto con la hija mayor, ansiosa y enfermiza, como con el marido, a cuyas pretensiones se sometía como quien da la razón a un loco, considerándolo más un paciente que un compañero y un interlocutor. O con el hijo varón, que había crecido en silencio junto a ella sin dar problemas aunque solo y encerrado en sí mismo, y que ahora le pasaba factura con su angustia bloqueante. Por otra parte, y pese a las resistencias iniciales, se ayudó al padre a dar importancia a una infancia difícil, de penurias y abandono, que él definía como “formativa”, mostrándole que esta era la raíz de sus actitudes despreciativas hacia los hijos y de sus pretensiones compensatorias hacia su mujer, lo que le ayudó a calmarse gracias también al uso de fármacos para corregir un grave problema de insomnio que lo atormentaba, herencia de una adolescencia de tensión, y que por supuesto no ayudaba a que tuviera un carácter más fácil.

Su aceptación del rol de paciente en vez del de hombre duro, padre de un hijo “flojo”, ayudó al adolescente a percibirse a sí mismo como un sujeto con derechos y no solo con culpas, y también a tomar conciencia de la gran rabia que guardaba dentro sin atreverse a ponerle nombre. Con poquísimas palabras, levantando la mirada que siempre apuntaba hacia abajo y mirando a su padre a la cara, Francesco, con la ayuda de su hermana, consiguió cuestionarlo por los estúpidos y crueles episodios de los que había sido víctima (Selvini y Sorrentino, 2010).

El recurso fundamental del enfoque familiar/sistémico viene precisamente de la fuerza transformadora de no tener que depender solo de la relación paciente-terapeuta, sino de poder confiar en un conjunto de bases seguras: el equipo terapéutico es un punto de referencia tanto para el paciente como para los padres y hermanos, apostando por procesos de acercamiento y reconciliación que produzcan una verdadera red de apoyo emocional. Se trata de una forma de actuar totalmente opuesta a recurrir a un terapeuta individual que, a menudo, corre el riesgo de recibir por parte de los padres del paciente una obligación implícita de ser un padre mejor que ellos, arriesgándose a desencadenar peligrosos conflictos de lealtad y/o devaluando a los familiares (Selvini, 2014b).

Veamos una aplicación específica en el caso de Francesco. Al finalizar la fase de consulta valoramos que invertir en el padre en lugar de la madre, como factor de cambio a largo plazo, habría tenido menos eficacia y menos lógica con la organi-

zación natural del sistema familiar. De hecho, la madre era emocionalmente el único progenitor; el padre únicamente había sido capaz de aceptar adoptar una dimensión menos destructiva y competitiva hacia su hijo, pero su capacidad de apoyarle, ayudándole empáticamente a expresarse, era muy modesta. Así pues, aceptamos que los dos hombres se evitasen en una primera fase, con la esperanza de inducir al hijo a comprender la disfunción paterna para acercarse a él con una modalidad menos reactiva y sufridora en una fase posterior del tratamiento.

En una primera evaluación, la estructura de la personalidad del padre parecía más difícil de modificar respecto a la del hijo dados los núcleos narcisistas. La estructura de personalidad del hijo estaba aún sin consolidar, teniendo en cuenta su corta edad y la dependencia que mostraba de aceptar aún a la madre. El eje principal de la terapia fue la modificación de la relación con la madre. Ayudando a la señora a ofrecer al hijo un apoyo sensible y responsivo, defendiéndolo de los ataques paternos cuando fuese necesario, y animándolo a apoyarse y a hablar sobre sus propias angustias, le estaría ofreciendo una base segura.

Durante este trabajo la señora contó con el apoyo de la coterapeuta, supervisora, mientras que el paciente utilizó entrevistas individuales con el terapeuta directo que le ayudó a abrirse hacia una figura “paternal” menos comprometida. La dimensión evitativa del joven se ponía así en entredicho, junto con la dimensión evitativa de la madre, que no estaba acostumbrada a darse prioridad. Las sesiones individuales con ambos no fueron muy frecuentes, respetando sus esfuerzos para aceptar la implicación. Los temas que se trataban con la madre, además de su historia personal con su familia de origen, tenían que ver con la peculiar dimensión dismorfofóbica que presentaba el hijo y su origen en la relación con ella. Llamaba de hecho la atención la constante justificación de la señora respecto a sus decisiones, por ejemplo en el ámbito matrimonial, relacionadas con lo guapo que era su marido, o su intolerancia hacia el novio de su hija por ser feo y poco saludable. En su escala de valores la belleza y el aspecto físico tenían mucha importancia, al contrario de lo que pudiera parecer a simple vista, ya que era una mujer culta y reservada, muy poco dada a la exhibición en sus maneras, su ropa o su estilo. Ella consideraba que tanto el paciente como el padre (y ella misma) eran guapos, mientras que consideraba a la hija poco agraciada. Esta, efectivamente, era presa desde su más tierna infancia de un trastorno de ansiedad generalizado con muchas somatizaciones que habían comprometido su florecimiento juvenil incluso en el aspecto. Sobre un terreno como este, la obsesión dismorfofóbica del hijo adquiriría matices cargados de significado.

El origen de este énfasis en la belleza estaba curiosamente relacionado con la única complicidad que la señora había tenido con su propia madre, con la que compartía la costumbre de juzgar a las personas, su valor y su capacidad en base al criterio infantil de cuánto pareciesen guapos, cuidados y bien parecidos. Reflexionar sobre estos temas, sobre cuánto había buscado una cercanía y una dependencia de su madre, contentándose con complacerla en las expresiones infantiles de su

narcisismo, ayudó a la señora a acercarse al hijo con una conciencia más reflexiva y sensible a las necesidades de “buena apariencia” del joven, necesidades que ella misma le había inculcado.

Este caso pone de manifiesto cómo a través de los recorridos paralelos la terapia familiar puede favorecer, ofreciendo contención, confrontación y reflexión, una recuperación de los apegos naturales, ayudando a las personas a liberarse de los problemas y de los vínculos inconscientes que les impiden criar hijos sanos, incluso con un estilo peculiar. En otros términos, el terapeuta familiar activa las uniones naturales, limitándose a dar un apoyo sustitutivo solo cuando falten los recursos del sistema (Selvini y Sorrentino, 2010).

Las Cinco Reorganizaciones del Apego

Estudios recientes en población no clínica calculan que hay entre un 15 y un 20 % de sujetos con un apego desorganizado y este porcentaje sube al 50-80 % en la población de pacientes en tratamiento (Monticelli, Panchieri, Armovidi y Liotti, 2008, p.45). Así pues, es altamente probable que una gran parte de nuestros pacientes presente esta matriz en la historia evolutiva. Liotti, siguiendo a Lyons-Ruth y sus colegas (2009), concibe la desorganización como una fractura, es decir, como un estado subjetivo de angustia elevada en el dilema miedo-necesidad respecto a la(s) figura(s) de referencia: una especie de ambivalencia angustiada imposible de soportar. Los históricos conceptos de defensa pueden ser reinterpretados como una necesidad de encontrar una vía de escape a experiencias insoportables. Lyons-Ruth y otros investigadores del apego han individuado dos estrategias fundamentales para retomar el control, es decir, para reorganizar la desorganización:

1. *La estrategia protectora: el salvador.* Se trata de la clásica inversión de los roles; el niño se convierte en su propio abuelo al ser él el padre de su propio padre/figura de referencia. Es evidente que el hecho de que predomine esta decisión existencial conducirá a la pseudoidentidad en los típicos cuadros desorganizados de tipo parentificado, en los que la reorganización suele estar entrelazada con la reorganización basada en la sumisión (Selvini, 2014a).
2. *La estrategia punitiva: el verdugo.* El niño se convierte en tiránico/dominante sobre la figura de referencia. Encontramos esta reorganización sobre todo en los cuadros *border* (el vértice “verdugo” del triángulo dramático), pero también puede ser una de las bases de la personalidad antisocial o narcisista. El niño aprende a combatir el miedo haciéndose “el malo”, “el duro”.

Estas reorganizaciones pueden ir cambiando con el tiempo y sumándose unas a otras. Por ejemplo, la chica obesa de la que hablábamos anteriormente, que insultaba a sus padres en la sesión, mostraba en el momento de la consulta un evidente intento de asumir la modalidad tiránica, pero su historia evolutiva hablaba

de una personalidad con importantes rasgos parentificados. Hija de una mujer cuyo padre, suicida, la había dejado siendo adolescente al cuidado de una madre hipercrítica y fría, había soportado desde que inicio la escuela primaria (periodo en el que comenzó el sobrepeso) sus crisis hipocondríacas y los ataques de pánico, tomándole la tensión, llevándole las medicinas, intentando hacerle entrar en razón como una buena enfermera. Ahora, sin embargo, era presa del pánico ante la idea de acudir al médico para controlar los riesgos de su grave sobrepeso. Alternaba el pánico con comportamientos intimidatorios de ataque a su madre, que cedía subordinándose a sus exigencias sin mostrar ninguna autoridad. La paciente negaba sus propios problemas y se retiraba a la esfera doméstica, donde dominaba. Al mismo tiempo, quería huir de casa y hacía planes para estudiar en el extranjero, planes que luego su padre frustraba. A pesar de que la situación era precaria, decidimos apoyar a los padres para que alentasen la maniobra de emancipación con buenos resultados: la joven se tranquilizó al comprobar que sus recursos funcionaban y perdió sesenta kilos en un año.

A estas dos estrategias fundamentales Liotti (Liotti y Monticelli, 2008) añadió otras tres:

3. *La estrategia de la sumisión: la víctima.* El niño puede aprender que para controlar a la figura de referencia y hacerla así menos amenazadora y más previsible, le funciona ponerse totalmente “a sus órdenes” en un estado de complacencia/sumisión absoluto. Esta idea nos llama mucho la atención porque resuelve una gran contradicción que nos atormentaba en la descripción del tipo “dependiente-simbiótico” (Selvini, 2008). En efecto, la experiencia clínica a menudo no confirmaba en absoluto la presencia de un contexto de aprendizaje hiperprotector; por el contrario, encontrábamos historias de graves carencias al límite del maltrato. Al mismo tiempo, para estos casos también hemos encontrado en la literatura la referencia a una crianza de tipo autoritario. Así, hemos asumido la existencia de dos tipos de personalidades dependientes, tan diferentes entre ellas que hacen dudar seriamente de la sensatez de conservar un término único. De hecho, el niño y el adulto sumisos parece más bien que nos remiten al origen de un rasgo masoquista o pasivo agresivo, es decir, a una identidad basada en la sumisión a la voluntad de una figura de referencia amenazante. Por lo tanto, debemos distinguir bien entre la incapacidad de pensar y obrar por uno mismo sobre la base de una infantilización provocada por una crianza hiperprotectora y la misma incapacidad construida sobre la base de la estrategia de sumisión a una referencia poco fiable/amenazante. Algunos ejemplos importantes de esta casuística aparecen en los casos de protección y maltrato para los cuales es necesario consultar Cirillo (2005).
4. *La estrategia seductora: el manipulador.* La referencia aquí es a una estrategia clásica en la historia de la psicoterapia, la utilizada por las famosas niñas histéricas de Freud, rebautizadas como histriónicas. Se trata

de niñas temerosas por no ser vistas, que buscan llamar la atención con estrategias activas de implicación excesiva de la figura de referencia (usando la seducción, el exhibicionismo e incluso el malestar y la enfermedad). Tenemos cuidado de no negar que estas niñas son, en muchos casos, principalmente víctimas de abusos. Sin embargo, la idea de este tipo de reorganización nos ayuda a suponer un papel activo por su parte, precisamente sobre el terreno específico de la búsqueda de atención.

5. *La estrategia autárquica: el autosuficiente.* Se trata de la estrategia que Liotti define como el “desapego del apego”, es decir, los apegos fuertemente evitativos que nos llevan al trasfondo de las personalidades obsesivas, esquizoides o paranoides, pero que a menudo podemos encontrar presentes de forma inestable en los cuadros psicóticos: si mi figura de referencia me da miedo la borro, prescindiré de ella. Es evidente la conexión entre estas estrategias y muchos problemas de confianza en los demás.

Si retomamos el ejemplo del joven con la mirada perdida en el vacío, incapaz de sentir o de planear su propia vida, encontramos un válido ejemplo de esta reorganización que empieza, en este caso, en la segunda infancia. Es entonces cuando la madre atraviesa un periodo de depresión grave a causa de dos eventos trágicos: la detención del hermano menor en un país del tercer mundo y una dolorosa enfermedad articular que le bloquea. La mujer triste no se siente comprendida por el marido, enfadado con la familia de ella por las críticas injustas que reciben por parte de los hermanos de la mujer, y tampoco muestra empatía por su sufrimiento físico, juzgándolo como somatización. El clima familiar alrededor del niño se carga de repente de tensión, con la madre que desaparece y evita sin dar explicaciones la interacción con él, y el padre que arma escándalos agrediéndola, poco protector con los niños. Aquí se originó la defensa autárquica que ahora lo encarcela. También en este caso el recurso resulta ser la madre, que hace de conexión y pone a los terapeutas en condiciones de dar un significado a lo que está ocurriendo y de poder así devolver al paciente el sentido de su estado de ánimo.

Este simple modelo de cinco tipos de reorganización nos parece clínicamente muy útil, sobre todo para restablecer el concepto clásico de defensa sobre una base más etológica. Además, nos ayuda a ver con más claridad los posibles recorridos evolutivos que llevan a los diferentes tipos de trastornos de la personalidad, (Selvini, 2014b). Por último, señala un punto importante en la continuidad histórica de la investigación sistémica; la idea de la desorganización del apego, de hecho, surge como una excelente concreción clínica de la histórica intuición de Bateson (1972) del doble vínculo que describía a un paciente colocado en una posición sin salida recibiendo mensajes contradictorios e incompatibles en un contexto que no permite escapar (Selvini, 2008; Onnis, 2010).

Conclusiones

La teoría del apego puede ser una guía útil pero no debe convertirse en un “pensamiento único”. Lo que hemos intentado mostrar con los ejemplos clínicos es una forma de pensamiento clínico complejo que funciona de manera multifocal, para ir y venir entre siete enfoques distintos: 1) el tipo de solicitud de ayuda, 2) la psicopatología, 3) el diagnóstico/hipótesis sistémico/a, 4) la evaluación del apego, 5) el diagnóstico de la personalidad, 6) la reconstrucción del recorrido trigeracional, 7) las emociones del terapeuta (Selvini, 2008; Sorrentino, 2012). Esta forma de pensar nos permite volver a introducir la díada y tratar el trauma, especialmente en su dimensión de trauma del desarrollo (Liotti y Farina, 2011). Así podremos enfocar junto al individuo estratégico que juega cierto juego, al individuo que sufre y que trata de sobrevivir a sus crisis existenciales y a las de sus familiares (Cirillo y Selvini, 2013).

PUBLICADO ANTERIORMENTE EN:

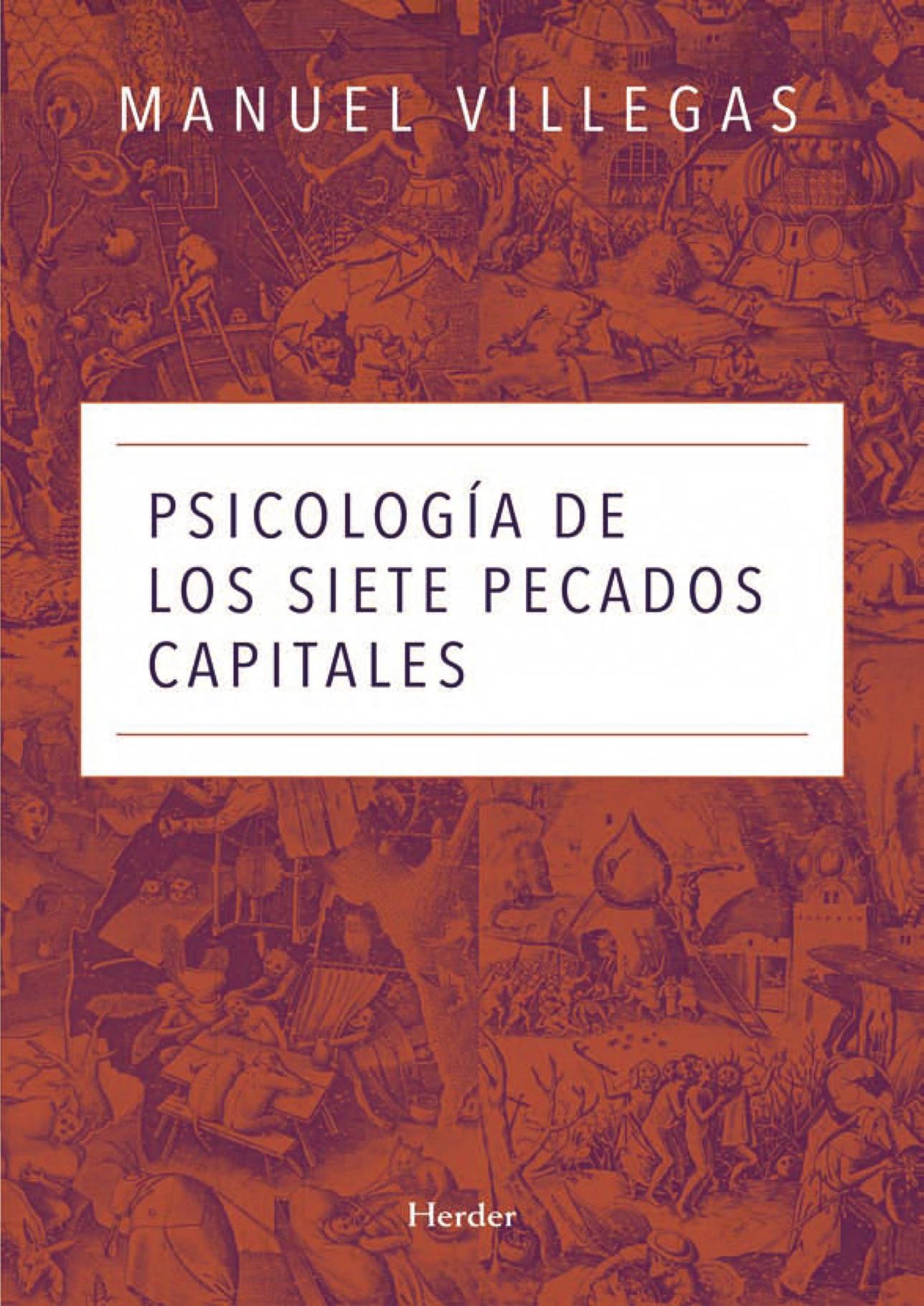
Attaccamento e Sistemi Complessi (Attachment and Complex Systems), Vol. 2, n.1, enero 2015, pp, xxxxx
 ISSN 2283-8279-c) 2015 ScioneEditoreRoma
 Cedido para su publicación en este monográfico por los autores y la editorial

Traducción: **Nerea Hernando Mújica**

Referencias bibliográficas

- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evolucionistica della mente. Normalità, patologia, terapia*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Attili, G. (2010). Storia e sviluppi della teoria dell'attaccamento. En L. Onnns (Ed.), *Legami che creano, legami che curano* (pp. 45-65). Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind. (Trad. It) *Verso un'ecologia della mente*, Milán, Italia: Adelphi.
- Benjamin, L. S. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità*. Roma, Italia: LAS.
- Bruni, F. y De Filippi, G (2007). *La tela di Penelope*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Byng Hall, J. (1998). *Le trame della famiglia: Attaccamento sicuro e cambiamento sistémico*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Berrini, R. y Sorrentino, A. M. (2011). I colloqui di presa in carico nella terapia individuale relazionale-sistémica. *Terapia Familiare*, 95, 5-17.
- Camisasca, E., Miragoli, S. y Di Blasio, P. (2014). Strategie di coping e copingefficacy nei bambini esposti al conflitto genitoriale: Il ruolo dell'attaccamento. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 1(1), 91-111.
- Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S. (2013). Autonomia e dipendenza: Due termini che si oppongono? *Terapia Familiare*, 102, 15-34.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La famiglia tossicodipendente*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S. y Selvini, M. (2013). Teoria e pratica delle terapie familiari. En F. Del Corno y M. Lang (Eds.), *Elementi di psicologia clinica*. Milán, Italia: Franco Angeli.

- De Shazer, S. (1986). *Le chiavi per la soluzione in terapia breve*. Roma, Italia: Astrolabio.
- Doane, J. A. y Diamond, D. (1995). *Affetti ed attaccamento nella famiglia. Trattamento familiare dei più gravi disturbi psichiatrici*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Framo, J. L. (1965). Intensive Family therapy: Theoretical and practical aspects. (Trad. it. G. Beltrami Gadola). En I. Boszormeny-Nagy y J. Framo (Eds.), *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Turin, Italia: Boringhieri.
- Framo, J. L. (1992). Family-of-origin therapy: An intergenerational approach (Trad. It. P. Bertrando). En R. Cortina (Ed.), *Terapia intergenerazionale. Il lavoro con le famiglie di origine*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery. *Il guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Roma: Edizioni Magi.
- Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. y Monticelli, F. (Eds.) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R. y Bianchi, I. (2009). Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta. En R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni* (pp. 313-343). Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Monticelli, F., Panchieri, L., Armovidi, C. y Liotti, G. (2008). Dinamiche motivazionali e psicopatologia. En G. Liotti y F. Monticelli (Eds.) *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico: Il manuale AIMIT* (pp. 43-63). Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Onnis, L. (2010). Introduzione. En L. Onnis (Ed.), *Legami che creano, legami che curano* (pp. 9-40). Turin, Italia: Bollati Boringhieri.
- Ricci, C. y Selvini Palazzoli, M. (1984). Interaction complexity and communication. *Family Process*, 23, 169-176.
- Selvini, M. (1993). Psicosi e misconoscimento della realtà. *Terapia Familiare*, 41, 45-46.
- Selvini, M. (2003). Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente. *Terapia Familiare*, 73, 5-33.
- Selvini, M. (2008). Undici tipi di personalità – L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della mente*, 31(1), 29-55.
- Selvini, M. (2014a). Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità. *Psicobiettivo*, 2, 46-58.
- Selvini, M. (2014b). L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico. *Ecologia della Mente*, 37(1), 49-59.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milán, Italia: Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: Tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7-19.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1988). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (2010). Riattivare l'attaccamento. En Onnis (Ed.), *Legami che creano, legami che curano*. Turin, Italia: Bollati Boringhieri.
- Selvini, M., Sorrentino, A. M. y Gritti, M. C. (2012). Promuovere la resilienza "individuale-sistemica": un modello a sei fasi. *Psicobiettivo*, 32, 32-51.
- Sorrentino, A. M. (2000). Teoria dell'attaccamento e psicoterapia familiare. Come ci siamo avvicinati alla teoria dell'attaccamento. *Psicobiettivo*, 20(3), 37-47.
- Sorrentino, A. M. (2012). L'incontro terapeutico e gli interrogativi diagnostici: un'esperienza di reciprocità. *Terapia familiare*, 99, 35-53.
- Telfener, U. (2006). *Ho sposato un narciso. Manuale di sopravvivenza per donne innamorate*. Roma, Italia: Castelvecchi.
- Ugazio, V. (1984). Oltre la teoria dell'attaccamento. En H. R. Schaffer (Ed.), *L'integrazione madre-bambino* (pp. 13-48). Milán, Italia: Franco Angeli.
- Var der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2006). *The haunted self. Fantasma nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milán: Raffaello Cortina.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1967). Pragmatic of human communication *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma, Italia: Astrolabio.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma, Italia: Astrolabio.



MANUEL VILLEGAS

PSICOLOGÍA DE
LOS SIETE PECADOS
CAPITALES

Herder

UNA FORMULACIÓN FUNCIONAL FAMILIAR USANDO EL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y ADAPTACIÓN

A FAMILY FUNCTIONAL FORMULATION USING THE DYNAMIC MATURATIONAL MODEL OF ATTACHMENT AND ADAPTATION

Inés Valero Rivas

Psicóloga General Sanitaria

CEPA: Centro Especializado en Psicoterapia y Apego, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Valero Rivas, I. (2018). Una Formulación Funcional Familiar usando el Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 21-37.

Resumen

El concepto de apego se está convirtiendo en un tema importante para los profesionales de la Psicología y otras disciplinas afines, aunque este sea un constructo que se ha venido usando de una manera muy difusa. Este artículo aspira a introducir lo que la perspectiva teórica del Modelo Dinámico Maduracional del Apego y Adaptación desarrollado por Patricia Crittenden puede ofrecer a los terapeutas como alternativa al modelo ABC+D, más conocido y usado por los profesionales en general. De este modo, se presentan los instrumentos de evaluación, diseñados según las edades evolutivas, que se pueden utilizar dentro de este enfoque del apego, detallando algunos de ellos, para después describir cómo este modelo puede guiar la formulación de casos en torno a ideas como el procesamiento de la información y la protección del peligro. Como ejemplo, se presenta en detalle una Formulación Funcional Familiar, con una madre y sus dos hijas involucradas con los Servicios Sociales en España.

Palabras clave: Apego, Modelo Dinámico Maduracional, Formulación Funcional Familiar, estrategias de auto-protección



Abstract

Attachment is becoming an important topic for psychologists and professionals from related areas, although this is a construct that has been used very vaguely by professionals. This paper aims to introduce what the theoretical approach of the Dynamic Maturational Model of Attachment and Adaptation developed by Patricia Crittenden can offer to therapists as an alternative to the more known and widely used by professionals ABC+D model. Therefore, it presents the developmentally designed assessment tools that can be used within this attachment approach, detailing some of them, to then describe how the model can guide case formulation around the ideas of information processing and protection from danger. As an example, a Family Functional Formulation, with a mother and her two daughters involved with Social Services in Spain, is presented in detail.

Keywords: Attachment, Dynamic Maturational Model, Family Functional Formulation, self-protective strategies

Introducción

Este es un artículo centrado en cómo los terapeutas podemos usar lo que sabemos acerca del apego y su evaluación para diseñar tratamientos psicológicos individualizados para las familias. Introduciré el Modelo Dinámico Maduracional (DMM, a partir de ahora) del Apego y Adaptación desarrollado por Patricia Crittenden, algunas de sus entrevistas de evaluación; y cómo, el concepto de Formulación Funcional Familiar, puede guiar nuestra intervención, a través de un estudio de caso de una familia atendida en los Servicios Sociales españoles.

Espero que los lectores sientan curiosidad acerca de lo que este modelo, sus herramientas de evaluación y sugerencias de intervención pueden ofrecer.

Apego y el DMM

Tal y cómo muestra este monográfico, el apego se ha convertido en un tema importante para la psicoterapia e investigación. Sin embargo, desde la perspectiva del DMM, este es un constructo que, simultáneamente, se usa de manera imprecisa (Crittenden, 2016).

Este artículo se basa en el método de codificación y clasificación del DMM, en contraste con el modelo, más conocido, ABC+D (para una discusión en profundidad acerca de sus diferencias, consultar Landa y Duchinski, 2013).

El DMM sintetiza el conocimiento derivado de diferentes disciplinas y se organiza alrededor de la protección del peligro. Centrado en el desarrollo, la diversidad y el cambio, usa un enfoque basado en las fortalezas. Es decir, asume que las personas, como expertas en adaptación, desarrollan la mejor estrategia de apego posible para resolver sus problemas dadas las condiciones a las que se enfrentan cuando crecen.

El apego se considera tanto una relación única como un patrón de procesamiento de la información y comportamiento, cumpliendo una doble función: proteger el yo a lo largo de la vida y aumentar las oportunidades reproductivas en la edad adulta (Crittenden, 2008). Por tanto, el apego es una característica relacional –no individual–, donde las personas desarrollan una estrategia protectora dependiendo de: 1) la naturaleza del peligro al que estuvieron expuestas, 2) las señales necesarias para elicitación de cuidados y protección y 3) su madurez evolutiva en ese momento.

El DMM diferencia entre tres **estrategias** básicas (A, B y C, tal y como las identificó Mary Ainsworth) y varias sub-estrategias (A1-8, B1-5 y C1-8) incluyendo combinaciones entre ellas (A/C). Cada estrategia es diferente en relación a cómo se procesa mentalmente la información cognitiva, afectiva y somática –siendo el resultado de todo esto lo que llamamos representaciones disposicionales (DRs)– que combinadas, motivan y organizan el comportamiento final del sujeto en una determinada dirección.

El DMM organiza las diferentes maneras en las que las personas representan su relación con el mundo a través de ocho **sistemas de memoria** (somático, habla

corporal, procedimental, imágenes, semántico, lenguaje connotativo, episódico e integración reflexiva). Algunos de estos sistemas son implícitos y pre-verbales, algunos explícitos y verbales y otros corresponden con el nivel de integración cortical.

Este modelo se representa con un círculo (ver Figura 1) dónde las personas que usan una estrategia B integran sin sesgos los diferentes tipos de información; las personas que usan una estrategia tipo A están sesgadas hacia la información cognitiva y aquéllas que usan una estrategia C están sesgadas afectivamente. Estas transformaciones de información pueden identificarse gracias a las herramientas de evaluación diseñadas por el DMM.

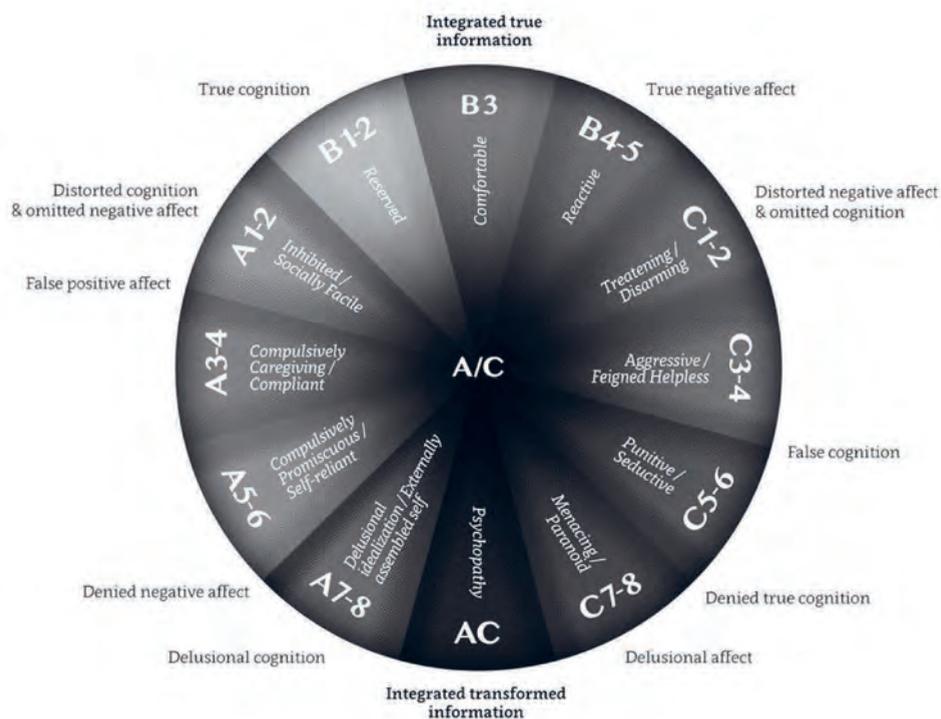


Figura 1. Patrones de apego según el Modelo Dinámico Maduracional en la edad adulta.

© Patricia Crittenden, publicado con permiso de la autora

Finalmente, me gustaría mencionar algunos elementos controvertidos de este marco teórico: 1) el DMM no usa la categoría Desorganización (D); sino que cada individuo se considera organizado, ya sea adaptativa o desadaptativamente, aunque esto pueda ser difícil de comprender sin una evaluación apropiada; 2) las personas no necesitan una base segura para sobrevivir y, por tanto, el objetivo terapéutico no es necesariamente que la estrategia de apego se redirija hacia B; de hecho, desde este

enfoque, usar una estrategia protectora del yo no-B puede ser más seguro para alguien que viva bajo circunstancias peligrosas; y 3) dentro de esta perspectiva, resulta inexacto decir que alguien tiene o no tiene apego, mayor o menor cantidad de éste, un apego pobre o un trastorno del mismo.

Instrumentos de evaluación DMM

Todos los procedimientos del DMM ayudan a comprender los procesos y patrones psicológicos fundamentales de las personas evaluadas; así, se ofrecen clasificaciones identificables que simultáneamente reconocen las diferencias individuales (Crittenden et al., 2014). Cada prueba tiene una estructura interna que cuidadosa y progresivamente introduce elementos/preguntas inesperadas, moderadamente amenazantes, que eliciten la estrategia de protección del yo de la persona. De este modo, los ítems no están diseñados para su uso por separado y la persona a evaluar no debe conocer por adelantado el instrumento.

Estos procedimientos son complejos y no ofrecen una respuesta rápida y fácil a nuestras preguntas. Los profesionales que los usan necesitan una formación extensa, no se aprende simplemente leyendo un manual, y el proceso de codificación y clasificación conlleva asimismo mucho trabajo. De hecho, en un mundo ideal, éste debería ser ciego, es decir, llevado a cabo por alguien que no dispone de información previa acerca del entrevistado.

Esto puede parecer excesivo en tiempo y costes, hasta el punto de no ser factible para un terapeuta, pero desde la perspectiva del DMM, si el constructo del apego es usado como algo importante en la práctica diaria, entonces debe ser evaluado adecuadamente.

El proceso colaborativo que sucede cuando se usan estos procedimientos es también beneficioso: no sólo marca el comienzo de una nueva relación entre el profesional y cada miembro de la familia, que comparte su historia mientras es aceptado y escuchado, sino que también hace que el psicólogo aprenda cómo interactuar mejor terapéuticamente con ellos.

Crittenden ha desarrollado una secuencia evolutiva de pruebas de evaluación del apego y estrategias de protección del yo vinculadas al DMM: El CARE-Index para infantes (ICI) y niños pequeños (TCI), la Situación Extraña (SSP, originalmente diseñado por Ainsworth, pero con algunas variantes), la Evaluación del Apego Preescolar (PAA), la Evaluación del Apego en Edad Escolar (SAA), la Entrevista del Apego en la Transición a la Edad Adulta (TAAI) y la Entrevista del Apego Adulto (AAI, modificada del original de George, Kaplan y Main en 1986). Para cumplir con los objetivos de este artículo, voy a describir brevemente el SAA y el AAI.

El SAA (Family Relations Institute, 2018) consiste en un conjunto de siete tarjetas en blanco y negro (salir solo de casa, ser rechazado por el mejor amigo/a, mudarse a un nuevo barrio, acoso escolar, el padre se marcha de casa, escaparse de casa y la madre se va al hospital) representando amenazas habituales que los niños en edad escolar pueden encontrarse o imaginarse.

Al menor, entre 7 y 14 años, se le pide que cuente una historia imaginaria acerca del niño/a de la tarjeta y después que recuerde un episodio similar en su vida. Por cada historia, el menor ofrece una secuencia de lo sucedido (información cognitiva), sus sentimientos (información afectiva), sus pensamientos acerca de los sentimientos y pensamientos de sus figuras de apego (toma de perspectiva), las razones de su comportamiento y qué podría hacer diferente en el futuro (funcionamiento reflexivo).

La entrevista se graba en audio y transcribe para ser anotada, en busca de marcadores específicos del discurso en cada uno de los sistemas de memoria.

El **AAI** (George, Kaplan y Main, 1996; Crittenden y Landini, 2011) es una entrevista para adultos con preguntas, que van de lo general a lo específico, en relación con el peligro físico y psicológico.

El objetivo de la entrevista es evaluar la estrategia de protección del yo y el patrón de procesamiento de información de la persona siguiendo el método DMM: la memoria procedimental se evalúa a través de la relación con el entrevistador, de los marcadores del discurso y de la expresión de afecto no verbal; la memoria de imágenes se explora preguntando a la persona por su primer recuerdo, junto con una serie de preguntas de seguimiento en otras partes de la entrevista; la memoria semántica se evalúa preguntando por cinco palabras o frases descriptivas de la relación con cada progenitor e indagando acerca de situaciones de la infancia moderadamente amenazantes; el lenguaje connotativo se considera analizando el tipo de palabras usadas a lo largo de la entrevista; la memoria episódica se sondea al preguntar por recuerdos específicos por cada una de las palabras descriptivas y las amenazas mencionadas; y finalmente, la integración reflexiva se explora con preguntas de tipo “por qué”, que invitan a la persona que responde a relacionar las diferentes partes de la entrevista para así extraer conclusiones coherentes y útiles para el futuro (Crittenden y Landini, 2011).

Usando marcadores procedimentales del discurso, en lugar de prestar atención al contenido de la entrevista, cada herramienta permite que comprendamos las transformaciones de información de cada individuo, su estrategia de protección y problemas ocultos, inesperados o innombrables, que puedan afectarles en la conexión entre el pasado, el presente y el futuro.

En resumen, las evaluaciones del apego no son tests, es decir, no disponen de una clave mostrando las respuestas correctas ni pueden completarse exitosamente ni fallarse. Tampoco son herramientas basadas en el juicio clínico ni en la opinión experta, ya que sí ofrecen procedimientos estandarizados y métodos específicos de clasificación –existiendo incluso un protocolo forense estandarizado (IASA, 2018).

Formulación Funcional Familiar (FFF)

Todo el proceso de evaluación se orienta a la comprensión de la dinámica familiar y a reducir el riesgo de daño, mientras se desarrolla una guía para la intervención. Por tanto, el resultado de la evaluación es una hipótesis de trabajo de

cómo esa persona, diada o familia funciona en la actualidad con mayor probabilidad, cómo se llegó a este punto, cómo ha ido progresando la situación y cómo se mantiene esta dinámica. Así, se debe encontrar un equilibrio entre la comprensión de la realidad desde la perspectiva de cada familiar, algo que no es siempre fácil cuando diferentes miembros de la familia tienen necesidades contrapuestas. Esto es lo que el DMM llama la *disposición representacional del profesional* (Crittenden y Dallos, 2014), algo que, gracias al trabajo posterior con la familia, se podrá refinar.

Para ayudar en este proceso el DMM propone (Crittenden et al., 2014) que al trabajar con familias y, especialmente, con el objetivo de mejorar el bienestar de los menores, debemos evaluar: 1) a todos los que viven juntos, no solamente aquellos identificados como el problema y 2) no solamente el apego de los menores hacia sus padres, sino también la organización psicológica de éstos y el funcionamiento familiar. Esto se debe a que sabemos que cambiar el comportamiento de los progenitores –en lugar de sólo cambiar el del niño/a– conlleva mejores resultados para los menores y, también, porque somos conscientes de que el cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta al resto.

Por tanto, una FFF en el DMM comienza con la administración y clasificación de las pruebas de evaluación descritas, según sea apropiado para cada familiar. Es importante recordar que estos protocolos han sido desarrollados para trabajar con información verbal y no verbal, por lo que el individuo, la diada o familia no saben cómo se mide la información, aunque sí controlan su contenido.

Después, el terapeuta comienza el proceso de integración reflexiva al buscar las discrepancias, interacciones y confluencias entre los diferentes resultados, en torno a lo que el DMM llama causa crítica del peligro y causa crítica del cambio (Crittenden et al., 2014).

La **causa crítica del peligro** representa nuestra hipótesis acerca del origen más probable que explique el funcionamiento estratégico de la persona; es decir, que fue lo que en el pasado desencadenó ese patrón de procesamiento de la información y organización y qué es lo que hace, en el presente, que la persona conecte y perciba situaciones e interacciones de tal modo que esas estrategias se reactivan. Una FFF hace que los terapeutas se centren en el papel que la exposición al peligro ha tenido en la vida de las personas, en cómo procesan información, se relacionan con los demás y han desarrollado estrategias de protección para sí mismos, sus parejas y familias.

La **causa crítica del cambio** es aquello que si se modificase, podría iniciar una secuencia de cambios que en el futuro restaurarían la flexibilidad de los miembros de la familia o resolvería las principales amenazas al funcionamiento y bienestar familiar; se centra en las fortalezas, conocimientos y habilidades desarrolladas por éstos, les protege de los peligros actuales a los que no se pueden enfrentar aún eficientemente y modela un proceso de integración que la familia podría seguir. Es decir, una FFF útil ofrece información acerca de lo que podría promover cambios y ayuda a predecir, supervisar y guiar este proceso.

Tratamiento integrador DMM

Aunque el DMM no comenzó como una teoría sobre la intervención, ahora sí que ofrece algunas directrices acerca de lo que el tratamiento podría hacer con sus ideas; siempre considerando las intervenciones clínicas como experimentos que nutren el cambio y abren posibilidades de acceso a nueva información que, a su vez, ayuda a revisar nuestras hipótesis.

Un tratamiento inspirado en el DMM (Crittenden y Dallos, 2014): 1) parte de la premisa de que las personas son expertas en adaptación; si fueron capaces de manejar peligros tempranos, pueden aprender a adaptarse mejor a su contexto actual, 2) no está necesariamente organizado en torno al problema o síntomas actuales, 3) intenta comprender la naturaleza del peligro, real y percibido, desde la perspectiva de cada miembro de la familia mientras se tiene en cuenta la situación global, 4) solo trabaja los problemas esenciales, ya que demasiados objetivos y profesionales probablemente sobrepasarán a la familia, y 5) no dispone de un manual prescriptivo, con sesiones o tiempos preestablecidos.

El objetivo del tratamiento no es que todo el mundo desarrolle una estrategia tipo B –característica de aquellos capaces de integrar información verdadera cognitiva, afectiva y somática– ya que no es la mejor estrategia en todas las circunstancias, sino ayudar a cada persona a comprender e identificar a qué aspectos de su pasado está su estrategia adaptada –considerando que puede que sigan necesitando esas habilidades si el peligro está aún presente en sus vidas–. Asimismo, nos gustaría que los individuos aprendieran a diferenciar entre su contexto pasado y presente, identificando situaciones donde una estrategia alternativa podría ser más útil. Es decir, estamos buscando una expansión de las estrategias de apego y un cambio en sus DRs, lo que les ayudará a adaptarse y maximizar sus funciones de protección del yo y reproductivas (Crittenden, 2016).

Con niños y adolescentes, la intervención debería centrarse en moldear los procesos psicológicos emergentes en su vida cotidiana evitando efectos iatrogénicos. Por ejemplo, evitaremos aquellas terapias que excluyan a los padres o les dejen con una imagen negativa de sí mismos, aquellas donde las ideas de los adultos sean privilegiadas sobre las de los menores o aquellas que ofrezcan interpretaciones negativas o equivocadas de las expresiones de afecto negativo de los niños.

Desde el DMM, el terapeuta se concibe como una **figura de apego transitoria** que: 1) facilita la relación con cada familiar y la familia en su conjunto, 2) es compasivo, comprensivo y muestra aceptación, 3) ayuda a las familias a identificar los asuntos importantes y priorizar, reduciendo la distancia entre sus quejas actuales y los problemas centrales, y 4) trabaja en la zona de desarrollo próximo de la familia (Vygotsky, 1978), para que progresivamente afronten los asuntos que puedan.

Esto último se relaciona con la capacidad de los familiares para regular su activación emocional: si es demasiado alta, demasiado baja u oscila excesivamente, normalmente las personas no suelen ser capaces de procesar información adecuadamente y no pueden beneficiarse del tratamiento. Unido a esto, se han de trabajar los

traumas y pérdidas sin resolver.

Además, hemos de reconocer que muchas veces el trabajo con las familias termina antes de lo que nos hubiera gustado (Bischoff y Sprenkle, 1993; Crittenden et al., 2014); esto puede ser porque nuestro lugar de trabajo solo permite trabajar con ellas durante un número determinado de sesiones/plazo de tiempo, porque las familias no han iniciado la intervención voluntariamente, disponen de recursos limitados o porque simplemente se sienten mejor que cuando empezaron. Muchas familias no desean integrar todo el pasado que les llevó a desarrollar una estrategia de apego específica y, finalmente, acudir a terapia. Esto puede ser útil desde nuestro punto de vista pero no todo el mundo busca este objetivo. Algunas familias irán a terapia en diferentes momentos de su vida y esto no tendría por qué considerarse necesariamente un fracaso en la intervención previa. De todos modos, es crucial ser honestos con la familia, compartir los logros alcanzados y lo que sería importante seguir trabajando, si surgiese la posibilidad de colaborar en el futuro.

En lo que se refiere a técnicas psicológicas particulares o escuelas de pensamiento, el DMM considera todo aquello que funciona y representa la mejor solución al problema que presenta la familia. Desde este enfoque, todas las formas de intervención pueden ofrecer algo de utilidad dependiendo de las circunstancias. Aun así, no es cierto que cualquier tratamiento sea mejor que la no intervención: es el trabajo del psicólogo decidir cuál es la estrategia más apropiada y pensar quién debería estar presente, cuándo y por qué.

Tal y como destaca Crittenden (2016), el DMM ofrece una serie de **ventajas** frente a otros enfoques en lo que se refiere al trabajo clínico con familias: 1) posibilita el seguimiento longitudinal, gracias a sus pruebas de evaluación evolutivas, 2) diferencia mejor dentro de las muestras clínicas al ofrecer una variedad de sub-estrategias de apego, 3) considera los traumas y pérdidas sin resolver de un modo más complejo, e 4) identifica la ruptura de estrategias gracias a lo que denomina modificadores como, por ejemplo, las intrusiones de afecto negativo prohibido.

Formulación Funcional Familiar: Estudio de Caso

Contexto

La familia es de origen caribeño, no religiosa, hispano parlante y de clase trabajadora.

En el momento de la evaluación, la madre (Antonia, 46 años) vivía en España con sus dos hijas: Lucía (13) y Paula (10). Su hija mayor, de una relación anterior (Carol, 23), vivía también en España, pero de forma independiente.

Antonia nació en República Dominicana en una familia descrita como muy pobre; su padre mantenía dos familias visitando a Antonia ocasionalmente. Cuando Antonia cumplió los 17, emigró a otro país latinoamericano donde nació Carol. Cuando ésta cumplió 1 año, Antonia la dejó en República Dominicana con su

familia y emigró a España. La reunificación sucedió siete años después.

Tras varios años en España, Antonia conoció a su marido y tuvo dos hijas (Lucía y Paula), aunque se separaron cuando Paula tenía 2 años. El padre de las niñas vivía entre España y República Dominicana estableciendo una relación intermitente con ellas. La pareja estaba en ese momento siguiendo un proceso conflictivo de divorcio.

Los Servicios Sociales conocían a la familia del año anterior porque Carol había sufrido un episodio psicótico inducido por sustancias y había sido hospitalizada durante un mes. Acababa de tener una niña que, a partir de ese momento, pasó a ser cuidada por su padre. Aunque Carol no vivía con su madre en ese momento —no tenían buena relación— fue así como los Servicios Sociales conocieron a Antonia y sus circunstancias familiares.

Antonia llevaba años desempleada y sostenía a su familia con una ayuda social. El padre de las niñas no contribuía económicamente. Antonia ocupaba su piso, tras haber sido desahuciada, y tenía una habitación alquilada a otra familia también en riesgo social. Se sospechaba que Antonia sufría un trastorno relacionado con el consumo de alcohol, pero no se había demostrado, y era diabética.

Antonia no asistía a las citas organizadas por los Servicios Sociales, aunque Lucía y Paula sí recibían apoyo escolar, asistían a talleres psico-educativos y actividades de ocio y tiempo libre en una asociación. Aunque Antonia se consideraba a sí misma una madre extraordinaria y comprometida, no participaba en ninguna de las reuniones familiares organizadas por esta asociación.

Los profesionales no estaban preocupados por Paula. Se desenvolvía lo suficientemente bien en el colegio y en la asociación. Sin embargo, su familia la describía como enfermiza y sensiblon.

Lucía sí fallaba académicamente y asistía a clases de apoyo como su última oportunidad para completar la educación básica. Sorprendentemente, cuando se le preguntaba por esto en la asociación, ella explicaba que iba bastante bien, hasta el punto que su madre se mostraba convencida de que estudiaría medicina. Normalmente, su comportamiento era adecuado y asertivo, aunque sus profesores describían momentos de furia descontrolada que podrían ser intrusiones de afecto negativo prohibido. Lucía sufría de obesidad.

En general, se presentaban como una familia unida —siendo Carol la única que no aceptaba el amor de su madre— y fueron evaluadas voluntariamente.

Clasificaciones

Evaluación del Apego en la Edad Escolar de Paula

Utr (ds)_{divorcio}? A+C3-4

La entrevista de Paula presentaba una mezcla de marcadores A y C, lo que sugería que usaba una combinación de estas estrategias, entremezclando la distorsión y omisión de información.

Procedimentalmente presentaba la información ordenada temporalmente

mientras se distanciaba de los sentimientos de enfado, miedo y deseo de cuidados. En su expresión afectiva y relación conmigo, aparecía algo de afecto positivo falso y anticipación de las preguntas, aunque mayoritariamente los marcadores eran tipo C: susurros, comportamientos no verbales, risas desarmantes, quejas acerca de la prueba y declaraciones de incompetencia en busca de una reducción de mis exigencias.

Sus descripciones estaban prácticamente libres de imágenes.

Semánticamente parecía saber cómo ella se sentía y pensaba, aunque los demás no conocían su perspectiva. A veces, era capaz de describir la perspectiva de los demás, pero no siempre. Se criticaba a sí misma y eximía a los demás, pero también se mostraba como invulnerable. Utilizaba explicaciones causales espontáneas (porque), prescripciones (deberías) y sus emociones para justificar su comportamiento.

Su lenguaje era principalmente denotativo con algunas palabras evocativas como terrible, traidora, empollón y harta.

Sus historias de fantasía eran mayoritariamente aburridas, pero con argumentos conectados, una vez que su madre y padre eran mencionados. Se presentaba como una niña buena y mala simultáneamente, a la que castigaban de vez en cuando; no se quejaba ni pedía ayuda. En uno de los episodios llamaba a la policía para resolver un problema y en otro mentía sin remordimientos, reconociendo este engaño.

No parecía capaz de integrar información.

No estaba segura de la presencia de un trauma sin resolver en relación con el divorcio de sus progenitores, aunque había una evidente falta de fluidez al hablar del padre y trataba de distanciarse de la situación de peligro de su padre marchándose de casa, cambiando de tema tan rápido como podía.

En relación con los peligros, aparecieron dos referencias sexuales (la niña se escapaba con un chico y una chica se quedaba embarazada).

Evaluación del Apego en la Edad Escolar de Lucía

UI(a)_M? A3-4

La entrevista de Lucía presentaba una mezcla de marcadores A3-4, es decir, se descartaba el yo, sus emociones y su propia perspectiva a lo largo de toda la entrevista, distanciándose del afecto negativo. Centrada en el orden temporal, Lucía cumplía con mis demandas y ofrecía explicaciones cuando no era capaz de hacerlo. Su mayor falta de fluidez fue cuando hablaba de su padre.

Sus descripciones, con la excepción de algunas imágenes auditivas, estaban libres de imágenes.

Semánticamente usaba descripciones causales espontáneas y prescripciones generalizadas acerca de lo que debería suceder desde la perspectiva parental; exoneraba a su madre de cualquier fallo y explicaba su comportamiento en función de sus necesidades y vulnerabilidades. Lucía era la responsable de crear y solucio-

nar los problemas.

Su lenguaje era principalmente denotativo con la presencia de algunas palabras evocativas como miedo, pánico y odio al hablar de su padre y Carol.

Episódicamente presentaba historias aburridas que reflejaban la perspectiva parental, mientras que sus emociones de enfado y deseo de cuidado eran descartadas, como si no tuviera derecho a ellas. Se presentaba como una buena chica que hacía lo que debía. La mayoría de sus historias tenían un cierre positivo donde ella cedía en su perspectiva y “pasaba” del asunto.

La integración reflexiva no se daba.

No estaba segura en cuanto a la presencia de una pérdida anticipada sin resolver de la madre. Lucía mencionaba tres veces su preocupación porque algo malo le pasase a su madre, aunque su discurso no cambiaba procedimentalmente y su madre de hecho era diabética, por lo que no consideré éste como un miedo irracional.

Aunque durante la entrevista no hubo intrusiones de afecto negativo prohibido, dada su clasificación, podría imaginar estados breves y repentinos de alta activación como una posibilidad.

Entrevista del Apego Adulto de Antonia

UI (ds)_F Utr (p, ds)_{separación de F} C5-6

Durante la entrevista, el discurso de Antonia se caracterizó por las oraciones corridas, distanciando, criticando y descartando a los demás mientras ella salía gloriosa. Esto es algo que se observaba, no solo al hablar de sus padres sino también en relación con su expareja e hija mayor; de hecho, a pesar de explicar que se separó de ésta durante siete años, en ningún momento aceptaba responsabilidad ninguna por el sufrimiento de Carol o la mala relación entre ellas. Antonia intentó involucrarme constantemente para que mostrase mi apoyo en contra de los demás.

Sus emociones negativas eran su mayor motivación para comportarse. Había dividido el mal y el bien entre sus progenitores, idealizando a su madre y denigrando a su padre, pero esta idealización era superficial y se usaba principalmente para vilipendiar al otro. Organizada en torno a la venganza contra sus progenitores, Antonia no asumía ninguna responsabilidad por sus actos y mantenía su perspectiva permanentemente. Se presentaba como una víctima, contradiciéndose y ofreciendo información de tal modo que se podría llegar a conclusiones erróneas.

Ofrecía episodios que evidenciaban el comportamiento peligroso de sus progenitores (especialmente su padre) donde ella aparecía como fuerte y protegida (especialmente con su madre) cuando en realidad era vulnerable y sufría. Había varios episodios triangulados.

La integración fue muy limitada.

La presencia de traumas y pérdidas sin resolver, preocupados y descartados, indicaban que se conservaba tanto demasiada como escasa información en lo que se refería a su padre. En relación con su muerte, Antonia negaba lo peligroso de este

suceso para ella. En relación con la separación, no se reconocía ni el riesgo que supuso ni la irreversibilidad del hecho. Así, Antonia intentaba distanciarse del sufrimiento que le causaba cómo eran las cosas cuando era niña y, al mismo tiempo, mantenía estos sucesos presentes, como si existiera alguna posibilidad de resolución o pudiera aumentar la probabilidad de prevenir un evento similar en el futuro.

Causa Crítica del Peligro

En referencia a los peligros, yo sabía que tanto Paula como Lucía habían vivido la separación de sus padres, los problemas de salud mental y abuso de sustancias de Carol junto con el estado emocional de su madre tras la muerte de su padre y hermana. Estos elementos podían haber transmitido la idea de que el peligro era algo omnipresente en sus vidas, aunque algunos de estos eventos fueran más traumáticos para su madre que para ellas. Durante su entrevista, Antonia describió la falta de cuidados y apoyo en la infancia, el rechazo de su padre y la probable negligencia y abuso físico por parte de ambos progenitores.

La clasificación de Paula sugería la presencia de peligros predecibles e impredecibles: el comportamiento de ambos padres, sus engaños y fallos a la hora de protegerla. Parecía verse envuelta en una lucha a la hora de sentirse protegida y consolada, intentando primero ser obediente y, si esto fallaba y era necesario, exagerando su vulnerabilidad e inocencia. Mostraba un enfado subyacente que podría motivar su comportamiento en algunas ocasiones.

La principal tarea de Lucía era aumentar la disponibilidad de unos padres incapaces de funcionar de una manera protectora y consoladora que, además, podían mostrarse rígidos y castigadores. Para reducir la probabilidad de ser abandonada física y psicológicamente, Lucía hacía aquello que llamaba la atención positiva de sus padres, incluyendo convertirse en su cuidadora. Era capaz de anticipar las demandas de sus progenitores y, sin prestar atención a sus propios deseos y sentimientos, cubrir esas necesidades. Esto sucedía especialmente en relación con su madre.

La clasificación de Antonia sugería unos padres aparentemente empáticos y disponibles pero que actuaban de forma impredecible y peligrosa. Estuvo triangulada en los conflictos parentales: su madre aparentemente era la víctima y su padre el agresor, pero no estaba tan claro, y puede que intentaran protegerla usando el silencio.

Así, en el momento de la evaluación, tanto Paula como Lucía intentaban reducir la probabilidad de abandono y exposición al comportamiento negligente y peligroso de sus padres. Sin embargo, teniendo en cuenta que la clasificación de Antonia indicaba un trauma sin resolver respecto a la ausencia de su padre y más tarde su muerte, me planteo si esto podía estar influyendo en la percepción de lo peligroso que podría ser o no el padre de las niñas; es decir, esto podía exacerbar la activación de la estrategia de Antonia que hacía que, por encima de todo, se protegiese a sí misma e intentase resolver sus problemas del pasado en lugar de

asumir sus responsabilidades como madre.

Ahí es donde la estrategia de cada miembro de la familia confluía. Antonia intentaba resolver sus problemas con su padre a través del conflicto con su expareja, Lucía cuidaba de su madre para que, al menos, estuviese disponible parcialmente y Paula, siendo consciente de lo difícil que era convertirse en una cuidadora tan buena como su hermana, probaba otras alternativas con el objetivo de que no se olvidasen de ella. Así, la familia estaba eficazmente organizada alrededor de las necesidades y prioridades de Antonia. La excepción era Carol, pero al tener problemas relacionados con el consumo de sustancias y de salud mental, era totalmente menospreciada y descartada como una fuente de información útil.

Causa Crítica del Cambio

Mi hipótesis era que si Antonia fuera capaz de:

- Extraer información predictiva de sus experiencias infantiles, por ejemplo: *mis padres parecían disponibles y centrados en criarme, pero, en realidad, con su comportamiento, me ponían en riesgo, eran negligentes e impredecibles; esto sucedió en el pasado y hay muy poca probabilidad de que vuelva a suceder y*
- Transformar los intensos sentimientos negativos de aquella época en otros más complejos emocionalmente, por ejemplo: *en aquel momento me sentía confundida, manipulada, asustada y herida, es importante que me dé cuenta, en lugar de ignorarlo o hacer cómo si no me importase.*

Esto podría ayudarle a incluir información cognitiva, organizar su pensamiento de una forma más coherente y aplicar lo que había aprendido de estas experiencias de riesgo a sus dificultades familiares actuales.

Así, estaría preparada para:

- Considerar las diferencias y similitudes entre sus padres y entre su padre y su expareja, centrándose en el impacto que su divorcio podría estar teniendo en sus hijas
- Estar más disponible, ser más empática y fiable como madre protectora y consoladora que no evitaba las responsabilidades de la edad adulta
- Reflexionar acerca del impacto que su comportamiento, bienestar emocional y respuestas ante situaciones estresantes tenían en los otros, especialmente sus hijas
- Empezar a pensar acerca de los sentimientos de Carol cuando la dejó en su país.

Esto iniciaría una cascada de cambios en las estrategias de apego de sus hijas; tanto Paula como Lucía eran ya bastante sensibles al bienestar de su madre, por lo que si Antonia se sintiese más a salvo y conectada con el presente, ellas podrían sentirse también más protegidas y capaces de lidiar con sus propias emociones.

Paula podría empezar a expresar su enfado, en lugar de alternar un falso “estoy bien” con una exageración de su vulnerabilidad; podría conectar sus emociones con

lo que sucedía alrededor suyo y mantener unos límites claros y perspectiva equilibrada.

Poco a poco, Lucía podría hablar acerca de sus verdaderas emociones negativas, usar más a menudo la primera persona y mantener su perspectiva. Además, podría desarrollar sus habilidades para establecer relaciones íntimas solicitando ayuda y cuidados, identificando sus fortalezas y reconstruyendo su autoestima.

La intervención

Conocí a esta familia al trabajar como Psicóloga de la asociación donde asistían Lucía y Paula. En general, mi experiencia colaborando con Servicios Sociales fue que estaban más interesados en conocer detalles anecdóticos acerca de las familias con las que trabajábamos, que en nuestro análisis u opinión acerca de los problemas fundamentales a tratar o cuál podría ser el mejor enfoque de la intervención.

En lo que se refiere a Antonia y su familia, una vez que Servicios Sociales supo de la existencia de esta evaluación, en lugar de interesarse por los resultados – podríamos haber pedido permiso a la familia para compartir la información–, lo que se nos pidió es que dejásemos de trabajar con ellos ya que podíamos interferir con sus objetivos.

No podíamos negarnos –y tampoco estábamos en contra, ya que compartíamos la idea de que era mejor limitar la cantidad de profesionales involucrados– sin embargo, sí solicitamos información sobre cuál sería su enfoque. Se nos informó de que se seguiría el proceso habitual: un primer período de tres meses de trabajo con Antonia, con el objetivo de que reconociese su problema de consumo de alcohol y dificultades como madre y, a partir de ahí, una serie de sesiones con diferentes miembros de la familia para tratar los problemas identificados.

Nosotros respondimos ofreciendo otras posibilidades a la hora de trabajar con el comportamiento maternal inadecuado de Antonia. Planteamos que quizá:

- El contexto actual fuese amenazante para Antonia y ella simplemente estuviese adaptándose a ello; si este fuese el caso, sería más beneficioso trabajar con esta madre para identificar y reducir los riesgos, mientras se consideraban estrategias alternativas para proteger a la familia
- Antonia estuviese utilizando una estrategia útil en la infancia, pero que resultaba desadaptativa a la hora de cuidar de sus hijas; en este caso, la intervención debería centrarse más en su procesamiento de la información y atribución de significados, incluyendo la revisión de los traumas y pérdidas sin resolver que estaban contribuyendo a una percepción errónea de amenazas y prioridades
- Para una persona usando la estrategia C5-6 como era Antonia, con grandes dificultades a la hora de asumir responsabilidades, no era posible iniciar una relación de ayuda reconociendo sus defectos o errores; de hecho, si

esto llegase a suceder en algún momento, sería más bien hacia la última etapa de la intervención –casi como un marcador del éxito de la misma– y lo que podría resultar en los cambios finales.

Predijimos que era poco probable que Antonia, en tan solo tres meses, compartiese sus dificultades. Así, sugerimos que quizá sería más útil comenzar la relación entre la familia y los profesionales –como figuras de apego transitorias– colaborando en torno a aquellos peligros con los que todos estuviesen de acuerdo y que resultasen menos amenazantes –por ejemplo, sus problemas de vivienda– aunque solo fuera para desarrollar primero una confianza mutua que poco a poco abriese la puerta a otras conversaciones más importantes.

Ignoradas estas recomendaciones, como era de esperar, Antonia solo asistió a algunas de las citas con Servicios Sociales donde se negó a reconocer ninguna dificultad por su parte; esto supuso una escalada de amenazas algo difusas por parte del ayuntamiento en relación con la tutela de sus hijas que, por lo que supimos, tampoco consiguió que se llevase a cabo ningún trabajo relevante.

Mi trabajo con esta asociación no continuó el siguiente año, por lo que no dispongo de mayor información sobre el progreso de la intervención; pero me temo que supuso una significativa pérdida de tiempo y recursos mientras Paula y Lucía seguían expuestas a riesgos importantes.

Según mi experiencia trabajando en España e Inglaterra, lo que pasó con Antonia no fue una excepción. La mayoría de las familias que colaboran con servicios Sociales, de Salud Mental o Forenses no son conscientes de la necesidad de cambio, muchas veces no comprenden los riesgos de su comportamiento y no están dispuestas a admitir que deberían proteger a sus hijos de diferente manera. No piden ayuda activamente sino que, más bien, se encuentran en situaciones donde otras personas son las que definen su comportamiento como problemático y les imponen una intervención.

Simultáneamente, los servicios no siempre saben adaptarse a lo que necesitan las familias y prefieren seguir un protocolo en el que éstas deben encajar. Si esto no sucede, las familias pueden ser etiquetadas como resistentes, entre otras cosas, sin que los profesionales se hayan planteado que la misma terapia y posibilidad de cambio pueden ser amenazantes. Donde otros enfoques ven personas difíciles, el DMM ve familias que intentan protegerse del peligro.

Conclusiones

El DMM es una teoría del apego que nos ayuda a identificar y comprender las diferentes estrategias y patrones de procesamiento de información que las personas usan para adaptarse ante la exposición al peligro sin protección ni consuelo.

El DMM ayuda a los clínicos presentando: 1) un modelo que incluye la expansión de los patrones de apego más conocidos (ABC), 2) un conjunto de pruebas de evaluación desarrolladas evolutivamente y 3) una guía para la formulación de casos que puede ser usada para planear la intervención.

Así, para trabajar con las familias como figuras de apego transitorias, capaces de adaptarse a las necesidades y posibilidades de cada individuo, es necesario comprender la estrategia de protección de cada persona y cuál es la causa crítica del peligro y del cambio para toda la familia. Esto es fundamental, no solo para aclarar el foco del tratamiento, sino también para elegir un estilo de relación, nuestras prioridades y técnicas.

Esto dará lugar a tratamientos individualizados para contextos familiares particulares, que no solo refuercen las fortalezas y conocimientos de las personas en cómo adaptarse al medio, sino que también expandan sus herramientas a la hora de enfrentarse a nuevos desafíos.

Conflictos de Intereses

La mayoría de estas ideas no me pertenecen, este es más bien un intento por mi parte de compartir lo que el Family Relations Institute expone a través del trabajo de diferentes autores en varias partes del mundo.

Sí que presento mi experiencia personal en el estudio de caso; aunque no refleje necesariamente las prácticas extendidas en los Servicios Sociales ni de sus trabajadores en general. Simplemente, me ayuda a reflexionar acerca del impacto que nuestras interacciones –individuales y a través de los protocolos de nuestros equipos– pueden tener sobre las personas y familias con las que trabajamos, a la vez que muestro lo que el tratamiento integrador DMM podría hacer de forma diferente.

Referencias bibliográficas

- Bischoff, R. J. y Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Family Process*, 32(3), 353-375.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting and child safety*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Crittenden, P. M. y Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic Maturational Approach to Discourse Analysis*. Nueva York, NY: Norton.
- Crittenden, P. M. y Dallos, R. D. (2014). An attachment approach to treatment: DMM-FST integrative treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 53-61.
- Crittenden, P. M., Dallos, R., Landini, A. y Kozłowska, K. (2014). *Attachment and family therapy*. Londres, Reino Unido: McGraw-Hill.
- Crittenden, P. M. (2016). *Raising parents: Attachment, representation, and treatment* (2ª ed.). Londres, Reino Unido: Routledge.
- The Family Relations Institute (2018, Agosto 11). SAA. Recuperado de: <https://bit.ly/2R6nL8v>
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1996). The Attachment Interview for Adults. (manuscrito no publicado). Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- The International Association for the Study of Attachment (2018, Agosto 11). IASA Court Protocol. Recuperado de: https://www.iasa-dmm.org/index.php/family_court_protocol/IASA-court-protocol
- Landa, S. y Duschinski, R. (2013). Crittenden's Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation. *Review of General Psychology*, 17, 326-338.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind and society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



Intervención Psicoterapéutica (plan 2019)

Curso 2018-2019 (15ª Edición)
www.intervencion-psicoterapeutica.com

Intervención Psicoterapéutica es un programa modular virtual de Formación Continua de Postgrado en activo desde 2004, cuyo objetivo consiste en promover la actualización de los conocimientos **teóricos y prácticos** requeridos por las actividades psicoterapéuticas. **En su nuevo Plan 2019** ofrece un total de 16 módulos organizados de forma piramidal y permite acceder a sus titulaciones secuencialmente, a lo largo de 4 años. Cuenta con módulos reconocidos como formación teórica, por ASEPCO y por la Asociación Laureano Cuesta, para la **acreditación** ante la **FEAP**.

Título de Máster en Intervención Psicoterapéutica, 60 créditos ECTS.

Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines.

Diploma de Especialización en Intervención Psicoterapéutica, 30 créditos ECTS.

Requisitos: Título de Graduado Universitario en Psicología o disciplinas afines.

Diploma de Experto Universitario en Ámbitos de Intervención Psicoterapéutica, 18 créditos ECTS.

Requisitos: Cumplir con los requisitos legales de Acceso a la Universidad y CV relacionado con la materia.

14 Certificados de Enseñanza Abierta, 6 ó 12 créditos ECTS.

Requisitos: Ninguno.

Matrículas hasta el 1 de diciembre

Más información

Fundación General de la UNED

<https://www.fundacion.uned.es/>

Secretaría de Cursos

Teléfonos: (+34) 91 386 72 75 / 15 92

Fax: (+34) 91 386 72 79

Equipo responsable del programa

ipsicoterapeutica@psi.uned.es



PARTICULARIDADES DEL DIÁLOGO CLÍNICO EN LAS INTERVENCIONES CENTRADAS EN EL VÍNCULO

PARTICULARITIES OF THE CLINICAL DIALOGUE WITHIN ATTACHMENT-CENTERED INTERVENTIONS

Dr. Carlos Pitillas Salvá

Instituto Universitario de la Familia

Departamento de Psicología

Universidad Pontificia Comillas, Madrid. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pitillas Salvá, C. (2018). Particularidades del Diálogo Clínico en las Intervenciones Centradas en el Vínculo. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 39-53.

Resumen

Las terapias padres-hijos y las intervenciones centradas en el vínculo constituyen una tradición clínica orientada a frenar la transmisión intergeneracional del trauma, así como a promover el desarrollo de vinculaciones seguras entre cuidadores primarios y sus hijos, durante los primeros años de vida. En el presente artículo, se exploran algunas particularidades de la intervención con díadas niño-cuidador en el marco de dichas terapias, con un foco especial sobre el contenido de las intervenciones verbales, es decir, de aquello que dice el terapeuta. Las intervenciones verbales del terapeuta en este marco se orientan a: promover las capacidades de observación de la interacción; promover la mentalización parental; funcionar como sostén y validación de la parentalidad; y promover la auto-comprensión a través de la interpretación. Estas direcciones de la conversación clínica contribuyen a definir y diferenciar las terapias diádicas centradas en el vínculo. El artículo desarrolla la fundamentación, describe el uso y aporta ejemplos de cada una de ellas.

Palabras clave: *Terapias padres-hijos, apego, transmisión intergeneracional del trauma, diálogo clínico*

Abstract

Parent-infant psychotherapies as well as attachment-centered interventions, constitute a clinical tradition aimed at preventing the intergenerational transmission of trauma, and at promoting the development of secure attachments between primary caregivers and their children, during the first years of life. In this article, we explore some particularities of the intervention with child-caregiver dyads within the framework of these therapies, with a special focus on the content of verbal interventions (i.e. what therapists say). The verbal interventions of the therapist in this framework are oriented to: promoting observational capabilities of the interaction; promoting parental mentalization; supporting and validating parenthood the caregiver-child bond; and promoting self-understanding through interpretation. These directions of clinical conversation help to define and differentiate dyadic, attachment-centered psychotherapies. The article develops the rationale, describes the use and provides examples of each of them.

Keywords: *Parent-infant psychotherapy, attachment, intergenerational transmission of trauma, clinical dialogue.*



En la apertura de su libro *La comunicación terapéutica*, Paul Wachtel describe uno de los problemas que más afectan al mundo de la psicoterapia:

La psicoterapia es un método de curación por medio del habla. Sorprendentemente, sin embargo, no se ha escrito apenas nada sobre el contenido de lo que dicen los terapeutas. Mientras que se analiza cada palabra del paciente [...], las palabras de la terapeuta no se tienen en cuenta para nada. Su participación queda fundamentalmente limitada a la escucha y la comprensión. El hecho de que además hable es adicional (Wachtel, 1993, p. 17).

Hablar con los pacientes es una de las dimensiones más delicadas de la artesanía de nuestro trabajo como psicoterapeutas. Implica un conjunto complejo de operaciones, entre las que se incluyen la articulación interna del significado que queremos transmitir al paciente, la atención a los matices que incorporan las palabras, la anticipación de la reacción emocional y cognitiva del paciente a lo que va a ser dicho, el timing de la intervención verbal, la adaptación del lenguaje a las condiciones culturales y lingüísticas del interlocutor y a su actual estado mental, etc. Las patologías o problemas clínicos específicos que atendemos, además, traen consigo una serie de particularidades que deberían traducirse en nuestra forma de hablar con el paciente.

Este artículo se basa en una premisa defendida hace años por Stern (1995) y que he considerado en un trabajo reciente (Pitillas, 2018), a saber: las terapias padres-hijos y otras intervenciones centradas en el vínculo constituyen un escenario clínico particular. Estas terapias ponen en su centro un trabajo orientado a promover dinámicas de seguridad en cuanto al apego, las cuales se desarrollan en dos niveles distintos: la sensibilidad parental (entendida como la capacidad del cuidador para detectar, comprender y responder adecuadamente a las necesidades del niño durante la interacción) y el estado mental de los cuidadores respecto al apego. Tal y como sugiere la investigación, el estado mental de los cuidadores (su mundo interno de representaciones sobre el mundo relacional y, específicamente, sobre la relación con el niño), condicionan su sensibilidad, lo que, en última instancia, condiciona poderosamente el nivel de seguridad del niño en cuanto al apego (Berlin, Zeanah y Lieberman, 2016). A lo largo de este texto, describiré algunas especificidades de la intervención centrada en el vínculo y, fundamentalmente, sus principales estrategias conversacionales (lo que dicen los terapeutas).

Trabajar con los Padres para Proteger al Niño: las Psicoterapias Padres-Hijos

Las terapias padres-hijos constituyen un conjunto de intervenciones cuyo objetivo es el fortalecimiento y/o la reparación de la relación afectiva entre bebés y niños pequeños y su cuidador primario (o varios de sus cuidadores). Frecuentemente, el escenario terapéutico incluye al cuidador (o varios cuidadores) y el niño en la consulta, y el diálogo gira en torno al conjunto de sucesos comunicativos y relacionales que se dan entre el niño y el cuidador, momento a momento, frente a

(y con) el terapeuta (véase Baradon, Biseo, Broughton, James y Joyce, 2016; Lieberman y Van Horn, 2011; Stern, 1995; Zeanah, 2009). Reparar dicha relación tiene un doble resultado esperable: por un lado, frenamos la transmisión intergeneracional del trauma que con frecuencia afecta a estos padres; por el otro, promovemos la aparición y el establecimiento de la seguridad en cuanto al apego (por encima de los resultados que se obtienen en condiciones de no tratamiento o bajo tratamientos de corte cognitivo o educativo) (Berlin et al., 2016). Constituyen, por lo tanto, una de las aportaciones más importantes de la psicoterapia a la prevención del trauma y a la protección del menor. Aunque buena parte de estas psicoterapias se ha desarrollado en el marco de las consultas privadas (en las que se atiende a una sola familia), algunos principios de estos abordajes han sido absorbidos por las intervenciones con grupos de padres en contextos ajenos a la práctica privada (servicios de protección infantil, hogares de acogida para familias en desamparo, etc.) (véase Powell, Cooper, Hoffman y Marvin, 2013; Pitillas y Berástegui, 2018; Slade, Sadler, De Dios-Kenn, Webb, Currier-Ezepchick y Mayes, 2005; Van Zeijl et al., 2006).

Las estrategias que emplean los terapeutas en el trabajo con la díada madre-bebé no deben entenderse como una *bastardización* de los principios de la terapia individual de adultos, sino como los componentes de una filosofía clínica con derecho propio. Las adaptaciones que hacemos de técnicas clásicas o los virajes que realizamos con respecto a los principios de la intervención psicoanalítica tradicional no son parte de un mal necesario, sino la esencia de un trabajo que tiene muy en cuenta las particularidades de la experiencia subjetiva de los padres vulnerables y de sus niños. La constelación de ideas, anticipaciones, afectos y necesidades que definen la crisis evolutiva de la parentalidad exige abordajes clínicos a medida. Quizás dos rasgos de estas terapias sean dignos de consideración especial para entender cómo se habla con los pacientes en estas intervenciones, y por qué.

La relación es el paciente

Aunque la psicopatología de los padres y el temperamento o la patología incipiente de los niños contribuyen a las dificultades que afectan al vínculo entre ambos, el objetivo central de estas intervenciones no es “curar” al padre o al niño, sino reparar los procesos que permiten que *entre ellos* se desarrolle una relación afectiva segura: la relación es el paciente.

La consecuencia fundamental de esto es un alto nivel de focalización en el diálogo. Suceden y se dicen muchas cosas en el curso de una sesión de terapia diádica. Un ejercicio básico del terapeuta consiste en reconducir los acontecimientos de la sesión y los testimonios del adulto al *foco*, que es la relación niño-cuidador. Así, por ejemplo, cuando el cuidador invierte un tiempo importante en informar de su estrés laboral (“Tengo un jefe demasiado exigente, siempre está encima de mí, asomándose a ver si me pilla haciéndolo mal”), el terapeuta puede emplear este testimonio para movilizar una reflexión centrada en el vínculo con el hijo (“Entien-

do que eso debe de ser cansado para ti, y me pregunto si algo de esa sensación de estar siendo evaluado te sucede también cuando estás cuidando de tu hija”). La investigación apunta a que un nivel alto de focalización en las intervenciones aumenta los efectos positivos del trabajo con díadas niño-cuidador (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn y Juffer, 2003).

Con menor frecuencia, el foco de la conversación puede ser la relación terapeuta-cuidador. En el marco de esta relación se producen importantes movimientos transferenciales que iluminan el trauma parental y permiten observar, con mucha inmediatez, las defensas empleadas por el cuidador frente a la angustia (“Sentirse observado y vigilado es algo muy difícil. En ocasiones, tengo la sensación de que algo parecido sucede aquí; que, de algún modo, a veces sientes que esto también es un examen. Lo cual, probablemente, hace que tengas menos ganas de hablar conmigo”).

Intervenir a tiempo

La lógica temporal que gobierna las terapias padres-hijos no es la misma que la de otras intervenciones. La gran sensibilidad evolutiva que caracteriza a la primera infancia y la edad preescolar hacen que esperar no siempre sea lo más recomendable. Las ventanas de riesgo y de oportunidad se abren y cierran con relativa rapidez cuando el protagonista de nuestra intervención es un niño. Por ello, el trabajo del terapeuta se define por una postura activa y una cantidad relativamente alta de “propuestas” para el insight o interpretaciones de prueba. Estas propuestas adelantan para los padres partes o la totalidad de la comprensión del terapeuta acerca de lo que sucede y de por qué sucede. Esta actitud también tiene en cuenta las dificultades de adherencia terapéutica que caracterizan a muchas de las familias a las que atendemos (Lieberman y van Horn, 2011). El riesgo siempre elevado de que la familia no acuda a la siguiente sesión nos obliga a no guardarnos las cosas que tenemos que decir.

En todo caso, la apuesta por intervenir “a tiempo” se acompaña siempre de una actitud de provisionalidad en nuestras afirmaciones, así como una monitorización de la respuesta del cuidador (“Quizás me equivoque, y me gustaría que me ayudaras con esto, pero tengo la impresión de que ver llorar así a tu bebé te hace pensar que, una vez más, van a hacerte daño, como cuando tus padres te gritaban”).

Cuatro Claves del Diálogo en la Terapia Padres-Hijos

Estimular la observación

Las terapias padres-hijos se desarrollan sobre la premisa de que algunos padres proyectan sobre sus hijos sentimientos intolerables vinculados a sus experiencias relacionales traumáticas no resueltas (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975; Lieberman y van Horn, 2011). Estas proyecciones comprometen la capacidad de los padres para pensar en el niño como un ser separado, que piensa y siente, en consecuencia,

ofrecer respuestas adecuadas frente a sus necesidades (Slade, 2007). Para estos padres, el niño real se hace *invisible*. Lo que los padres ven cuando miran a su hijo (o a algunas de sus conductas o rasgos) es un peligro, el recordatorio de una experiencia pasada no resuelta, la posibilidad de volver a ser dañados, abandonados, juzgados, o el reflejo de una parte odiada o intolerable de sí mismos (Brazelton y Cramer, 1993). Un efecto habitual de esto es que el niño puede identificarse con lo que los padres colocan en él y puede llegar a actuar eso que ha sido proyectado desde fuera (Seligman, 1999), lo cual confirma las distorsiones parentales y contribuye a la cristalización de círculos viciosos en la relación.

Una de las estrategias que se emplea habitualmente para liberar al niño de estas proyecciones consiste promover en el cuidador una capacidad menos contaminada de observación del niño (véase, entre otros, Jones, 2006; Cohen et al., 1999; Pitillas y Berástegui, 2018; Powell et al., 2013; Tutters, Doulis y Yabsley, 2011; Van Zeijl et al., 2006; Woodhead, Bland y Baradon, 2006). Específicamente, promovemos la observación detallada de las secuencias de interacción cuidador-niño: “¿Qué ha hecho el niño?”, “¿Cuáles han sido sus señales?”, “¿Qué has hecho tú?”, “¿Qué ha pasado después?”, etc.

Una de las herramientas específicas con las que comienza este trabajo consiste en la *separación de observaciones e inferencias* (Powell et al., 2013). Algunos padres tienden a hacer un salto automático de la conducta del niño a las interpretaciones acerca del significado de dicha conducta. Muchas veces, este salto se realiza apoyado en una ecuación simbólica (Jones, 2010) por la cual el cuidador anula la diferencia entre su experiencia subjetiva y la del niño. Así, frente al niño que llora rabiosamente, el cuidador puede afirmar: “Me odia”. El carácter automático y de equivalencia psíquica presente en estas interpretaciones predispone a los padres a emitir respuestas de ataque o huida frente a eso que interpretan como un peligro relacional “evidente”. Una lectura más saludable implicaría al cuidador tomando perspectiva, reconociendo la diferencia entre las mentes: “Cuando hace esto, me siento *como si* me odiara”. Separar observaciones de inferencias exige un trabajo minucioso, mediante el cual frenamos los automatismos interpretativos del cuidador e invitamos a éste a que se pare, observe y, poco a poco, se pregunte acerca de qué ha pasado (Cohen et al., 1999).

Imaginemos una situación en la que un niño de tres años deja de jugar y se aleja físicamente de su madre en el momento en que ésta, con evidente ansiedad, ha comenzado a sobreestimularlo. La madre reprocha a su necesidad de separarse: “¿Ya te has hartado de mamá otra vez? ¿Por qué te gusta tanto dejarme sola cuando estamos pasándonoslo bien?”. El terapeuta puede invitar a esta madre a describir lo que ha pasado: cómo estaba siendo la interacción cuando madre e hijo disfrutaban del juego, qué pasó justo antes de que el niño comenzara a apartarse, etc. En ocasiones, al cuidador le puede resultar difícil esto, ya que mucho de lo que sucede tiene lugar en el territorio del “conocimiento relacional implícito” (Lyons-Ruth et al., 1998). Frente a ello, el terapeuta puede intervenir activamente, traduciendo la

interacción mediante descripciones sencillas: “Cuando has comenzado a hablarme de las peleas en casa con tu marido, ha sucedido algo: ella ha dejado de jugar por un segundo, ha encogido los hombros y ha bajado su mirada al suelo”.

La descripción “microscópica” de la interacción puede conducir a conversaciones centradas en las experiencias subjetivas (del cuidador y del niño) que acompañan a las acciones. El terapeuta da muestras de una curiosidad que promueve la observación en el padre (p.ej., “Creo que nos está tratando de decir algo, pero aún no tengo claro de qué se trata”). Estas intervenciones pueden dirigirse al hijo, como estrategia indirecta de estimulación de la capacidad observadora del cuidador (p.ej., “Lo que estás haciendo me hace pensar que no estás bien, pero que no sabes por qué no estás bien, todo es tan confuso a veces, ¿verdad?”). Esto puede traducirse muy concretamente en una capacidad nueva de los padres para entender lo que sus hijos viven en la relación, es decir, desarrollar “una versión de lo que ven sus bebés” cuando interactúan con ellos (Woodhead et al., 2006).

Algunos modelos de intervención centrada en el vínculo han empleado el videofeedback como estrategia facilitadora de este tipo de diálogos (Pitillas y Berástegui, 2018; Powell et al., 2013; Van Zeijl et al., 2006). La investigación apunta a que el empleo de esta técnica se asocia a niveles de eficacia de la intervención altos (Fukink, 2008), por encima incluso de lo que encontramos en intervenciones exclusivamente centradas en el intercambio verbal con los padres (Fonagy, Slead y Baradon, 2016). Probablemente esto tenga que ver con que el uso del vídeo permite revisar una secuencia de interacción importante varias veces, ayuda a captar microsucesos, y ofrece una adecuada distancia emocional que reduce la propensión de las defensas parentales a activarse durante el diálogo.

Conversaciones centradas en la mentalización

Debajo de muchas de las prácticas parentales hostiles y negligentes que observamos existen dificultades sistemáticas en los padres para captar y comprender los estados internos que subyacen a la conducta de sus hijos (Slade, 2007; Koren-Karie, Oppenheim y Getzler-Yosef, 2008). Estas dificultades en la mentalización parental pueden presentar una o varias de estas formas: perspectivas acerca del niño exclusivamente centradas en su conducta; interpretaciones aparentemente mentalizadoras pero excesivamente superficiales o, por el contrario, intrusivas y hostiles; dificultades en los padres para reconocer sus propios estados mentales y la influencia de estos sobre sus prácticas de crianza. Para estos padres, no mentalizar adecuadamente a sus hijos puede ser el resultado de no haber sido mentalizados durante su infancia, pero además puede responder a una defensa frente a lo mental: algunas madres “necesitan creer que sus bebés no tienen mente, evitando así el dolor de que su propia experiencia infantil no fue pensada y protegida” (Bain, Frost y Esterhuizen, 2012).

Buena parte de los diálogos clínicos de las terapias padres-hijos aspiran a robustecer la mentalización parental, mediante la observación colaborativa y pre-

analítica de los estados mentales, conforme estos se despliegan durante la terapia.

Consideremos tres direcciones complementarias que pueden tomar estas intervenciones.

Tener al padre en mente: contención y reparación

Durante importantes períodos del proceso terapéutico, los terapeutas trabajan desde una filosofía de “cadenas de seguridad” (Pitillas y Berástegui, 2018), lo que se traduce en mentalizar al cuidador para promover en éste una experiencia de “seguridad ganada” (Phelps, Belsky y Crnic, 1998) que pueda trasladarse con el tiempo a la interacción entre el cuidador y el niño. Esto se traduce en intervenciones contenedoras y en intervenciones orientadas a la reparación.

Es habitual que, en el curso de la crianza, los padres experimenten sentimientos negativos intensos (que tienden a suspender la mentalización) tales como la incertidumbre, la rabia, la desesperación, el miedo al fracaso, etc. Muchos de estos sentimientos pueden ser resultado de la reexperimentación postraumática vivida por los padres en el curso de las interacciones con sus niños (Fraiberg et al., 1975). Frente a esto, el terapeuta funciona como contenedor y metabolizador de estas experiencias, en una especie de viaje de ida y vuelta: el terapeuta absorbe la emoción del padre, la procesa y la devuelve en un estado más comprensible y más tolerable.

Un padre y la terapeuta conversan mientras el niño juega sobre el suelo. En un momento dado, el niño comienza a mandar señales de incomodidad difíciles de identificar (¿necesita que lo limpien? ¿está cansado? ¿necesita que lo tomen en brazos?), y crecientes: del gimoteo, el niño pasa a un llanto cada vez más intenso. Padre y terapeuta interrumpen la conversación, y el primero se queda evidentemente paralizado frente a las señales intensas de malestar del hijo. Esto hace que el niño se asuste, y que su llanto aumente. La terapeuta, con un tono de voz audible pero delicado, afirma: “Da miedo no saber qué necesita tu hijo, y qué debes hacer”. Se trata de una intervención sencilla, pero no simple. El estado emocional indiferenciado del padre puede anclarse a una categoría específica (“da miedo”) y a una narrativa que hace que el padre *se sepa pensado* por su terapeuta. Esto contribuye a incrementar la tolerancia afectiva del cuidador y, con ello, a robustecer su capacidad mentalizadora. La acumulación de estas intervenciones puede, además, promover en el cuidador la comprensión de estados emocionales semejantes en su hijo, lo que ayuda en el proceso (tremendamente terapéutico) de identificación del padre con su hijo (Fraiberg y Fraiberg, 1980)¹.

El trabajo centrado en la mentalización pasa también con frecuencia por realizar intervenciones centradas en la reparación. El fenómeno de la reparación interactiva se ha manifestado como uno de los procesos esenciales en la construcción de la seguridad respecto al apego, tal y como nos demuestran las investigaciones observacionales con madres y sus bebés (Beebe y Lachman, 2013). La seguridad en la diada no consiste tanto en un estado de sintonía o coordinación continuos, sino que es resultado de la capacidad de la diada madre-bebé para

transitar de momentos no sincrónicos a estados de sincronía (Tronick y Cohn, 1989). Podemos trasladar esta lógica evolutiva a los procesos de cambio que tratamos de conseguir, sobre todo cuando tenemos en cuenta que el trauma de los padres ha consistido en que sus reacciones de dolor emocional fueron incomprendidas, prohibidas, negadas o distorsionadas por un entorno incapaz de sintonizar afectivamente (es decir, no hubo reparación) (Stolorow y Atwood, 2004). La monitorización-reparación de las rupturas en la sintonía terapeuta-paciente supone que el diálogo terapéutico, con frecuencia, incluye la observación compartida de los momentos en que el cuidador ha sentido al terapeuta como distante, rechazante, asustado, distraído, etc. Es probable que estas atribuciones que hace el paciente sobre las intenciones del terapeuta estén distorsionadas por su propia experiencia traumática. Sin embargo, lo más probable es que *también* alguna clave sutil de la interacción o respuesta real del terapeuta haya activado estas atribuciones.

Consideremos una conversación en la que una madre, desbordada por el estado de agitación y desatención crónicos de su hijo de tres años, pide repetidamente a la terapeuta que le oriente conductualmente: “qué debo hacer”, “cómo hago para que se tranquilice y pare”. Preocupada por la rigidez de las interpretaciones de la madre, y tratando de ayudarla a manejar una perspectiva mentalizadora acerca de lo que sucede con su hijo, la terapeuta responde con preguntas: “¿Qué crees que tiene a tu hijo tan agitado?”, “¿Qué puede estar sintiendo?”, etc. Tras varias repeticiones de esta secuencia, la madre concluye, con tono displicente: “Supongo que tendré que estar más atenta y enterarme”. Una intervención aconsejable en este punto sería aquella que reconoce la legitimidad de estos sentimientos, la participación de la terapeuta en la ruptura (“Paremos un momento. Me doy cuenta de que sientes que para ti ahora mismo es muy importante que te dé algún consejo sobre cómo manejar la conducta de tu niño. Yo, por el contrario, te estoy haciendo muchas preguntas, lo que tal vez te hace sentir que para mí esto es culpa tuya”), y trate a su vez de incorporar una perspectiva realista que permita seguir (“En realidad, pienso que, si entendemos mejor a tu hijo, los dos tendremos una idea más clara de cómo debes responder para que estos problemas desaparezcan”). Además de proteger el proceso terapéutico, la repetición de estas estrategias en el diálogo clínico puede promover una transformación relativamente profunda de la experiencia relacional de los cuidadores: “Tras un momento de desequilibrio o ruptura, se da el potencial de la reparación y una reestructuración de sistemas relacionales implícitos” (Bain et al., 2012, p.42).

Tener al niño en mente: ampliación de las perspectivas acerca de la subjetividad del niño

Una parte importante de las conversaciones con las que facilitamos la mentalización parental se produce en el marco de la observación detallada de la interacción (descrita en el epígrafe 2.1.). Frenar las inferencias, observar la interacción y preguntarse acerca de lo que ha pasado estimula un salto natural a

hablar sobre los estados subjetivos que mueven la conducta del niño y sus señales comunicativas. Pero también podemos “operar” sobre los testimonios de los padres acerca de interacciones externas a la consulta. El diálogo sobre este material puede incluir los siguientes pasos:

- *Estimular la narración.* Es habitual que los testimonios de los padres estresados sean narrativamente pobres: “Este fin de semana llevé a mi hijo al parque y, como respuesta, él se dedicó a hacerme la vida imposible”. En un testimonio así, faltan detalles acerca de la secuencia interactiva y de la subjetividad de ambos participantes. Especialmente, la perspectiva mental del niño es anulada y sustituida por una declaración generalista y malevolente: “se dedicó a hacerme la vida imposible”. Un primer paso consiste en ayudar a los padres a recomponer sus testimonios con una mayor riqueza narrativa. Estas intervenciones pueden basarse en preguntas que estimulan la narración (“¿Qué había pasado antes?”, “¿Qué pasó en el parque?”, “¿Qué hizo el niño?”, “¿Qué hizo la madre?”, “¿Qué pasó después?”) o en invitaciones de carácter más general (“Me gustaría pedirte que me ayudaras a entender lo que pasó entre vosotros como si yo hubiera estado allí para verlo. ¿Puedes contarme con detalle cómo fue vuestra visita al parque?”).
- *Validar las reacciones afectivas del cuidador.* Las intervenciones de este paso son equivalentes en su función a las intervenciones contenedoras que se han detallado más arriba. Se trata de transmitir al cuidador que su perspectiva es tenida en cuenta y comprendida en un nivel básico, de cara a que el proceso mentalizador pueda continuar. Tras una descripción más detallada por parte del cuidador de los acontecimientos que hicieron difícil la visita al parque, el terapeuta afirma: “Tener que lidiar con una rabieta de tu hijo en público hizo que te sintieras muy enfadada”.
- *Explorar las reacciones afectivas del cuidador.* Continuando con lo anterior, es valioso profundizar en los matices y las ramificaciones de la experiencia emocional del cuidador, así como en las posibles reacciones secundarias a esta experiencia. Las emociones traen consigo recuerdos, fantasías, imágenes mentales, así como un conjunto de emociones secundarias que aumentan la complejidad de la experiencia. Para la madre del ejemplo, sentirse enfadada con su hijo hace que se sienta al mismo tiempo culpable, por tener sentimientos ambivalentes hacia él. Una intervención terapéutica recomendable busca seguir “abriendo puertas” para asomarse al proceso emocional y, con ello, ayudar al cuidador a hacerse consciente de lo que le pasa por dentro, lo cual es un requisito para el último paso de este camino, y el más importante.
- *Explorar perspectivas alternativas.* La meta de este circuito conversacional es que el cuidador pueda considerar la subjetividad de su hijo desde una perspectiva más realista, y más promotora del cuidado. El desarrollo de

estas perspectivas mentalizadoras saludables puede ser el resultado de intervenciones muy abiertas: “Ahora que hemos repasado lo que sucedió, me pregunto si existe otra forma de entender lo que tu hijo estaba tratando de transmitir en esa situación”. En ocasiones, estas intervenciones no son adecuadas a la capacidad de los cuidadores o al momento del proceso, lo que exige al terapeuta formular con claridad otras perspectivas posibles: “Tal vez que no quisiera hacerte la vida imposible. Tal y como estoy pudiendo entender lo que pasó, tengo la impresión de que algo podía haberle asustado mucho, y de que sus reacciones eran la única forma en la que él supo comunicar este miedo”.

El camino que acabo de describir es flexible, y está guiado en todo momento por la monitorización constante del estado afectivo del cuidador. Existe una relación inversamente proporcional entre la intensidad de los estados afectivos y las capacidades mentalizadoras: cuando la emoción es muy intensa, el organismo se prepara para huir o atacar, y nuestras capacidades de reflexión y simbolización se ven negativamente afectadas. Si los afectos del cuidador se mantienen en niveles tolerables, conviene seguir promoviendo el desarrollo de esta conversación hacia el último paso. Por el contrario, cuando emergen sentimientos intensos en el cuidador, conviene parar y rebobinar (Bateman y Fonagy, 2016) hacia un punto previo del diálogo.

Hablar con el niño

La consideración del bebé como persona dotada de una subjetividad y de un modelo incipiente de sí mismo y de los demás (Salo, 2007; Salomonsson, 2007) hace que en ocasiones el terapeuta trate de establecer una conexión emocional con el niño, transmita interés por sus estados mentales, y transmita de forma explícita su comprensión de dichos estados (Baradon et al., 2016; Jordan, 2012; Salomonsson, 2007; Salo, 2007).

Por ejemplo, durante una sesión de terapia, una madre comenzó a llorar mientras relataba una experiencia de pérdida reciente, lo que hizo que su niño de dos años interrumpiera su juego. El terapeuta se dirigió al niño y dijo: “La tristeza de mamá es algo que te sorprende y te asusta. Quieres entender qué está pasando, saber qué va a pasar si mamá sigue estando triste”. Con una intervención de este tipo, el terapeuta emite una respuesta contenedora que impacta directamente sobre la experiencia emocional del niño y promueve el desarrollo de esquemas relacionales seguros. A su vez, es también una intervención dirigida al padre, ya que modela la postura mentalizante en la relación con el niño, y ofrece una perspectiva nueva acerca de éste y de su comportamiento (Baradon et al., 2016).

Sostener la parentalidad

Una parte importante del diálogo clínico en este tipo de terapias consiste en verbalizaciones del terapeuta orientadas a validar al padre-como-cuidador, y en

validar el vínculo entre el padre y el hijo. Esto responde a una evidencia clínica que se repite: los padres a los que atendemos suelen verse a sí mismos como inadecuados, malos, potencialmente destructivos para sus hijos, incapaces de vincularse afectivamente, o no reconocidos por sus hijos como figuras de referencia. Los factores que convergen para provocar esta dificultad en sentirse cuidadores legítimos y capaces son múltiples. Para estos padres, es especialmente difícil hacer una sana identificación con sus propios padres. El recuerdo que tienen de sus experiencias de cuidado está cargado de fuertes ambivalencias y de confusión, ya que en ellos se mezclan sentimientos intensos de dependencia con rabia, entre otros. Asimismo, muchos de estos cuidadores han transitado a la parentalidad en condiciones de aislamiento familiar y social, lo que disminuye las oportunidades para recibir apoyo y validación externas. Por último, es importante tener en cuenta que sentirse un mal padre tiene efectos contundentes en las prácticas de crianza, lo que suele funcionar como un motor de círculos viciosos muy problemáticos (la madre que se siente incapaz tiende a retirarse de la interacción con su hijo o a volverse hostil, lo que conduce a su hijo a desplegar conductas difíciles, que confirman para la madre su imagen de sí misma como una mala cuidadora).

Reparar el vínculo supone, en gran parte, ayudar a los padres a *verse mirados* de forma diferente. Estas intervenciones definen la función del terapeuta como la de *sostén* de la parentalidad. Para algunos cuidadores fuertemente dañados y aislados, el terapeuta ejerce el papel de la “aldea” que hace falta para criar al niño, o de la abuela que orienta a la madre primeriza y valida el vínculo de ésta con su bebé (Dugmore, 2013; Stern, 1995), lo que se materializa en acciones tales como:

- *Intervenciones centradas en fortalezas.* Estas intervenciones ponen el foco en las interacciones armónicas niño-cuidador (“Cuando tu hijo se ha caído parecía asustado, iba a llorar, pero tú le has mirado y eso ha parecido tranquilizarlo”), en el uso exitoso de habilidades parentales infrautilizadas (Powell et al., 2013) (“Pudiste respirar hondo y escuchar a tu niña antes de gritar. Esto es algo que no ha sido fácil en ocasiones anteriores. ¿Cómo conseguiste que esta vez el resultado fuera distinto?”), o en las manifestaciones de apego del niño (“Cuando acercas tu cara y dejas que te vea, tu bebé se entusiasma, es su manera de decirte “Hola mamá, te he echado de menos””).
- *Fomentar nuevas identificaciones.* Como se ha señalado, para algunos cuidadores es difícil hacer identificaciones sólidas con la imagen interna de un padre bueno. Ocasionalmente, el diálogo con estos padres puede dirigirse a la (re)construcción de dichas imágenes internas. Lieberman propuso el término “ángeles en la habitación del bebé” (Lieberman, Padron, van Horn y Harris, 2005) para referirse a las figuras de cuidado alternativo que muchos padres traumatizados tuvieron (hermanos mayores, miembros de la familia extensa, educadores, etc.) y que pueden oponerse a la influencia negativa de las experiencias más dolorosas del

pasado relacional (los “fantasmas en la habitación del bebé”, desvelados por Fraiberg en 1975). Un trabajo con la “memoria amable” (Pitillas y Berástegui, 2018) se centra en la recuperación y reactivación en consulta de los recuerdos asociados a estas figuras, así como la reflexión acerca de las formas posibles en las que estas experiencias podrían redefinir la propia parentalidad.

Promover la auto-comprensión: el uso de la interpretación

El pasado de los cuidadores se reedita continuamente en las relaciones padres-hijos. Esto suele producirse en un nivel procedimental de la experiencia, y en estrecha conexión la conducta: la reexperimentación postraumática en los padres rápidamente se transforma en respuestas defensivas que dañan al niño. Reconocer la influencia del pasado sobre el presente ayuda a los cuidadores a frenar la puesta en acto, a emplear defensas más maduras y a decidir con cierta libertad acerca del propio proyecto de parentalidad.

Buena parte de este proceso de cambio se consigue mediante las intervenciones que ya han sido reseñadas. La interpretación es, con cierta frecuencia, el punto final de un proceso de diálogo que ha tenido lugar durante semanas o meses, y que se ha ido construyendo con la observación de la interacción, las intervenciones centradas en la mentalización, o la reconstrucción positiva de la imagen que los padres tienen de sí mismos como cuidadores.

Cuando interpretamos en terapia padres-hijos, podemos hacerlo alrededor de tres focos distintos pero complementarios (Baradon et al., 2016):

- *Interpretaciones centradas en el cuidador.* Estas interpretaciones ponen de relieve conflictos y defensas del cuidador que se dan en un nivel interno. En el transcurso de una conversación durante la que una madre describía a su hijo como un niño “muy sensible” y “demasiado blando”, la terapeuta comentó: “Creo que te das cuenta de que tu hijo lo pasa mal en ocasiones pero que, al mismo tiempo, eso te resulta muy doloroso. Pensar que él simplemente es así, “demasiado blando”, hace que duela menos”.
- *Interpretaciones centradas en la interacción.* Estas interpretaciones ponen de relieve conflictos y defensas que se dan en la interacción entre niño y cuidador. Por ejemplo: [dirigiéndose al niño, frente al padre]: “Cuando papá parece distraído lo único que puedes hacer es moverte por la habitación como si no pudieras parar y necesitaras a alguien que lo hiciera por ti”.
- *Interpretaciones centradas en la conexión entre pasado y presente.* Por ejemplo: “Tengo la impresión de que esto es difícil porque, cuando miras a tu hijo llorar, estás viéndote también a ti mismo de pequeño, en esos momentos en que te asustabas y nadie acudía a ayudarte”.

Particularmente, en el marco de las terapias padres-hijos muchas de las interpretaciones se hacen *en acción*. Jugar con el niño; establecer contacto físico;

participar en el juego entre padres e hijos; reflejar mediante gestos el estado interno del niño; etc., son acciones que podemos emplear como “herramientas interpretativas a través de las cuales el terapeuta puede comunicar al paciente una comprensión de la situación analítica actual y hacer uso de la transferencia-contratransferencia” (Renschler, 2009; p. 148). Cuando están bien hechas, las acciones interpretativas pretenden ir más allá de la acción, pretenden *decir* algo sin palabras y activar en la transferencia el circuito de la reflexión.

Renschler (2009) refiere el caso de un niño que entregó al terapeuta un juguete roto después de que su padre lo pisara accidentalmente. El terapeuta entregó el juguete al padre, sugiriendo así que el padre podía desarrollar un papel activo en la reparación de las cosas que estaban rotas entre él y el niño. Podemos entender que esto funciona como una interpretación sin palabras, una interpretación-en-acción.

Discusión

Este texto ha recorrido algunas de las particularidades que caracterizan al diálogo clínico en el escenario de las terapias padres-hijos, tratando de prestar especial atención a lo que dicen los terapeutas. Han quedado fuera de este texto algunas consideraciones relevantes, tales como: las experiencias tempranas del terapeuta y su influencia sobre su capacidad para escuchar y responder; las complejidades e inestabilidades de la contratransferencia frente al sistema niño-cuidador, caracterizado por cambios rápidos e intensos; o la importancia de las estructuras triádicas (madre-padre-niño) en la comprensión y el abordaje de los vínculos difíciles al principio de la vida.

Las intervenciones centradas en el vínculo con díadas niño-cuidador son un escenario clínico cargado de riesgo y oportunidad. Las fuerzas negativas del trauma parental empujan con fuerza hacia la reedición de dichos traumas sobre la generación siguiente. Al mismo tiempo, hay en muchos padres un deseo intenso de *querer bien* a esos hijos que acaban de llegar. Para ellos, vincularse saludablemente y cuidar de sus niños es una oportunidad de cambiar su historia. Una de las convicciones que dominan este texto es que las cosas que decimos en consulta, y las palabras que escogemos para decirlas, pueden marcar importantes diferencias en esta bifurcación entre la repetición y el cambio.

Notas

- 1 Según Fraiberg y Fraiberg (1980), este proceso forma parte de un camino más amplio de “cambio en las identificaciones”, el cual tiene como punto de partida la identificación con el agresor (promotora del trauma), continúa con la identificación con el niño (recién descrita) y culmina con un movimiento de identificación con la figura del cuidador.

Referencias bibliográficas

- Bain, K., Frost, K. y Esterhuizen, M. (2012). 'The mothers have mercy for me': change in parent-infant relationships through group psychotherapy. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, 20(1), 33-68.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, 129(2), 195-215.
- Baradon, T., Biseo, M., Broughton, C., James, J. y Joyce, A. (2016). *The practice of psychoanalytic parent-infant psychotherapy: Claiming the baby*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: una guía práctica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2013). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H. y Lieberman, A. F. (2016). Prevention and intervention programs to support early attachment security: A move to the level of community. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3ª ed., pp. 739-758). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona, España: Planeta.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M. y Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429-451.
- Dugmore, N. (2013). The grandmaternal transference in parent-infant/child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 39(1), 59-75.
- Fonagy, P., Sleded, M. y Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97-114.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387-421.
- Fraiberg, S. y Fraiberg, L. (1980). *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. Nueva York, NY: Basic Books.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 904-916.
- Jones, A. (2006). How video can bring to view pathological defensive processes and facilitate the creation of triangular space in perinatal parent-infant psychotherapy. *Infant Observation*, 9(2), 109-123.
- Jones, A. (2010). The traumatic sequelae of pathological defensive processes in parent-infant relationships. En T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy*. Nueva York, NY: Routledge.
- Jordan, B. (2012). Therapeutic play within infant-parent psychotherapy and the treatment of infant feeding disorders. *Infant Mental Health Journal*, 33(3), 307-313.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D. y Getzler-Yosef, R. (2008). Shaping children's internal working models through mother-child dialogues: the importance of resolving past maternal trauma. *Attachment & Human Development*, 10(4), 465-483.
- Lieberman, A. F., Padron, E., Van Horn, P. y Harris, W. W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26(6), 504-520.
- Lieberman, A. F. y Van Horn, P. (2011). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., ... y Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Phelps, J. L., Belsky, J. y Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10(1), 21-38.
- Pitillas, C. (2018). Trabajar con los padres para proteger al niño: algunos elementos comunes de las intervenciones terapéuticas centradas en el vínculo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 57. Recuperado de: <https://bit.ly/2PMXOe5>
- Pitillas, C. y Berástegui, A. (2018). *Primera Alianza: un método para fortalecer los vínculos tempranos en familias vulnerables*. Barcelona, España: Gedisa.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. y Marvin, B. (2013). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. Nueva York, NY: Guilford Press.

- Renschler, T. S. (2009). Sleeping on the couch: Interpretation-in-action in infant-parent psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 8(3-4), 145-155.
- Salo, F. T. (2007). Recognizing the infant as subject in infant parent psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 961-979.
- Salomonsson, B. (2007). 'Talk to me baby, tell me what's the matter now': Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(1), 127-146.
- Seligman, S. (1999). Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva del infante: observando la identificación proyectiva. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Recuperado de: <https://bit.ly/2R9wK9b>
- Slade, A. (2007). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.
- Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J. y Mayes, L. (2005). Minding the baby: A reflective parenting program. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 60(1), 74-100.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Londres, Reino Unido: Karnac Books.
- Stolorow, R. D. y Atwood, G. E. (2004). *Los contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona, España: Herder.
- Tronick, E. Z. y Cohn, J. F. (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 85-92.
- Tuters, E., Doulis, S. y Yabsley, S. (2011). Challenges working with infants and their families: Symptoms and meanings—two approaches of infant-parent psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 32(6), 632-649.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., ... y Alink, L. R. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1-to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 994-1005.
- Wachtel, P. (1993). *La comunicación terapéutica: principios y práctica eficaz*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Woodhead, J., Bland, K. y Baradon, T. (2006). Focusing the lens: The use of digital video in the practice and evaluation of parent-infant psychotherapy. *Infant Observation*, 9(2), 139-150.
- Zeanah, C. H. (Ed.) (2009). *Handbook of infant mental health*. Nueva York, NY: Guilford Press.

A S E P C O

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Suscripción gratuita al asociarse en ASEPCO

Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

LA ECOLOGÍA NARRATIVA DEL TRAUMA RELACIONAL

THE NARRATIVE ECOLOGY OF RELATIONAL TRAUMA

F. Javier Aznar Alarcón

Psicólogo clínico y psicoterapeuta

Director de los Programas de Atención a Menores Víctimas de Abuso Sexual Infantil y de Violencia Sexual de la Xunta de Galicia (Fundación Meniños). España

Nuria Varela Feal

Profesora Titular de la Universidad de A Coruña. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Aznar Alarcón, F. J. y Varela Feal, N. (2018). La Ecología Narrativa del Trauma Relacional. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 55-67.

Resumen

La recuperación del trauma relacional complejo se apoya en dos esfuerzos principalmente, el de conferirle un sentido a la experiencia traumática en el conjunto de la biografía de las víctimas y el de restaurar en las víctimas la competencia como narradores y protagonistas de su propia experiencia, de manera que les permita volver a vincularse de manera adecuada con otras personas. El ingente desarrollo de técnicas y modelos de intervención de la última década, especialmente con el avance de las neurociencias, corre el riesgo de focalizar la técnica por encima del marco de la reconstrucción personal. En este artículo proponemos que la intervención terapéutica debe encuadrarse entre la vivencia subjetiva y la legitimación social del daño sufrido y que la narrativa es la principal herramienta para llevar adelante esta tarea.

Palabras clave: Ostracismo, función narrativa, trauma relacional, apego

Abstract

The recovery of relational trauma is supported on two main efforts, making sense of the traumatic experience in the whole of the victims' biography and restore their competence as narrators and protagonists of their own experience that allows being linked again with other people in an appropriate way. The enormous development of techniques and intervention models in the last decade, especially with the advance of neuroscience, runs the risk of focusing on the technique over the framework of personal reconstruction. In this article we propose that the therapeutic intervention should be framed between the subjective experience and the social legitimation of the damage suffered, and that narrative is the main tool to carry out this task.

Keywords: Ostracism, narrative function, relational trauma, attachment.



Puede que las historias que nos contamos sobre nosotros mismos no sean verdad, pero son lo único que tenemos.

J. M. Coetzee

El lugar que ocupamos en la red de las vidas de los demás es lo que nos define.

Ken Liu

Construir una vida implica reimaginar el futuro y reinterpretar el pasado continuamente a fin de dar sentido al presente.

Mary Catherine Bateson

Saber esperar, esperar es la condición previa de todo entendimiento.

Wilhelm Genazino

El Ostracismo

En Atenas, el *ostrakon* era una vasija de arcilla en la que se inscribía el nombre de aquellos a los que se deseaba desterrar y de ahí deriva la palabra *ostracismo*. El ostracismo es una forma de rechazo usada por los animales sociales para librarse de aquellos miembros del grupo que resultan onerosos y, dado que la exclusión del grupo significa una elevada probabilidad de acabar muerto, también es un poderoso mecanismo homeostático que les empuja a reaccionar y ajustarse a las expectativas de la comunidad. La etología, la psicología evolutiva y los estudios derivados de la teoría del apego nos han aportado una ingente evidencia de lo central que es, para los seres humanos, el establecer vínculos cercanos y duraderos. La evolución apostó, en nuestro caso, por abrirnos la puerta al mundo con un cerebro apenas sin hacer, que se gesta y esculpe en la relación con los otros. En cualquier otra especie las crías se vuelven capaces de reaccionar ante las amenazas muy pronto, son capaces de volar, nadar o correr muy rápido, trepar, camuflarse con el ambiente, inocular una toxina, usar su fuerza o desgarrar con sus garras y colmillos. En cambio, los seres humanos dependemos para nuestra supervivencia del estrecho contacto con nuestros cuidadores durante muchos años. La evolución parece haber hecho con nosotros la apuesta por primar nuestra capacidad para la cooperación social, para lo que nuestro cerebro necesita desarrollarse en el contexto del cerebro de los otros. La antropóloga Sarah Hrdy ha sugerido que lo que nos distingue de otros primates es la crianza compartida, involucrarnos colectivamente en proteger y alimentar a crías con las que no compartimos nuestro linaje genético (Hrdy, 2011). La teoría del apego propone que la forma en que respondemos a las necesidades de

seguridad, afecto y consuelo que reciben los niños en su entorno de crianza es una carta enviada al futuro: de su adecuación y sensibilidad dependerá (aunque no de forma determinista) la capacidad de los futuros adultos para regular sus emociones y conductas, lo que incidirá a su vez sobre la forma en la que tenderán a establecer lazos con los otros (Hart, 2006). Algo así como la forma en la que un músico le ofrece una nota a otro para que pueda afinar su instrumento. Su correcta afinación depende de la nota que se le ofrece. Nuestra capacidad para actuar de forma sensible y coherente frente a sus necesidades físicas y emocionales está mediada, a su vez, por cómo hemos sido cuidados y por los apoyos que nos ofrece nuestra comunidad. Somos, desde la más elemental base de nuestra constitución, seres relacionales con una vivencia subjetiva individual, y este nudo inextricable entre lo relacional y lo individual entrelaza cada una de las funciones que nos identifican como animales sociales: el sentido de pertenencia, la autoestima, la sensación de control y la impresión de que nuestra existencia tiene sentido. La exclusión nos hierde en cada una de ellas. Quizá por eso la investigación la relaciona con el dolor físico: Kipling D. Williams (2014) ha estudiado, durante más de veinte años, los efectos de la exclusión. En sus experimentos los participantes se integran en juegos colectivos por ordenador en los que acaban siendo excluidos a lo largo del juego. Y estos estudios aventuran aspectos de mucho interés: en primer lugar, la exclusión produce un padecimiento semejante al dolor físico. Cuando los participantes empiezan a sentirse fuera del juego se registra una oleada de actividad en la corteza cingulada anterior dorsal, área asociada a los aspectos emocionales del dolor. Además, cuando se prescribe a los participantes, durante varias semanas previas, dosis diarias de analgésicos la reacción en la corteza cingulada es menor, y también la sensación subjetiva de dolor. Esto le ha llevado a sugerir a Williams una vía común para el procesado emocional del dolor físico y del dolor por la exclusión social. En segundo lugar, el grado de malestar por la exclusión no varía según quién es el autor (es independiente, en las pruebas, de si le comunican a los sujetos que quién les excluye es un ordenador, o el Ku Klux Klan, o de si el objeto que les pasan es una bomba, o de si pierden dinero por participar). Hay dos datos todavía de mayor importancia: el primero es que la exclusión produce una fuerte reacción emocional, lo que puede provocar una situación paradójica: la reactividad emocional, producida por la exclusión, suele generar aún un mayor rechazo. Algo de esto ocurre, por ejemplo, en las situaciones de maltrato o de abuso, en las que la reacción de la víctima, cuando se rebela, es reinterpretada de forma perversa por quien le causa el daño o por el entorno que no protege, como la causa por la que se la castiga. El segundo es que los acontecimientos pueden seguir un curso diferente cuando la persona sabe que hay una razón motivada para la exclusión, porque abre una posibilidad de reacción. Las personas que se sienten excluidas se liberan de su malestar si comprenden que tienen que ajustarse de otra manera a la comunidad de la que se sienten excluidos. Es decir, que hay estrategias de acción que refuerzan o mejoran la situación de exclusión y otras que la empeoran, pero no son independientes del contexto que nos

rodea, de la reacción del entorno. ¿Qué ocurre cuando lo que se espera de nosotros entra en conflicto con nuestros valores, o es algo que no podemos cambiar porque no depende de nosotros, o está justificado resistirse (como rebelarse frente a un trato indigno, o proteger nuestro cuerpo), o es un rasgo de nuestra identidad como nuestro color de piel, nuestro país de origen o nuestro credo religioso? John Bowlby (1989), en su conferencia *Saber lo que se supone que no debes saber y sentir lo que se supone que no debes sentir*, alertaba de la distorsión que sufren las víctimas de experiencias adversas en su contexto de crianza. Para Bowlby, la presión de los cuidadores para ocultar las experiencias que no quieren que sus hijos conozcan, en las que les resulta insoportable reconocer las formas en las que los han tratado, o la presunción de que los hijos hagan o piensen en cosas que a los padres les hace sentirse culpables o avergonzados, provocan distorsiones en la percepción, en la atribución causal (agencia) y en la memoria, fenómenos centrales en el trauma complejo. Carlos Sluzki (2006) nos ofrece un excelente análisis de los argumentos con los que los perpetradores del daño inoculan una narrativa de la experiencia traumática para negar la naturaleza violenta del acto o para responsabilizar a la víctima. Su propuesta incluye 1) la tergiversación sobre a quién pertenece la iniciativa; 2) introducir confusión para presentar la violencia de una forma positiva (como un acto de amor o como educación, por ejemplo); 3) negando el efecto físico o emocional de lo que experimenta la víctima; 4) redefiniendo la intención del acto (“es por tu propio bien”) y 5) amenazando con las consecuencias de desvelar lo ocurrido forzando a aceptar la versión del victimario. Estos mecanismos para distorsionar la percepción y consciencia de la víctima tienden a generar una distorsión en la propia historia, derivando en una imagen negativa de sí misma y una mayor vulnerabilidad a la revictimización a través de la desregulación fisiológica, la memoria (fenómenos disociativos), y la consciencia (Nieto y López, 2016).

La Función Narrativa y el Trauma Relacional

Los relatos entretejen identidad y comunidad porque narrar es el medio más común y universal para acercarnos los unos a los otros, conmovemos a los demás y justificar nuestras acciones, transmitir nuestra visión del mundo y los corolarios morales de lo que nos parece aceptable y lo que no. Según la Hipótesis de la Práctica Narrativa (Hutto y Gallagher, 2017) nuestras actividades para construir, entender y compartir historias son el andamiaje para la forma en la que razonamos en nuestra actividad cotidiana y sugiere que, en contraste con la suposición usualmente asumida de que la función reflexiva (mentalización) es la que facilita el acceso a la narrativa, son las prácticas narrativas en las que nos sumergen nuestras relaciones la base para el desarrollo de la capacidad de mentalizar. Para Michael Austin (2010), la narrativa es un componente crucial de nuestra cognición. Austin argumenta de forma muy persuasiva en *Useful Fictions* que 1) la cognición humana está inextricablemente vinculada con la creación de narrativas que enmarquen nuestras percepciones sensoriales; 2) cuando experimentamos ansiedad nos sentimos com-

pelidos a encontrar una resolución que a menudo incluye la creación de una narrativa y 3) las narrativas que usamos no siempre tienen que ser verdaderas para afrontar con éxito la ansiedad, el “y si...” de una narrativa contrafáctica puede operar mejor que la verdad en su resolución. Pensamos en términos de historias, procesamos muy mal los datos que no están configurados narrativamente, y la narrativa, como forma de elaborar la información, nos ofrece importantes ventajas evolutivas. Los seres humanos somos adictos a las historias. Incluso cuando dormimos, la maquinaria narrativa de nuestro cerebro sigue tejiendo relatos para contarse a sí misma. Los estudios transculturales muestran que los niños, entre los tres y los nueve años, aprenden a usar las narrativas para “empaquetar” los eventos estableciendo conexiones y jerarquías entre ellos, a incluir diferentes perspectivas de una interacción, desarrollan la flexibilidad cognitiva que implica ser conscientes de que unos mismos hechos se pueden narrar de formas diferentes, y establecen conexiones causales entre eventos particulares y los macroeventos que los incluyen (Berman y Slobin, 2016). Los niños más pequeños tienen dificultad para distinguir lo relevante de lo que no lo es y, para contar historias coherentes, imitan las de las personas que les rodean. Y nos afanamos mucho en esta tarea: una psicóloga, Judy Dunn, mostró que los niños de dos años de edad reciben una media de ocho narraciones y media por hora. La mayor parte de estos relatos son una justificación tanto de sus propias acciones como de las acciones de los padres (Hart, op. cit. 2006). Es decir, muy precozmente, los niños entran en una *retórica emocional*. Descubren que la organización de un relato, la forma en la que cuentan lo que cuentan, tiene un importante impacto en quien les escucha. Sumergidos en el dinamismo de este nicho ecológico narrativo (Cometa, 2017) se disuelve la idea de nuestros relatos cotidianos como objetos contruidos retrospectivamente para desvelarse el acto de narrar como un proceso dinámico en el que, siendo agentes conscientes de nosotros mismos (aunque esa consciencia sea implícita o parcial), actuamos para obtener resultados en base a nuestros sistemas motivacionales (especialmente el sistema de apego, como podemos leer en el artículo de Ignacio Serván en este mismo monográfico). El mundo que nos envuelve y las acciones de las otras personas (nosotros añadiríamos que también las propias) cobran sentido, entonces, en tanto en cuanto las podemos colocar en una narración (Ruud, 2007). Nuestra atención se vuelve, en consecuencia, a la narrativa como función. Brian Schiff (2012) sugiere que la función principal de la narrativa es “hacer presente” y que lo hace de tres formas: declarativa (dando presencia a una experiencia subjetiva), temporal (integrando pasado, presente y futuro en un todo coherente) y social (co-creando formas de entender el mundo tanto compartidas como confrontadas). Estas funciones incluyen establecer relaciones cercanas, señalar el carácter y tono emocional de nuestras experiencias, atribuir causalidad y agencia y establecer una identidad social. Quizá la idea más sugerente de Schiff es la de que, atendiendo a la narrativa como *función* en lugar de como *objeto*, adquiere el carácter de narrativo *todo aquello que podamos entender narrativamente*. En el contexto

adecuado, un gesto, una palabra, incluso un silencio, puede desplegarse en toda su extensión en nuestra mente como un guion narrativo. Adquirir competencia narrativa significa, entonces, “no solo la habilidad para entender narrativas, sino para entender narrativamente, lo que nos permite formar narraciones sobre cosas, eventos y otras personas. Ser capaz de comprender narrativamente significa ser capaz de ver los eventos en un marco narrativo” (Gallagher, 2007). Mikulincer y Shaver (2017) han propuesto la idea de que las representaciones que tenemos de nosotros mismos y del entorno derivadas de nuestras experiencias, los modelos operativos internos, toman la forma de *guiones estructurados narrativamente*. Para que estos guiones puedan ser adaptativos requieren mantener un equilibrio entre la estabilidad (que hace el mundo predecible) y la posibilidad de mantener contrafácticos, es decir, de imaginar diferentes escenarios narrativos alternativos para incorporar nuevas informaciones y poder diferenciar los contextos en los que se desarrollan nuestras acciones (lo que nos permite asimilar y acomodar los cambios en nuestra experiencia). En este contexto vuelven a nuestra atención las narrativas con las que el entorno de las víctimas acoge el acontecimiento traumático y sus consecuencias, amplificándolo (una narrativa que se agota en el trauma sin dejar lugar a que otras experiencias positivas sean reconocidas y valoradas), negándolo, (impidiendo el reconocimiento del dolor y el duelo por el vínculo perdido) o responsabilizando a la víctima (narrativa de victimización). La *sensibilidad* de las víctimas a las respuestas a la narrativa del trauma se hace patente cuando se ha evaluado el efecto de las reacciones ambivalentes (esto es, no abiertamente hostiles o negativas) en el entorno ante el intento de las víctimas de relatar la experiencia (Pereda y Sicilia, 2017), ya sea evitándolo bajo el argumento de que es mejor dejarlo pasar y olvidar lo sucedido (con impacto en la mayoría de escalas de sintomatología psicopatológica), la sobreprotección, o tratarla con cautela (lo que puede promover la distancia y pérdida de relaciones íntimas) o la reacción egocéntrica (en la que el foco recae en *la emoción de la persona de apoyo*, aumentando el estrés de la víctima y la percepción de que es negativo para los demás compartir su angustia o su dolor). Con el ejemplo del incesto, Eron y Lund (1996, p.196) nos dicen que:

las historias no contadas sobre el abuso sexual pueden configurar de manera profunda la vida de una persona. No es solo el impacto del evento por sí mismo lo que resulta confuso y deprimente, sino también cómo el evento es historiado. Las historias afectan a los marcos, de la misma manera que los marcos afectan a las historias en la ausencia de un diálogo íntimo

Y más adelante (pp. 204-205):

Rehistoriar incluye la introducción de nueva información sobre el self, y esta nueva información necesita tiempo para ser asimilada antes de que los patrones de conducta puedan cambiar. Por lo tanto, la medida en que se pueden aportar soluciones útiles a los problemas en un breve período de

tiempo parece depender de los recursos, pasados y presentes, que estén disponibles para el terapeuta. Nuestra experiencia ha sido que la solución de un problema (y la rapidez con que se resuelve) tiene menos que ver con el tipo de problemas que las personas presentan, o con la severidad de sus dificultades, o de las cualidades intrínsecas de las personas o familias afectados por el problema, y más con la naturaleza de las conversaciones que tenemos sobre ellas (...). Los terapeutas deben apreciar que, sin embargo, ellos son también un recurso relacional, y usan este recurso para promover conversaciones que ayuden dentro y fuera de la sala de terapia. Más importante que cuánto dura la terapia es si la terapia ayuda a romper los patrones que atan a las personas y empoderarlas para manejar sus vidas con efectividad.

El Colapso de la Función Narrativa en el Trauma

Para Michele Crossley (2000) el trauma produce una “destrucción narrativa” de la historia de vida. Desde la perspectiva que estamos proponiendo en la que la narrativa aparece como una herramienta a la vez relacional y de organización subjetiva, el trauma relacional, más que destruir narrativamente la historia de vida, colapsa la función narrativa en las tres dimensiones propuestas por Schiff: 1) una exclusión social (una paciente que creció en una familia altamente patológica sufrió, entre otras muchas cosas, el suicidio de sus padres; al empezar a compartir su pérdida con sus compañeras, su tutora la retiró y le dijo que no podía contar esas cosas a sus amigas porque las traumatizaría, y la dejó sin hablar más con ella; años después, cada vez que empezaba a hablar del abuso sexual que estaba sufriendo, lo retiraba diciendo que era muy fantasiosa o que les estaba gastando una broma, o que quería llamar la atención, pero que no era verdad); 2) una afectación en la experiencia del tiempo (un paciente que sufrió un acoso escolar muy grave, con la complicidad activa de sus profesores y sin la asistencia de sus padres, nos contaba que no tiene recuerdos, que revive continuamente esas experiencias sintiendo con toda claridad que están ocurriendo *aquí y ahora*) y 3) subjetiva (una paciente que proviene de una familia emocionalmente fría y en la que siempre se la ha etiquetado como “la hija complicada” nos relata un episodio que no sabe si etiquetar como violación y de la que no tiene ninguna emoción asociada a la experiencia, no siente que le haya dejado huella, y su relato es aparentemente coherente; mientras nos describe la escena, empieza a temblar y se sorprende, no sabe porqué, pero el temblor sigue en aumento conforme avanza en su historia hasta sentir vértigo y náuseas; acaba la entrevista visiblemente afectada, señalando que empieza a ver el vacío que se abre entre el relato que sostiene y el relato que cuenta su cuerpo). A las víctimas de trauma relacional el impacto de su sufrimiento les secuestra la capacidad de contar una historia que permita integrar su memoria y su emoción. Alguien que sufre de trauma relacional solo parece recordar, no es capaz de enarbolar una historia que integre de forma compleja las experiencias traumáticas

porque las vive como algo que está ocurriendo ahora y lo que siente lo siente como si estuviera siendo herido en el momento presente. O la forma convulsa en que se conmueve su narrativa del Yo, en contraste con los cambios ordenados y sostenidos en los ritos de pasaje que permiten nuestras culturas, los aliena y aísla, especialmente bajo el peso de la vergüenza y la culpa (Bruner, 2003). El temor a la repetición que produce esta vivencia ininterrumpida a menudo lleva a evitar un contacto más íntimo con otras personas, o hacerlo de una manera inadecuada, por lo que no puede acceder a relaciones que brinden seguridad y que permitan poner de nuevo en movimiento la imagen congelada de uno mismo, y recuperar la experiencia de un buen trato. Ser excluido viene a ser perder la voz, dejar de ser el autor del propio relato, no tener a quien narrar, ver la narración imposibilitada por el entorno o vivir bajo una identidad distorsionada o impostada por quien nos daña. Las creencias negativas sobre uno mismo son centrales para el desarrollo y mantenimiento de los síntomas del síndrome de estrés postraumático; y considerar el trauma como el tema central de la identidad conduce a una mayor severidad de los síntomas (Müller-Engelmann y Steil, 2017; Müller-Engelmann et al., 2018; Karatizias et al., 2018). La recuperación del ostracismo narrativo no residirá, entonces, en ofrecer recursos institucionales y sociales, que también, sino que implicará recuperar un relato que nos devuelva nuestra carta de ciudadanía como seres humanos, sentir que alguien toma partido por nosotros y lo cuenta, porque la exclusión ha implicado la ruptura de la confianza en el funcionamiento cotidiano de nuestra vida con los demás, la *confianza epistémica* (Fonagy et al., 2015). Es por esto que la intervención en trauma relacional se halla entre dos aguas: la elaboración subjetiva y la legitimación social.

Asistentes de la Autobiografía

No todas nuestras experiencias son narrativas, pero cada vez que la experiencia se vuelve difícil, o problemática, o inesperada, apelamos a la narrativa para poder darle un sentido a lo que está ocurriendo (Brockmeier, 2015). Este es uno de los motivos por los que el acceso a la competencia narrativa es más difícil en el trauma relacional, cuando este se da en el seno de nuestras relaciones de apego, y de porqué a veces las víctimas denuncian tan tarde. La adaptación al daño como forma de estar en el mundo se vuelve relevante solo cuando es confrontada con la percepción de cómo viven o son tratadas otras personas, o cuando las víctimas reciben, de forma inesperada, un trato mejor (una paciente multitraumatizada en su entorno familiar nos cuenta lo insoportable que se le hace cuando su pareja la valora y su temor a que si nosotros lo hacemos sentirá que no la vemos como es realmente; solo siente alivio cuando alguien le hace algún comentario descalificador, pero el equilibrio es muy delicado, el exceso de negatividad en el comentario puede despertar una gran angustia). El interés y desarrollo creciente en los conocimientos sobre la neurobiología del trauma aporta un marco de actuación con la atención puesta en los diferentes sistemas físico-psíquicos afectados por el trauma:

desregulación de la activación emocional y sensorial, defensas disociativas, restricciones de la ventana de tolerancia al estrés, aumento patológico de los mediadores corticoesteroides del estrés, etc. pero corriendo el riesgo de “retirar nuestra atención del mapa específico de recuerdos, cogniciones, emociones, sensaciones, dinámicas relacionales que se inscriben como puntos cardinales, y crear la ilusión, desmentida en la práctica clínica, de que podemos prescindir de ellos” (Mallacrea, 2018). Levitt et al. (2016) han revisado más de cien estudios cualitativos concluyendo que hay una categoría central que recoge las experiencias de los clientes en psicoterapia: ser valorado y cuidado apoya la capacidad de los clientes para reconocer, de forma agéntiva, patrones de experiencia obstructivas y para afrontar necesidades vulnerables no satisfechas. Identifican además cinco clusters que pueden ayudar a explicar cuándo un evento es vivido como un escollo o como una ayuda en el proceso terapéutico:

- a) la terapia es un proceso de cambio a través de estructurar la curiosidad y el compromiso profundo en la identificación de patrones y la reconstrucción narrativa.
- b) la actitud de cuidar, entender y aceptar por parte del terapeuta permite a los clientes internalizar mensajes positivos y entrar en procesos de cambio desarrollando una mayor autoconciencia.
- c) la estructura en la intervención crea claridad, pero genera inseguridad sobre la disponibilidad del cuidado en la relación terapéutica.
- d) la terapia progresa en un esfuerzo colaborativo para discutir las diferencias.
- e) reconocer la agencia del cliente permite intervenciones receptivas que se ajusten a sus necesidades.

Esta visión de la terapia como una relación de seguridad y colaboración en la que el terapeuta toma el papel de asistente de la reescritura autobiográfica, propiciando una creciente autoría por parte de las personas a las que prestamos ayuda, nos permite recuperar la idea mencionada anteriormente de que la intervención en trauma relacional se encuentra entre la elaboración de la vivencia subjetiva y la legitimación social tanto del daño sufrido como de nuestro derecho a ser tratados con dignidad. El progreso hacia la salud mental se basa en la dialéctica entre crear nuevas formas de narrar lo vivido y disolver las historias ancladas en las experiencias traumáticas. Robin Fivush (2011) nos ofrece apoyo para esta perspectiva: las personas que buscan sustento en nuevas narrativas regulan mejor las emociones estresantes pareciendo que estas narrativas ayudan a la autoregulación en las situaciones relacionales, y diferentes tipos de narrativa tienen diferentes efectos: las narrativas de exploración (se abren a nuevos temas) parecen relacionadas con un mayor crecimiento personal y bienestar psicológico, mientras que las narraciones cuyo tema es la búsqueda de apoyo correlacionan con una disminución del nivel de estrés (Graci y Fivush, 2017). Probablemente, dependiendo de las estrategias de apego que hayan encontrado las personas para lidiar con sus experiencias, el

terapeuta deberá oscilar estratégicamente entre ambas dimensiones, encontrar en las experiencias de los pacientes episodios de apoyo y momentos de seguridad, y abrir la exploración a vivencias que se distancien de la experiencia traumática. Miguel Gonçalves (2014) propone que las vidas de las personas en terapia están configuradas por una narrativa de sí mismas que influye en su procesamiento emocional y en su vida relacional, y que el cambio ocurre con la emergencia y expansión de *momentos de innovación*, excepciones a la narrativa problemática y que, anclados y amplificados en la terapia, llevan a una nueva y más adaptativa narrativa del self. En el trabajo con trauma relacional la cualidad de este *desplazamiento* narrativo se vuelve dramáticamente relevante: Greenhoot et al. (2013) han observado el proceso narrativo de vincular las experiencias traumáticas con el conjunto de la biografía de los pacientes. Su estudio brinda evidencias de que la forma en que las experiencias de trauma son evocadas está más relacionada con la sintomatología psicológica que el trauma per se, sugiriendo que 1) las personas con trauma severo o repetido son más vulnerables a la recuperación de recuerdos “maladaptativos”, 2) al relacionar los recuerdos traumáticos con su vida actual pueden tender a mostrar una narrativa de resolución y de “final feliz” no como muestra de procesamiento de la experiencia, sino como defensa frente a los sentimientos aversivos que aparecen al recuperar los recuerdos y 3) la introducción de una narrativa desde una perspectiva subjetiva y con un estilo evaluativo en la que se introducen comentarios positivos conduce a una menor sintomatología de PTSD. Un ejemplo precioso de cómo rescatar y dar voz a los aspectos saludables escondidos en una narrativa organizada por el trauma nos lo propone Giancarlo Dimaggio (Dimaggio et al., 2015; Dimaggio et al., 2017) al invitarnos a prestar atención y anclar: 1) cuando hablan, sin ser conscientes, desde una posición de mayor autoestima; 2) contactan con un deseo primario; 3) en los episodios negativos aparecen figuras que ofrecen soporte, cuidado, aprobación; 4) muestran una capacidad, aunque sea residual, de tomar distancia crítica; 5) mantienen una actitud de confianza y esperanza en el terapeuta a pesar de compartir episodios narrativos negativos y 5) son capaces de comunicarse con el terapeuta a pesar de estar en un momento de dolor profundo.

Historias por Narrar

A través de las historias damos forma a lo que somos y creemos ser (experiencia subjetiva), visualizamos lo que esperamos y deseamos llegar a ser (la integración temporal), nos atribuimos la capacidad para explorar nuevas vías de acción y a movernos en nuestra constelación relacional (social). Lo que estamos viendo es que, en las situaciones de trauma relacional, hay *historias por narrar*. Duelos, pérdidas y humillaciones que han quedado silenciadas. Pero también hay otro tipo de historias por narrar, las que dan voz a los actos de resistencia frente al sufrimiento, a los momentos de generosidad, de valentía, aquellos que reflejan habilidades y competencias que han quedado sin reflejo en las palabras que les rodean, los de la

sensibilidad y el cuidado encontrado en los ojos de otros, aunque sea excepcionalmente. Ahora podemos volver atrás, a aquellas funciones que nos caracterizan como animales sociales: el sentido de pertenencia, la autoestima, la sensación de control y el sentido de nuestra existencia. Cada una de estas funciones se puede asentar en la medida que nos sostenemos sobre relatos que nos vinculan con los demás, que nos devuelven el sentido de competencia, que provocan comprensión, que son legitimados. Pero los elementos para construir estos relatos implican la tenacidad y la inteligencia de buscarlos entre los escombros de biografías anegadas por las dificultades. No podemos cambiar los acontecimientos que hemos vivido, pero anticipar un horizonte de futuro diferente y movernos en su nueva dirección en el presente, cambia el sentido de lo que hemos vivido, que es, al final, lo que importa. Los profesionales que trabajan afrontando situaciones de exclusión no están inmunizados contra estas dificultades. Las restricciones propias de las instituciones que los acogen, la sobrecarga o la falta de mecanismos de protección, el efecto de ser testigos implicados de tantos relatos de dificultad y sufrimiento, pueden alimentar el sentimiento de frustración o de impotencia. En el propio relato de la fundación de su vocación profesional a menudo tiene un lugar central *el deseo de ayudar*. Y es esa visión de ellos mismos la que se puede ver en riesgo cuando se sienten desbordados por las dificultades de las familias y personas a las que esperan sostener. El enfoque narrativo del trabajo con trauma relacional se asienta en una *ética de la comprensión compleja* (Morin, 2006): las personas pueden necesitar tiempo y repetición para explorar los posibles escenarios narrativos, aceptando el valor de supervivencia que ha tenido el relato que han mantenido hasta ahora. El despertar de nuevo a la flexibilidad narrativa va de la mano de aprender su significado: esa narrativa fue moldeada por las circunstancias y fue la respuesta que encontraron para sobrevivir a la situación traumática. Explorar la posibilidad de una forma diferente de narrar la experiencia, ayudar a encontrar los elementos sobre los que construir un relato alternativo, exige una actitud deliberativa, dialógica, una relación de ayuda basada en la igualdad (no en la neutralidad, hay historias con mejor forma que otras, Sluzki, 2006, op. cit.) y en la que recordemos que ellos son los dueños de sus historias y evitar el error de hacerles revivir su experiencia imponiéndoles las nuestras. Trabajar con trauma traumatiza, nos recuerda Judith Herman (2004). Por eso, también los terapeutas necesitan encontrar tener a quién narrar. Para ambos, pacientes y terapeutas, la exclusión narrativa aparece como un proceso en el que se encadenan dificultades tanto dentro de las familias y comunidades como en las instituciones, y que acaban cristalizando en una vivencia individual: la de perder el sentimiento de eficacia y valía personal, la vivencia del entorno como hostil, y la percepción de uno mismo como incapaz para generar cambios en las condiciones de vida, tanto en las personas a las que intentan ayudar como en ellos mismos. Las dificultades caen con mayor probabilidad sobre aquellas familias y personas más vulnerables. La investigación sobre las experiencias de apego alumbra la relación entre ambos fenómenos: una experiencia de cuidado

negligente, o de maltrato, o de abuso, o de profunda soledad predisponen a un mayor grado de vulnerabilidad. Tendencia que se puede ver matizada o disuelta cuando aparece alguien que promueve un relato reparador, que da palabras al sufrimiento y cuyas hebras nos vinculen de nuevo a los demás, un relato resiliente.

Manuel Cruz (1989, p. 110) ha dicho que “somos novelistas de nosotros mismos sin remedio. Lo que queda por decidir es si lo somos buenos o malos.” Por eso es tan importante poner atención a los relatos que brindamos a los que son excluidos bajo el peso del trauma relacional: porque a través de la forma en que les ayudamos a narrarse se revela también quiénes somos.

Referencias bibliográficas

- Austin, M. (2010). *Useful Fictions: Evolution, Anxiety, and the Origins of Literature*. Lincoln, Nebraska, US: University of Nebraska Press.
- Berman, R. A., Slobin, D. I. (2016). *Relating Events in narrative. A Crosslinguistic Development Study*. Nueva York, NY: Routledge.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Brockmeier, J. (2015). *Beyond the Archive. Memory, Narrative and the Autobiographical Process*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Cometa, M. (2017). *Perchè le storie ci aiutano a vivere*. Milán, Italia: Raffaella Cortina Editore.
- Crossley, M. L. (2000). *Introducing narrative Psychology: Self, Trauma and the Construction of Meaning*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Cruz, M. (1986). Narratividad: la nueva síntesis. Barcelona, España: Nexos
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. y Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A treatment manual*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., MacBeth, A., Ottavi, P., Buonocore, L. y Popolo, R. (2017). Metacognitive Interpersonal Therapy for personality disorders: A case study series. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47, 11-21.
- Eron, J. B. y Lund, T. W. (1996). *Narrative Solutions in Brief Therapy*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Fivush, R. (2011). The development of autobiographical memory. *Annual review of psychology*, 62, 559-582.
- Fonagy P., Luyten, P. y Allison E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575-609.
- Gallagher, S. (2007). Pathologies in narrative structures. *Philosophy (Royal Institute of Philosophy) Supplement*, 60, 65-86.
- Gonçalves, M. M., Caro, I., Ribeiro, A. P., Pinheiro, P., Borges, R. Sousa, I. y Stiles, W. B (2014). The Innovative Moments Coding System and the Assimilation of Problematic Experiences Scale: A Case study comparing two methods to track change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(4), 422-455.
- Graci, M. E. y Fivush, R. (2017). Narrative meaning making, attachment and psychological growth and stress. *Journal of Social and Personal Relationships*, 34(4), 486-509.
- Greenhoot, A. F., Sun, S., Bunnell, S. L. y Lindboe, K. (2013). Making sense of traumatic memories: Memory qualities and psychological symptoms in emerging adults with and without abuse histories. *Memory*, 21(1), 125-142.
- Hart, S. (2006). *The impact of attachment*. Nueva York, NY: Norton & Company.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Hrdy, S. B. (2011). *Mothers and others. The Evolutionary Origins of Mutual Understanding*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Hutto, D. D. y Gallagher, S. (2017). Re-authoring narrative therapy: improving our self-management tools. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 24(2), 157-167.

- Karatzias, T., Shevlin, M., Hyland, P., Brewin, C., Cloitre, M., Bradley, A., Kitchiner, N. J., Jumbe, S., Bisson, J. I. y Roberts, N. P. (2018). The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *British Journal of Clinical Psychology* 57(2), 177-185.
- Levitt, H. M., Pomerville, A. y Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin*, 142(8), 801-830.
- Mallacrea, M. (Ed.) (2018). *Curare i bambini abusati*. Milano, Italia: Raffaello Cortina Editore.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2017). *Attachment Patterns in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Morin, E. (2006). *El Método 6. Ética*. Madrid, España: Cátedra.
- Müller-Engelmann, M., Hadouch, K. y Steil, R. (2018). Addressing the Negative Self-Concept in Posttraumatic Stress Disorder by a Three-Session Programme of Cognitive Restructuring and Imagery Modification (CRIM-PTSD): A Cases Study. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 8, 319-327.
- Müller-Engelmann, M. y Steil, R. (2017). Cognitive Restructuring and Imagery Modification for Posttraumatic Stress Disorder (CRIM-PTSD): A Pilot Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 44-50.
- Nieto, I. y López, M. C. (2016). Abordaje Integral de la Clínica del Trauma Complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104.
- Pereda, N. y Sicilia, L. (2017). Reacciones sociales ante la revelación del abuso sexual infantil y malestar psicológico en mujeres víctimas. *Psychological Intervention*, 26(3), 131-138.
- Ruud, A. (2007). In defense of narrative. *European Journal of Philosophy*, 17(1), 60-75.
- Schiff, B. (2012). The Function of Narrative. *Narrative Works: Issues, Investigations & Interventions*, 2(1), 33-47.
- Sluzki, C. (2006). Victimización, recuperación y las historias "con mejor forma". *Sistemas familiares*, 22(1-2), 5-20.
- Williams, K. D. (2014) El dolor de la exclusión. *Mente y cerebro*, 64, 10-17.

MANUEL VILLEGAS

EL PROCESO DE
CONVERTIRSE EN
PERSONA AUTÓNOMA



Herder

APEGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

ATTACHMENT AND EATING DISORDERS: IMPLICATIONS FOR PSYCHOTHERAPY INTERVENTION

Dra Laura Hernangómez Criado

Psicóloga Clínica

Unidad de Trastornos Alimentarios - Complejo Hospitalario de Toledo. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Hernangómez Criado, L. (2018). Apego y Trastornos Alimentarios: Implicaciones para la Intervención Psicoterapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 69-92.

Resumen

En este artículo, se revisa la relación entre apego y trastornos alimentarios, profundizando en las variables mediadoras investigadas hasta el momento y en las implicaciones de estos resultados para la psicoterapia. Con énfasis en el papel de la relación terapéutica y la metacognición, especialmente en los casos más graves, se plantean propuestas para la adaptación de la terapia y el manejo de dificultades desde la consideración de las diferencias individuales y familiares en el apego.

Palabras clave: *Apego, Trastornos alimentarios, Relación terapéutica, Metacognición, Transdiagnóstico.*

Abstract

In this article, relationship between attachment and eating disorders is reviewed for further analyzing mediator variables and implications of these results for psychotherapy. With a particular emphasis on function of therapeutic relationship and metacognition, mainly in the most severe cases, proposals are made for adapting psychotherapeutic process and handling difficulties from an individual and family differences in attachment perspective.

Keywords: *Attachment, Eating disorders, Therapeutic Relationship, Metacognition, Transdiagnostic.*



INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios constituyen un fenómeno muy complejo en términos de causalidad, morbimortalidad, comorbilidad, migración transdiagnóstica, tendencia a cronicidad, impacto psicosocial y manejo terapéutico. El hecho de que sean multideterminados implica no sólo que en cada caso individual influyen múltiples variables en interacción, sino también que a similar patología puede llegarse por muy diferentes vías. En ese contexto, el papel del apego se incluye como una pieza importante pero no única dentro de la miríada de factores que explican los trastornos alimentarios. Aunque resulte tentador simplificar, una concepción lineal unidireccional constituye un reduccionismo aberrante a nivel teórico y metodológico además de tener implicaciones peligrosas a nivel de práctica clínica por el riesgo de culpabilización implícita a las familias (Zachrisson y Skårderud, 2010). Aunque se ha insistido mucho en el rol de las familias en el origen de los trastornos alimentarios, la visión actual se amplía a los factores de mantenimiento/protección y a reconocer que: (1) no existe un patrón único en las familias donde se presenta un trastorno alimentario; (2) las disfunciones observadas en *algunas* familias no son exclusivas de los trastornos alimentarios; (3) cuando existen funcionamientos patológicos, es complicado dilucidar si es causa, consecuencia o exacerbación asociada a sufrir un trastorno mental grave, y en ocasiones crónico, en el seno de la familia (Le Grange y Eisler, 2009).

El apego es también un fenómeno complejo en términos de *componentes* (conducta-modelos mentales-regulación emocional), *representaciones* (múltiples y en diferentes grados de conciencia y accesibilidad), *dinamismo-estabilidad*, *multicausalidad*, y *dimensionalidad*. Atribuir el estilo de apego de un niño exclusivamente a la conducta de unos padres es ignorar muchas variables y su interacción: entre ellas las temperamentales y socioculturales. Por ejemplo, aunque la emocionalidad negativa temperamental del bebé puede influir en el estilo de apego, esa influencia se da en términos negativos en ausencia de apoyo social (Vaughn y Bost, 1999) pero en términos positivos si se consideran la sensibilidad materna y la competencia parental autopercebida (Gartstein e Iverson, 2014). Podemos interpretar entonces que la intensidad emocional del bebé puede reforzar el vínculo si es tomada como un reto abordable y una lección de vida, más que como una amenaza, en madres/padres suficientemente orientados, apoyados y validados en su entorno social. Y ello nos da claves si pretendemos restaurar vínculos: apoyo a los padres, fomento de su sensibilidad y refuerzo de su autoeficacia.

Además, hay otras figuras significativas en el contexto del niño que influyen en su patrón de apego, así como experiencias que pueden alterarlo en sentido positivo o negativo. La resiliencia se relaciona con el establecimiento de vínculos de afecto y apoyo con alguna persona durante la infancia, no necesariamente los padres (e.g., Atwool, 2006). En negativo, un antecedente biográfico frecuente en personas con trastorno alimentario es haber sufrido acoso por iguales, a menudo asociado a críticas por sobrepeso por las connotaciones negativas asociadas en la

cultura occidental actual (Bell y Ruthersford, 2010).

Estilos de Apego

A la propuesta de Bowlby le sucedieron las investigaciones de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), con la situación extraña y su propuesta de tres principales estilos de apego infantil (Evitativo, Seguro y Ansioso), y de Main y Solomon (1986), con la categoría de apego desorganizado (D). Son muchas las posteriores contribuciones, destacando las aportaciones de Bartholomew y Horowitz (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991) y el Modelo Maduracional-Dinámico de Crittenden (2006). Dado que una revisión de los mismos se escapa a los objetivos de este artículo, se sintetizan las características más relevantes de cada estilo de apego en la tabla 1, añadiendo extrapolaciones de otras áreas de estudio relacionadas que se explican a continuación. Aunque en esta tabla y a lo largo del artículo se adopta un lenguaje de prototipos, debe considerarse que se trata de una construcción artificial para facilitar la comprensión: la *aproximación dimensional* se ajusta más a la realidad de la diversidad humana y, en este caso, de las relaciones.

Siguiendo la propuesta de Brennan, Shaver y Tobey (1991), se considera equivalente la cuarta categoría propuesta por Main y Solomon (1986) de apego desorganizado (D) con la combinación de conductas evitativas (A) y ansiosas (C) caracterizado por la inseguridad más extrema (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994). La organización-desorganización, a nivel dimensional, predeciría el nivel de gravedad psicopatológica de modo que los niveles de desorganización de apego más intensos serían aquellos en los que el trastorno de personalidad con sus síntomas se convertiría en el diagnóstico primario (La Rosa, 2004).

Conductas de la figura de apego

En las primeras columnas de la tabla 1 se disponen las variables relacionadas con la figura de apego. En relación a sus conductas, se han observado como fundamentales dos variables: sensibilidad (habilidad para percibir, interpretar y responder a las demandas del bebé) y cooperación (cuidado y respeto a la actividad exploratoria, supervisando sin interferir) (Berk, 1999). La *sensibilidad* constituye la piedra angular del sistema emocional del niño (Halle, 2003) pero la respuesta a los afectos compartidos debe ser capaz de transmitir contención al pequeño. Es en este segundo punto en el que la figura de apego del estilo ansioso (C) presentaría deficiencias (Fonagy, Gergeley, Jurist y Target, 2002), moviéndose muy probablemente a una comprensión de mente ajena egocentrada o, en términos de Carcione y Falcone (2002), con déficit de descentramiento.

Tabla 1.
Características de los diferentes estilos de apego (1).

	Figura de apego: Sensibilidad	Figura de apego: Promoción de autonomía	Modelo mental del otro	Modelo mental de sí mismo	Sistema apego-exploración (vínculo-autonomía)
B-SEGURO	Disponibilidad, receptividad, calidez.	Promoción de funcionamiento volitivo (autonomía psicológica, autodeterminación). Supervisión, control indirecto (consecuencias)	Positivo	Positivo (merezo amor y atención)	Expresión equilibrada de necesidades apego-exploración (en adultos, vinculo-autonomía)
A-EVITATIVO	Rigidez, aversión al contacto, incluso franco rechazo, hostilidad.	Intrusividad. Control directo y/o psicológico. Hiperestimulación. Promoción de independencia/contradependencia	Negativo. (Miedo a intimidad, compromiso y dependencia. Desconfianza).	Positivo a nivel explícito, sobreconfiado, autosuficiente. Estereotipo de género masculino. Autonomía	Hiperactivación de la exploración. Tendencia a la contra-dependencia.
C-ANSIOSO	Inconsistencia: disponibilidad imprevisible; puede empatizar, pero no contener (identificación)	Intrusividad. Control psicológico (coerción, manipulación y/o castigo emocional).	Positivo a nivel explícito-Ambivalente (los demás son complicados de entender, no quieren intimar tanto como yo). Miedo al rechazo/abandono.	Negativo. Sentimientos de incapacidad para retener al otro. Estereotipo de género femenino. Sociotropía	Hiperactivación de la expresión de apego. Tendencia a la dependencia patológica. Inhibición de la exploración/autonomía.
D-DESORGANIZADO	Mallrata o tiene experiencias previas traumáticas no resueltas (muestra estados de disociación). Posible inversión de roles.	Combinación de estrategias de A y C, sin promover el funcionamiento volitivo.	Negativo-Ambivalente (quero tener cercanía pero si intimo me herirán).	Negativo Sociotropía y Autonomía	Desorganización: expresión caótica de ambas necesidades.

Tabla 1.
Características de los diferentes estilos de apego (y II).

	Cognición-Afecto	Registro emocional ante estrés	Conducta interpersonal ante estrés	Estilo de afrontamiento predominante	Narrativa
B-SEGURO	Integración afecto-cognición. Flexibilidad. Capacidad de metacognición.	Reconoce su angustia	Busca consuelo y apoyo	Flexibilidad entre estrategias centradas en emoción y acción. Busqueda de apoyo social. Intentos constructivos de resolver el problema.	Coherencia, tanto si las experiencias narradas son favorables como desfavorables.
A-EVITATIVO	Predominio cognitivo. Hiper-racionalidad. Rigidez.	Inhibe el reconocimiento de la angustia	Perfil autónomo, orientado al logro. Muy sensible a la intrusión y el control. Conductas de distanciamiento y de evitación de conflicto. Se les puede percibir como hostiles. Poco expresivos.	Estrategias de evitación emocional, conductual y cognitiva. Hiper-control del afecto (estrategias minimizadoras o desactivadoras). Hostilidad somáticos. Actividad compulsiva.	Escasos recuerdos. Discurso breve. Puede expresar rechazo o indiferencia. Incoherente: Si evoca recuerdos, puede haber idealización, normalización, pero las anécdotas lo contradicen.
C-ANSIOSO	Predominio afectivo desregulado (excesiva intensidad y/o expresión). Rigidez.	Hipersensibilidad a las emociones negativas. Inhibe la autonomía.	Perfil sociotrópico. Muy sensible a críticas o rechazo. Expresiones intensificadas de ansiedad y enfado.	Desregulación del afecto. Sintomas afectivos. Dependencia afectiva patológica.	Recuerdos intrusivos. Resentimiento. Frases largas, expresiones vagas, sintaxis enmarañada.
D-DESORGANIZADO	Funcionamiento rígido y caótico. Posible disociación.	Oscilante entre la negación y la hipersensibilidad. Emociones confusas y contradictorias.	Conductas contradictorias (p.ej acercarse mirando a otro lado)	Oscilación caótica entre estrategias de forma rígida y drástica (negación emocional-expresión desbordada).	Puede coincidir con características previas, mostrando silencios o lapsus en el razonamiento o discurso al tocar temas traumáticos.

Las variables relacionadas con la **cooperación** han sido más estudiadas en el contexto de los estilos educativos, concepto próximo al de estilos de apego si bien más consciente y explícito. El estilo educativo democrático o asertivo (*authorative*), señalado como el que mayores beneficios psicológicos reporta (e.g., Zakeri y Karimpour, 2011), es descrito en función de una combinación de variables similar a la del estilo de apego seguro: afecto y control, desglosándose éste a su vez en supervisión y promoción de autonomía (Gray y Steinberg, 1999). La supervisión implicaría un control conductual, mientras que la autonomía psicológica supondría un respeto a la subjetividad e individualidad, promoviendo conductas de autodeterminación a través de la toma de decisiones desde edades tempranas (Grolnick, 2003). Ahora bien, Soenens, Vansteenkiste y Sierens (2009) advierten de diferentes trampas en el ejercicio del control y de la autonomía, clarificando la importancia de *cómo* se ejercen. Así, una primera trampa sería la del **control psicológico**, a través de estrategias emocionales como la intrusividad, la inducción de culpa y la retirada afectiva utilizada como coerción, lo que puede tener consecuencias negativas muy diferentes, dependiendo de su interacción con otras variables (p.ej. temperamentales): una dependencia disfuncional y ambivalente respecto a las figuras parentales (patrón de apego C) o una contradependencia por miedo precisamente a la intrusividad y manipulación vividas (patrón de apego A). Una segunda trampa es precisamente confundir la **contradependencia** (*promoción de independencia*: aprender a *prescindir* de los otros) con una autonomía psicológica sana (**promoción de funcionamiento volitivo**: que las conductas se realicen con sentido de voluntad propia, basadas en la conciencia de sus intereses personales, valores y metas) (Soenens et al., 2007, 2009). Lo opuesto al funcionamiento volitivo sería la heteronomía, la sensación de ser controlado por fuerzas externas o compulsiones internas: en su propia definición puede observarse la relación tan directa que mantiene con los trastornos alimentarios, donde prevalece la sensación de ser controlada, bien por las normas estrictas de la restricción, bien por los impulsos irrefrenables de la compulsión.

Modelos mentales de sí mismo y el otro

En los modelos mentales inferidos a partir de la interacción con la figura de apego se ha seguido el esquema propuesto por Bartholomew (1990) añadiendo aportaciones de la investigación cognitiva sobre vulnerabilidad psicológica que se relacionan con los estilos de apego ansioso y evitativo (e.g., Murphy y Bates, 1997).

Beck (1983), basándose en la propuesta psicodinámica de Blatt (1974), propuso dos constelaciones de personalidad: sociotropía/dependencia y autonomía/logro. La sociotropía (similar al apego ansioso) se caracteriza por la sobrevaloración de la aceptación y aprobación social, complacencia y dependencia. La autonomía (similar al apego evitativo) sobrevalora la independencia, la autodeterminación, los logros, y el control (Robins et al., 1994). Siguiendo el paralelismo con los estilos de apego, es muy posible que la combinación de ambas variables esté

apuntando al apego desorganizado ya que parece identificar a los más vulnerables a nivel psicológico (Hernangómez, 2012).

Otra aportación que enriquece la comprensión del modelo de sí mismo es la diferenciación entre autoestima explícita e implícita, especialmente relevante cuando la persona está poniendo en marcha estrategias defensivas como es el caso del apego evitativo. En el ámbito de estilos personales, el estilo autónomo explicita un concepto de sí mismo positivo, aunque en medidas implícitas se observa una realidad bien distinta (Hernangómez, 2012). Esto lleva a sugerir que probablemente el autoconcepto del apego evitativo es positivo sólo en apariencia. Lo mismo sucedería con el modelo del otro, aparentemente positivo, en el apego ansioso: explicitará un predominio general de modelo positivo, pero es posible que a nivel implícito exista una construcción más negativa, que se activaría en las respuestas ambivalentes de enfado cuando la figura de apego frustra la necesidad de proximidad.

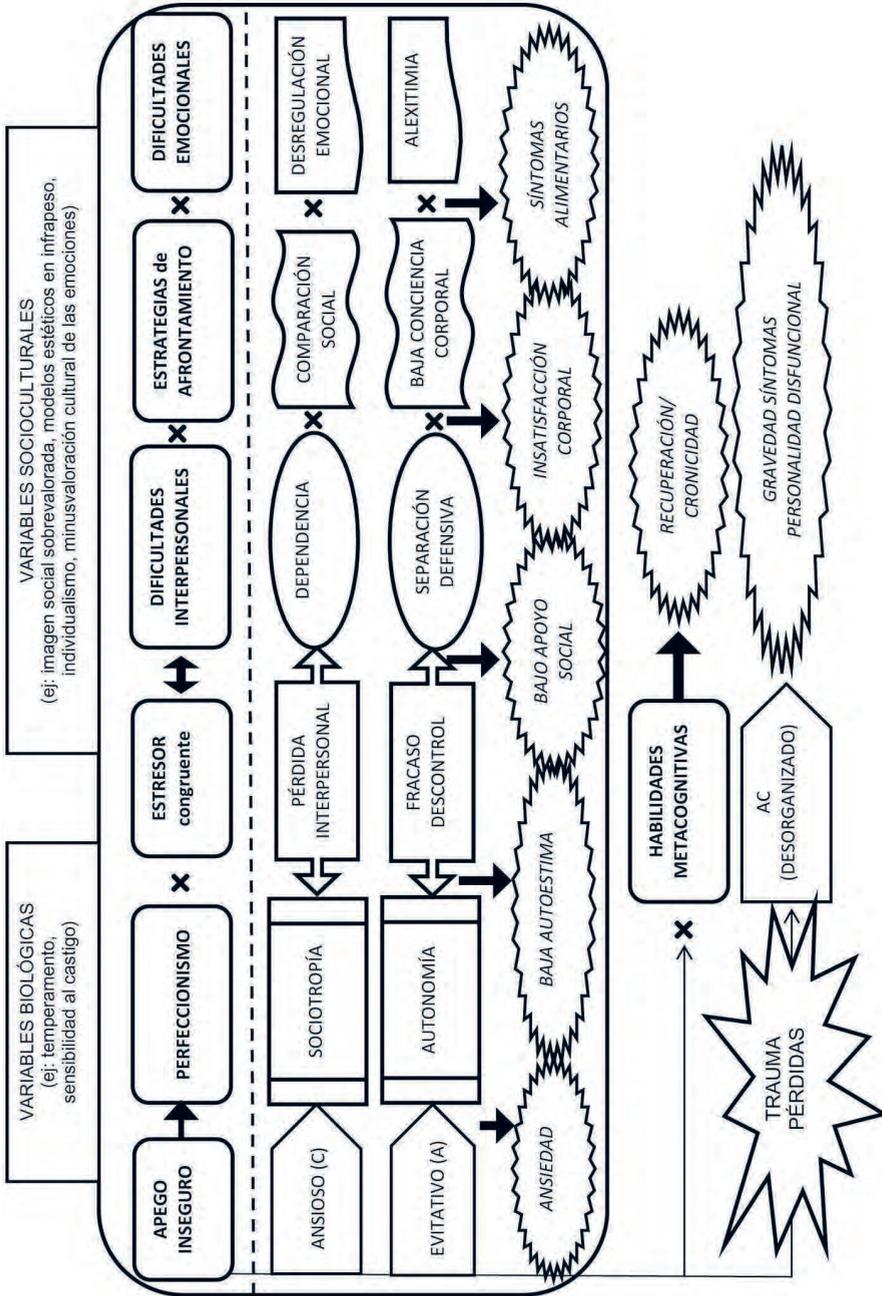
Estrategias de afrontamiento

En el área de investigación sobre apego y afrontamiento de estrés y duelo (e.g., Mikulincer y Shaver, 2003; Stroebe, Schut y Stroebe, 2005) se ha observado que el estilo de apego seguro se caracteriza por una flexibilidad entre estrategias centradas en emoción y acción mientras que en el estilo ansioso predomina una expresión emocional de características rumiativas, y en ocasiones indiscriminadas a nivel social. Coherente con lo encontrado en las investigaciones sobre estilo rumiativo (e.g., Nolen-Hoeksema, Stice, Wade y Bohon, 2007) el riesgo mayor del estilo ansioso sería el desarrollo de síntomas afectivos y un patrón de excesiva dependencia. Frente a lo anterior, el estilo evitativo se centra en estrategias de evitación emocional, conductual y cognitiva, pudiendo adoptar la forma de actividad compulsiva, con una sobreconfianza en los factores cognitivos o racionales y el riesgo de desarrollar síntomas en el orden de lo somático (sueño, alimentación, sexualidad, recrudescimiento de patologías orgánicas previas que pueden verse afectadas por estrés). Por último, el estilo desorganizado mostraría un afrontamiento caótico, caracterizado por la oscilación rígida y drástica entre uno y otro tipo de estrategias sin integración alguna (pasando de la negación emocional a la expresión desbordada).

Narrativas

Los aspectos de narrativa descritos en la tabla 1 están basados fundamentalmente en los estudios del equipo de Mary Main con la entrevista de apego adulto (George, Kaplan y Main, 1984, 1986, 1996), de gran utilidad en las entrevistas clínicas con la familia (ver revisión en Wallin, 2015).

Figura 1. Integración del modelo transdiagnóstico de Fairburn, Cooper y Shafran (2003, 2008) con el modelo de vulnerabilidad cognitiva en trastornos afectivos y las principales variables mediadoras entre apego inseguro y trastornos alimentarios.



APEGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: VARIABLES MEDIADORAS

En los primeros estudios sobre apego y trastornos alimentarios los esfuerzos se centraban en encontrar una conexión entre los diferentes estilos de apego inseguro y las categorías diagnósticas o tipos de síntomas, planteando la relación del apego evitativo con la sintomatología restrictiva y del apego ansioso con la sintomatología compulsivo-purgativa (Botella y Grañó, 2008). Sin embargo, la tendencia de los resultados empíricos ha sido no confirmar más allá de la relación de los trastornos alimentarios con apego inseguro como categorías generales. Si bien algunos autores se plantean que pueden influir las medidas empleadas o tamaño de las muestras (Zachrisson, Sommerfeldt y Skarderud, 2011), no debe olvidarse la elevada migración transdiagnóstica siendo minoría el subgrupo que se mantiene en el cuadro inicial de debut (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003, 2008). Esto hace que sea de mayor interés profundizar en las variables de vulnerabilidad comunes que explican tal migración entre patologías. En ese sentido, se ha pasado a conceptualizar el apego inseguro como variable transdiagnóstica que aumentaría el riesgo general de padecer un trastorno alimentario (Tasca, 2019; Ward, Ramsay, Turnbull, Benedettini y Treasure, 2000). De hecho, se ha demostrado la relación de niveles altos de inseguridad en el apego con conductas insanas a nivel alimentario en población general (Faber, Dubé y Knäuper, 2017). En población clínica, el apego inseguro se muestra como un predictor muy estable: a mayor inseguridad en el apego, peor gravedad de los síntomas (e.g., Dakanalis et al., 2014; Monteleone et al., 2017; Zachrisson y Skårderud, 2010) y peor funcionamiento en el tratamiento (Tasca, Ritchie y Balfour, 2011).

Ahora bien, el apego inseguro es un constructo demasiado amplio por lo que la investigación se ha redirigido a profundizar en las variables que median su relación con los trastornos alimentarios. Enriqueciendo los hallazgos en esas variables con la propuesta de procesos mantenedores del modelo transdiagnóstico de Fairburn et al. (2003, 2008) y las aportaciones del modelo de vulnerabilidad cognitiva en trastornos afectivos (e.g., Vázquez, Hernangómez y Hervás, 2008), la sugerencia es trabajar en el proceso psicoterapéutico los factores que se presentan esquemáticamente en la figura 1 y se explican a continuación. El orden puede ser utilizado para explicar la secuencia temporal de agravamiento progresivo de síntomas (desde afectivos pasando por alteración de la imagen hasta finalmente síntomas alimentarios).

- **Perfeccionismo.** El perfeccionismo es una variable transdiagnóstica multidimensional vinculada a otras variables mediadoras. Mantiene un posible origen en la **sensibilidad al castigo**, que predispone a una elevada **sensibilidad a la crítica y al rechazo**, lo que llevaría a intentar no cometer errores con el fin de evitar precisamente reproches (Monteleone et al., 2018). Esta vía sería más característica del apego ansioso (p.ej. De Paoli, Fuller-Tyszkiewicz y Krug, 2017), dado que apego ansioso y evitativo parecen funcionar de forma diferente en el perfeccionismo. Según las

características del apego ansioso, podríamos esperar que se centre en un perfeccionismo socialmente prescrito (en términos de Hewitt, Flett y Ediger, 1996), centrado en las expectativas que cree que los demás tienen sobre sí mismo, y que se exija más en el ámbito de las relaciones personales. En cambio, el apego evitativo podría acompañarse de perfeccionismo orientado a los demás (estilo exigente con otros, con las consiguientes decepciones confirmatorias de sus esquemas de desconfianza) y una autoexigencia orientada a las tareas (dado que minusvalora el ámbito socioafectivo). Las personas con un apego desorganizado serían las más graves dado que mantendrían un perfeccionismo tanto en el área interpersonal como en el área de autonomía y logros, con el aumento de exigencia que ello supone sin poder compensar con los recursos que cada estilo tiene.

- **Autoestima.** Aunque Fairburn et al. (2003, 2008) la plantean diferenciada del perfeccionismo como “baja autoestima”, sería importante vincularla con el concepto anterior, así como retomar la diferencia entre autoestima implícita y explícita y la discriminación entre autoestima como síntoma y como factor de vulnerabilidad (Roberts y Monroe, 1994). Dado que una persona perfeccionista confía en normas muy rígidas para autoevaluarse, sólo presentará una autoestima explícita positiva si siente que las cumple, aunque con constante tensión por la exigencia que suponen. En paralelo mantendría un autoconcepto negativo a nivel implícito (sin activar pero disponible), dispuesto a tomar el control en cuanto se desconfirme la visión positiva de sí: sería sólo entonces cuando se manifestaría la baja autoestima.
- **Significado de estresores vitales.** Los adultos ansiosos en apego son especialmente sensibles a las críticas o rechazos mientras que los evitativos son especialmente sensibles a las señales de intrusismo y control (Collins y Read, 1994). Así, podemos suponer que a un apego inseguro le afectarían situaciones que impliquen un significado de pérdida interpersonal (conflicto, rechazo, decepción, ruptura, lejanía o muerte) mientras que situaciones que bloquean logros o autonomía (situaciones incontrolables) activarían la vulnerabilidad del apego evitativo. Sin embargo, la mayoría de los estresores pueden tener una interpretación en uno u otro sentido (e.g., ruptura de pareja, pérdida de empleo), e incluso desde un observador externo puede no captarse un estresor (e.g., sucesos culturalmente connotados como positivos: casarse, independizarse, maternidad/paternidad, ascensos en el trabajo). Partiendo de ello, la recomendación es explorar profundamente el significado personal que los diferentes cambios vitales han tenido para el paciente (por ejemplo, la adolescencia).
- **Dificultades interpersonales y Red de apoyo social.** Los estilos interpersonales disfuncionales pueden generar *per se* situaciones difíciles

que constituyan una fuente de estrés, además de contribuir a interpretar de forma estresante sucesos que para otros no lo son. En este contexto, siendo el apoyo social una variable clave en la recuperación (e.g., Beutler et al., 2000), se precisa explorar la red de apoyo subjetivo del paciente y las posibles dificultades que encuentra en ella. Previsiblemente, un patrón predominante de apego ansioso se encontrará con los problemas derivados de un exceso de dependencia, como la sobrecarga y posible retirada de su red social, mientras que un patrón evitativo se encontrará con las consecuencias de su separación defensiva, encontrándose aislado o poco comprendido. Esto tendría el efecto de reducir el apoyo social percibido, contribuyendo como factor mantenedor o amplificador de la sintomatología afectiva.

- **Estrategias de afrontamiento.** Los estilos de afrontamiento adoptados por uno u otro patrón tienen como consecuencia un mayor riesgo de (1) *comparación social* e internalización de los modelos vigentes en los medios de comunicación por parte del *apego ansioso* (Bamford y Halliwell, 2009) y (2) *baja conciencia corporal (embodiment)* y, consecuentemente, emocional, más marcada en el *apego evitativo* (Monteleone et al., 2017). Es importante psicoeducar en la conexión de estas dificultades con la *insatisfacción corporal* para que entiendan por qué se sitúa como objetivo adicional de tratamiento una ampliación de sus estrategias usadas hasta el momento. Además, no debería dejarse sin análisis las relaciones con las figuras parentales: *figuras paterna y materna* pueden impactar sobre la insatisfacción corporal, aunque por mecanismos diferentes, en población clínica femenina (Grenon et al., 2016). El efecto de la relación con la madre es directo sobre la satisfacción corporal, lo que puede ser atribuible no sólo a la importancia del vínculo sino a otros procesos psicológicos como la identificación y los roles de género. En cambio, el de la figura paterna está mediado por el apego ansioso y la internalización de los medios de comunicación: una hija que percibe falta de afecto en la figura paterna aumenta su ansiedad en el apego, y con ello su necesidad de aprobación, y precisamente eso hace que sea más vulnerable ante fuentes externas como los medios de comunicación, con la consiguiente imagen corporal negativa (Tasca y Balfour, 2014). Interpretándolo en positivo: una relación cálida con la madre aumenta las posibilidades de satisfacción corporal, y la percepción de un padre presente y que aporta apoyo emocional podría proteger contra los efectos corrosivos de los medios de comunicación.
- **Intolerancia emocional.** Aunque ambos estilos de apego inseguro presentan problemas en la conciencia y regulación emocional, el apego evitativo se suele caracterizar por la *alexitimia* (Keating, Tasca y Hill, 2013) o por la represión y/o inhibición de emociones, por lo que se necesitará aumentar la conciencia y la expresión emocional (Tasca et al.,

2009), mientras que el apego ansioso necesitará más bien reducir la *hipervalencia y la expresión emocional* (Jakovina, Crnkovic-Batista, Razic-Pavicic, Zuric-Jakovina y Begovac, 2018). Es importante poder explicarles cómo esa ausencia de manejo emocional es responsable en gran parte de los síntomas de distorsión de la imagen y alimentarios, dado que tanto restricción como compulsión constituyen intentos disfuncionales de regular sensaciones y emociones por el impacto directo que tienen a nivel corporal (en términos de habilidades metacognitivas sería un intento de estrategias de dominio de primer nivel: intentar actuar sobre el estado problemático modificando el estado general del organismo).

- **Habilidades metacognitivas.** Estas capacidades serían las responsables de la mejoría, pero también de la cronicidad en caso de déficit. Siguiendo la definición de Carcione et al. (1997) (citado en Carcione y Falcone, 2002, p.25) entendemos por metacognición la capacidad para “realizar operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar dichos conocimientos con fines estratégicos para la resolución de problemas y el control de estados mentales específicos que son fuente de sufrimiento subjetivo”. El concepto de Fonagy de mentalización es similar, si bien muchos consideramos que la estructuración realizada por Carcione y Falcone (2002) de la función metacognitiva es más amplia y detallada, facilitando la comprensión de los diferentes procesos psicopatológicos y psicoterapéuticos. Otros conceptos próximos son la “conducta verbal autoclítica” en psicoanálisis funcional o la “defusión” en la terapia de aceptación y compromiso. Carcione y Falcone (2002) discriminan (a) auto-reflexividad; (b) comprensión de mente ajena (incluyendo descentramiento, esto es, ser capaz de reconocer que los pensamientos y sentimientos del otro pueden ser diferentes e independientes de los propios); (c) mastery o regulación (con diferentes niveles de complejidad). En su revisión sobre apego en trastornos alimentarios y sus aplicaciones a la psicoterapia, Tasca (2019) considera la mentalización una variable nuclear. Redondo y Luyten (2018) han demostrado que la mentalización claramente media entre apego inseguro y trastornos alimentarios, de modo que el apego inseguro se asociaría a niveles más bajos de mentalización, y estos niveles con mayor probabilidad de sintomatología. Sin embargo, Kuipers, van Loenhout, van der Ark y Bekker (2016) no encuentran un resultado tan claro, relacionando la baja mentalización con síntomas propios del trastorno límite de personalidad y las autolesiones, pero no con los síntomas alimentarios de las pacientes. De nuevo este dato nos lleva a la propuesta de pacientes más graves en categoría AC(D) que mantienen mayor gravedad no sólo de síntomas alimentarios sino también, y, sobre todo, a nivel de trastorno de personalidad (e.g., La Rosa, 2004).

- **Experiencias traumáticas.** Los estudios que han investigado la relación del apego con trastornos alimentarios coinciden en encontrar también una elevada frecuencia de traumas y pérdidas no elaboradas (Gander, Sevecke y Buchheim, 2015; O'Shaughnessy y Dallos 2009; Tasca et al., 2013; Zachrisson y Kulbotten, 2006). El abuso sexual y sobre todo el abuso físico se han visto relacionados con la distorsión de la imagen corporal, lo que puede interpretarse como un mecanismo disociativo ante el trauma (Treuer, Koperdák, Rózsa y Füredi, 2005). De nuevo a ello se suma la relación del apego desorganizado con este tipo de experiencias (Tasca et al., 2011). Es por tanto recomendable explorar de forma sistemática este área considerando que no podrá abordarse hasta que esté establecido un vínculo seguro con el terapeuta. Tanto en exploración como en intervención necesitaremos recordar que lo que está asociado al grado de desorganización no es la experiencia traumática en sí, sino el grado de elaboración de la misma, atendiendo a las dimensiones integradas de cognición, emoción, cuerpo y conducta.

Obsérvese que la síntesis de la figura 1, además de seguir la secuencia temporal del agravamiento, explicaría en parte la comorbilidad con síntomas afectivos. A modo aclaratorio, sigamos el inicio progresivo de un hipotético caso:

*Una niña con **apego inseguro**, predominantemente ansioso pero con rasgos también evitativos, complaciente, hiper-responsable, perfeccionista desarrolla unos **esquemas sociotrópicos y autónomos**, pero como cree cumplir sus exigencias (complacer a todos, mostrarse responsable con todo) su autoestima se muestra explícitamente positiva, aunque podríamos detectar ciertos niveles de **ansiedad**. Llega un **estresor vital** relevante: la adolescencia que supone, entre otras cosas, una mayor autonomía de los padres, capacidad cognitiva para analizarlos de una forma más crítica, enfrentarse a su propia identidad y proyecto de autonomía, sus relaciones, su sexualidad. Complacer a todos le empieza a parecer imposible: tiene sensación de **descontrol** ante los cambios que supone la adolescencia, pero no puede ponerle palabras, no entiende por qué se siente así. Empieza a bajar su **autoestima**, pero no puede confesar que no se encuentra bien, porque eso no es agradable para los demás: debe seguir manteniendo la imagen perfecta y, además, no le gusta hablar de sus emociones, siente bloqueo al hablar de ellas, la mayoría de las veces cree que no siente nada, se siente desmotivada sin saber por qué. La **falta de apoyo socioemocional subjetivo** amplifica sus síntomas depresivos. Buscando parámetros externos, **se compara** con otras chicas de su edad, cree que a todas les va mejor que a ella, y se fija en el físico: **no le gusta su cuerpo**. Descubre no sólo que puede hacer **conductas para intentar controlar** eso que no le gusta, sino que, mientras hace esas conductas (restricción-purga), el resto de sentimientos tan desbordantes desaparece, como si se parara por un momento*

la sensación de malestar: ha entrado ya en el ciclo de un trastorno alimentario.

APEGO, METACOGNICIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Dada la relación de los trastornos alimentarios con apego inseguro, Tasca et al. (2011) sugieren mantener dos focos en el tratamiento: síntomas y funcionamiento vincular. Ignorar la importancia de la relación terapéutica comprometería los resultados a nivel de síntomas a través de dos vías. La primera, el impacto directo negativo del apego inseguro sobre el proceso terapéutico, que se traduce en mayor probabilidad de abandono en el caso del apego evitativo y peores resultados terapéuticos en el caso del apego ansioso (Tasca y Balfour, 2014). La segunda, a través del deterioro de la función metacognitiva asociada a apego inseguro que sólo puede compensarse sobre la base de una relación terapéutica sólida (Semerari, 2002). Es posible que la elevada tasa de suicidios, fracasos y abandonos terapéuticos, la frecuente evolución transdiagnóstica y la tendencia a la cronificación puedan ser explicados en parte por tratamientos excesivamente centrados en el síntoma. Sin dejar de reconocer que los síntomas son especialmente angustiosos por el compromiso orgánico y funcional que suponen, necesitamos ampliar la perspectiva para que los tratamientos no sean sólo eficaces sino también, y, sobre todo, eficientes. Las aportaciones del estudio del apego nos ofrecen una reflexión en ese sentido.

La relación terapéutica mantiene muchas equivalencias con la relación de apego no sólo en la dimensión afectiva y de conductas interpersonales sino, y esto es de un especial interés para todo el proceso, en el plano metacognitivo. Si el terapeuta consigue desarrollar un vínculo seguro conseguirá una vía privilegiada para la reconstrucción de significados y procesos. Desde la relación de cuidado, el terapeuta le “presta” las representaciones que infiere sobre los procesos psíquicos del paciente (y las operaciones de regulación) hasta que éstas se integran en nuevas estructuras creadas por el propio paciente para comprender y regular sus procesos mentales, lo que Semerari (2002, p. 92) denomina “neoestructuras terapéuticas”. Se trata de un proceso progresivo en el que el objetivo, obviamente, es que esas estructuras se conviertan en independientes del terapeuta, adaptadas al sistema cognitivo propio del paciente. La dificultad máxima se encuentra en la siguiente paradoja: la metacognición sólo emerge plenamente en un contexto de apego seguro pero los propios déficits en habilidades metacognitivas obstaculizan la relación terapéutica, sucediendo esto en los pacientes más graves, como se ha visto en el ámbito de trastornos alimentarios (Tasca et al., 2011). Es fundamental, por tanto, trabajar constantemente la relación terapéutica tanto en términos de alianza (ver Safran y Muran, 2005) como en términos de transferencia y contratransferencia (ver Safran y Segal, 1994) y contextualizar las intervenciones en un marco comprensivo amplio de las habilidades metacognitivas deficitarias a potenciar en cada caso (Semerari, 2002).

Equipo terapéutico

En el ámbito de los trastornos alimentarios necesitamos hablar siempre de equipo terapéutico: el trabajo debe ser interdisciplinar no sólo por las características como trastorno mental grave sino por los desajustes fisiológicos que habitualmente implican. Frecuentemente se recomienda el trabajo de al menos dos psicoterapeutas en coordinación (e.g., La Rosa, 2004; Pascual, 2004), siendo la coordinación clave para la eficacia de las intervenciones (e.g., Borrego, 2000; Jáuregui, 2009; Kirszman y Salgueiro, 2002). Se recomienda también que los equipos sean capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo y seguir la evolución de los casos crónicos independientemente de los años transcurridos y de los fracasos terapéuticos previos (Guía de Práctica Clínica, MSC, 2009) permitiendo el retorno al tratamiento a pesar de los abandonos y facilitando la continuidad del equipo terapéutico (Tierney y Fox, 2009). En términos de apego, se trataría de facilitar que el equipo constituya un “refugio seguro” para la/el paciente.

Dificultades en la relación terapéutica

Las dificultades en la relación terapéutica con las personas que padecen un trastorno alimentario ha sido un tema recurrente en la literatura profesional y aunque a veces no se relacionara de forma explícita con las dimensiones del apego es interesante comprobar cómo, de hecho, las descripciones coinciden con el apego ansioso, el apego evitativo y, sobre todo, la combinación desorganizada de ambos. Ward et al. (2000) parten de que tanto la ansiedad como la evitación del apego están presentes en las pacientes con trastorno alimentario si bien priorizan un modelo u otro en función del momento en el que se encuentren. Esa simultaneidad de modelos llevaría a un dilema entre la búsqueda de cuidados propia del apego ansioso y la separación defensiva propia del evitativo. Ya Kirszman (1992) describía como dificultades básicas en el estilo interpersonal de las personas con trastorno alimentario: (1) la búsqueda de confirmación (lo que puede contaminar la relación terapéutica con constantes pruebas de aceptación y reconocimiento), (2) la hipersensibilidad a las críticas (lo que puede hacer que oculten sentimientos y opiniones sólo por el temor a un juicio negativo) y (3) la evitación de intimidad (lo que puede llevar a la ausencia de compromiso y “falsa comunicación”, con una aparente buena relación pero abandonos inesperados del tratamiento). Puede observarse cómo coinciden con dimensiones características del apego ansioso (1 y 2) y apego evitativo (3). Un cuarto problema frecuentemente descrito es el riesgo de entrar en luchas de poder, que podemos relacionar con el perfil evitativo por su contradependencia y necesidad de control. Basándose en Liotti (1994), La Rosa (2004) propone que cuanto más se desorganiza el apego, más se activaría la competitividad, incluso malinterpretando los intentos cooperativos del terapeuta.

Adaptación del formato de tratamiento

Tasca et al. (2011) concluyen que pacientes con patrón ansioso se beneficiarán más de terapias grupales y centradas en problemas interpersonales y de regulación afectiva. Asimismo, relacionan los abandonos, las dificultades para la cohesión grupal y la baja alianza terapéutica con el patrón evitativo. Ya Beck (1983) propuso que la sociotropía facilitaría una mejor respuesta a las intervenciones interpersonales y emocionales mientras que la autonomía se ajustaría mejor a intervenciones menos personales y más centradas en el problema. La descripción del paciente reactante o resistente desde la psicoterapia prescriptiva (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Beutler y Harwood, 2000, 2002) es en algunos aspectos similar a la de apego evitativo: desconfiado, opositor, controlador, con facilidad para entrar en luchas de poder, con tendencia al resentimiento. Según Beutler et al. (2000), el ajuste del tratamiento pasaría en este caso por reducir la directividad de las intervenciones, o bien por técnicas paradójicas como la prescripción del síntoma, que se ha utilizado en algunos casos con éxito precisamente en el ámbito de los trastornos alimentarios (e.g., Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Subjetividad del terapeuta

Es necesario también poner el foco sobre los *sentimientos del terapeuta* en respuesta a estas dificultades en el apego. En el caso del patrón mixto AC, podemos retomar el análisis de Ward et al. (2000) que señalan cómo experimentar dos mensajes simultáneos (“déjame” por vía verbal, pero “cuidame, no me dejes sola” por vía somática) conduce habitualmente a sentimientos de frustración e indefensión en el terapeuta. Inspirándonos en las propuestas de Safran y Segal (1994), aplicando nuestras propias habilidades metacognitivas como terapeutas podemos intentar reformular las dificultades relacionales desde la comprensión profunda del paciente y su historia (ver Wallin, 2015). Es posible que nuestros sentimientos negativos reflejen sus propios miedos, frustración e indefensión, o que nuestros sentimientos positivos reflejen su habilidad para complacer. Las manifestaciones de desafío y resistencia pasiva, aunque puedan provocar agresividad en terapeutas y personal sanitario, pueden ser entendidas como formas incipientes de independencia con el fin de romper el ciclo de pasividad y complacencia en el que se encontraban. Y, sobre todo, es importante no perder de vista que la manifestación de su ambivalencia en la relación terapéutica nos ofrece una oportunidad única para comprender un conflicto básico: el temor a vincularse y perder su identidad en la relación.

Basándose en las diferentes *orientaciones teóricas* de los terapeutas (cognitivo-conductual versus psicoanalítica), Daniel, Lunn y Poulsen (2015) también han analizado las reacciones de éstos frente a los diferentes estilos de apego de sus pacientes, encontrando que los psicoanalíticos sentían más indiferencia o aburrimiento con los evitativos, mientras que los cognitivo-conductuales tendían a sentirse sobrecargados con los de estilo ansioso. Aunque los autores concluyen que

el estilo de apego debería ser considerado al adjudicar al tipo de terapia, podemos ir más allá y pensar que realmente no sólo era el tipo de terapia sino sobre todo el *estilo personal del terapeuta* (EPT) lo que estaba en juego. De hecho, se ha comprobado que la orientación teórica es una variable altamente sensible para percibir diferencias estilísticas en el EPT (Martín, Ison y Gomez, 2018). Es posible que los terapeutas más orientados a la expresión emocional y a la implicación toleren mejor la sobrecarga que supone el estilo de apego ansioso, o al menos se sientan más motivados con ello, mientras que los terapeutas más orientados a trabajar el síntoma y la construcción de habilidades funcionen mejor con los pacientes evitativos. De hecho, retomando la sugerencia de coterapia que se comentaba más arriba, en los más graves, caracterizados por el estilo desorganizado, suele ser conveniente que cada terapeuta adquiera un rol diferente.¹

En la tabla 2 se sintetizan las implicaciones terapéuticas sugeridas en cuanto a los diferentes estilos de apego, debiendo recordar siempre que las tipologías son simplistas y no responden a la realidad, sino que constituyen un marco para la organización de información y la reflexión.

IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

Siguiendo la advertencia ya mencionada en la introducción respecto al riesgo de culpabilización de las familias, deberíamos tomar muy en serio el principio “*primum non nocere*” en cualquier intervención familiar. Incluso en los casos en los que se observen dinámicas claramente disfuncionales, necesitamos recordar la diferencia propuesta por Ringer y Crittenden (2007) entre intenciones, conductas y efectos: podemos contar con que las familias, en la inmensa mayoría de las ocasiones, lo han hecho lo mejor que han podido y sabido. La falta de aceptación de sus limitaciones por parte del terapeuta puede reforzar una posición muy poco sana en el paciente. Es más, es posible que las dinámicas que observamos no sean lo habitual, ya que la presencia de un trastorno alimentario en la familia es una circunstancia excepcionalmente estresante que puede llevar sus recursos de afrontamiento al límite. Afortunadamente, se ha ido adquiriendo una perspectiva cada vez más comprensiva con la familia, con un cambio de enfoque a intervenciones que pretenden movilizar los recursos de la familia más que centrarse en sus aspectos disfuncionales (Salgueiro y Kirszman, 2012), al igual que instrumentos de valoración centrados en sus habilidades como cuidadores (Hibbs et al., 2015). Un ejemplo de ello es la terapia familiar centrada en la emoción (EFFT), que propone trabajar los sentimientos de miedo y culpa en los padres con el fin de facilitar un aumento en su autoeficacia, lo que a su vez facilitaría su implicación en conductas funcionales de cuidado (Strahan et al., 2017). El modelo Maudsley de abordaje familiar (Treasure, Smith y Crane, 2007, 2016) se centra precisamente en los diferentes estilos de afrontamiento del problema y de la emoción, que pueden relacionarse fácilmente con los estilos de apego descritos previamente: la hiper-emocionalidad del estilo ansioso, la evitación del estilo evitativo, y la integración cognición-

Tabla 2.
Implicaciones terapéuticas de los diferentes estilos de apego inseguro.

	Riesgos en terapeuta	Riesgos en paciente	Medidas por el terapeuta	Objetivos terapéuticos añadidos	Objetivos con la familia
A-EVITATIVO	Minimizar su dolor emocional (por estilo negador e hiper-racional). Aburrimiento/Desinterés por falta de emocionalidad en discurso	Evitación experiencial en sesiones Falta de compromiso con el tratamiento Baja alianza terapéutica Abandono de la terapia	Reducir la directividad Expresión emocional moderada Empezar por objetivos: síntomas y habilidades Valorar técnicas paradójicas	Exposición gradual a conciencia emocional y expresión afectiva Aumento gradual de la conexión emocional con otros	Promover expresión de sentimientos y comunicación sobre las relaciones
C-ANSIOSO	Sobrecarga emocional Reaseguración Fomentar la dependencia	Ventilación emocional sin elaboración Rumiación Asiste pero el tratamiento no funciona: ¿Complacencia? ¿Interés sólo por el vínculo con terapeuta?	Facilitar asertividad en contexto terapéutico Aceptación, pero no reaseguración Reforzar la autonomía progresiva Valorar la posibilidad de formatos multipersona (terapia familiar, grupal)	Aprender a regular/modular la respuesta emocional y su expresión Asertividad (reducir miedo al rechazo y al abandono)	Promover narrativas coherentes
D-DESORGANIZADO	Ambos. Frustración Impotencia Desorientación.	Ambos. Abandono de la terapia "inesperados".	En función del estado del paciente	Ambos. Exploración y abordaje de posibles aspectos traumáticos en la biografía del paciente	Narrativa coherente sobre experiencias de trauma y duelos no elaborados.

emoción y conductas de supervisión con promoción de autonomía propias del apego seguro.

En el abordaje de las dificultades que pueden encontrar las familias, Dallos (2006) expone algunas orientaciones en función del estilo de apego. Así, con una familia en la que predominen estilos evitativos la orientación terapéutica sería alentar la expresión de sentimientos y pensamientos sobre las relaciones mientras que si predominan estilos ansiosos se orientaría a generar narrativas más coherentes y menos contradictorias. La propuesta general de Dallos (2006; Vetere y Dallos, 2012) es combinar los enfoques de apego y terapia narrativa para ayudar al sistema familiar a explorar sus experiencias desde una base segura: la terapia. Claramente, la exploración de experiencias entra dentro del ámbito metacognitivo (auto-reflexión sobre sus emociones, sus formas de relacionarse, sus experiencias previas, comprensión de mente ajena...) donde podemos extrapolar lo ya mencionado en el ámbito individual: los déficits metacognitivos obstaculizarán la relación terapéutica, pero cuidar la relación con la familia facilitará que avancen en habilidades metacognitivas necesarias para gestionar su afrontamiento del problema.

Una cuestión sin respuesta única es cómo incluir a la familia. Ringer y Crittenden (2007) proponen que la forma clásica de toda la familia junta no parece la más adecuada si se quiere promover la autonomía de la hija y facilitar espacios de privacidad a cada uno, así como, evitando triangulaciones, facilitar las relaciones directas. Ello se reforzaría desde un encuadre terapéutico que trabajara por díadas (padres, hermanas, padre-hija, madre-hija...), siendo recomendable al menos una pareja de terapeutas. Se debe recordar además que no se recomienda el formato conjunto cuando los niveles de hostilidad y crítica son elevados en la familia, sugiriéndose dejarlo para etapas en las que la preocupación con el trastorno alimentario no es tan intensa (Le Grange y Eisler, 2009).

Incluso cuando la familia no está presente, trabajamos con la familia, y este paso es más necesario cuanto más grave es la disfuncionalidad de los patrones relacionales: el apoyo para reinterpretar las experiencias pasadas, dotarlas de un marco explicativo, más compasivo consigo misma y con los otros, puede facilitar un distanciamiento de los esquemas interpersonales disfuncionales y una apertura a nuevas experiencias que puedan ser interpretadas en función de nuevos modelos de relación más sanos. Para que este trabajo tenga un sentido debe ser experiencial y conectado con los parámetros observados en la relación terapéutica. No se debe olvidar además que el trabajo de figuras parentales incluye la figura paterna, a pesar del tradicional énfasis en la materna (Ruiz, Vázquez, Mancilla, Viladrich y Halley, 2013).

Una cuestión especialmente complicada es la frecuencia de traumas o pérdidas no resueltas en los progenitores o conflictos no reconocidos entre los padres (Ringer y Crittenden, 2007): los silencios provocan atribuciones erróneas, habitualmente en términos de culpa en la paciente. Además, la disociación producida por estos traumas no elaborados reduciría la capacidad materna/paterna para responder de

forma sensible, contribuyendo así a la transmisión transgeneracional del trauma (Iyengar, Kim, Martinez, Fonagy y Strathearn, 2014). Dallos y Denford (2008) explican cómo el patrón transgeneracional no siempre es una repetición, sino que en ocasiones se convierte en un guión correctivo aplicado de forma rígida e inflexible por padres que intentan una relación más cálida con sus hijos pero carecen de experiencias emocionales de su propia infancia para contener determinadas crisis, como las dificultades en la adolescencia. Vetere y Dallos (2012) proponen abordarlo en entrevistas conjuntas de tipo exploratorio (mediante genogramas, esculturas familiares...). Ello no es incompatible con la advertencia de Ringer y Crittenden (2007) respecto a los riesgos de desvelar secretos familiares: no es nuestro objetivo arrastrar a las madres/padres a su pasado sino más bien ayudarles a enfrentar su presente y futuro, por lo que necesitaremos encontrar la posibilidad de hablar sin destrozarnos a los progenitores, lo suficiente para que su hija pueda entender y reformular los vacíos que dejaron esos traumas y pérdidas no resueltas y efectuar una “brecha” en esa transmisión intergeneracional (van IJzendoorn, 1995, p.387).

CONCLUSIONES

La revisión realizada nos deja conclusiones básicas contundentes: la necesidad de ir más allá de un tratamiento sintomático y establecer un foco constante en la relación terapéutica, así como redefinir el rol de la familia adoptando un enfoque salutogénico que refuerce sus recursos y sus expectativas de autoeficacia frente a trastornos complejos de comprender y de abordar para todos. Animaría a reflexionar sobre un tercer aspecto, estableciendo el foco sobre los propios terapeutas. A menudo construimos teorías sobre pacientes y familias, implícitas o explícitas, demasiado simplistas, lo que empobrece nuestro trabajo cuando no lo convierte directamente en iatrogénico. Frente a ello, el conocimiento que nos aportan los datos revisados es muy amplio, marcándonos la importancia de considerar múltiples variables y adaptarnos a las diferencias individuales en nuestra tarea tanto investigadora como clínica. No renunciemos entonces a esa complejidad de nuestros pacientes y sus familias, no renunciemos a co-construir el conocimiento una y otra vez en cada consulta, no renunciemos a la riqueza del ser humano. Al fin y al cabo, eso es lo que convierte nuestra profesión en apasionante y novedosa cada día.

Notas

- ¹ Agradezco a la doctora Diana Kirszman su supervisión a nuestro equipo de adultos en este sentido: a veces una cuestión es saberse la teoría y otra muy diferente aplicarla.

Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Atwool, N. (2006) Attachment and Resilience: Implications for Children in Care. *Child Care in Practice*, 12(4), 315-330. doi: 10.1080/13575270600863226
- Bamford, B. y Halliwell, E. (2009). Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non clinical female population. *European Eating Disorders Review*, 17, 371-379. doi:10.1002/erv.951
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*. Nueva York, NY: Raven Press.
- Bell, L. y Rushforth, J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada: un programa para personas con trastornos alimentarios*. Madrid, España: Alianza.
- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., y Harwood, T. M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 25-33.
- Beutler, L. E. y Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy. A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal. Study Child*, 29, 107-157.
- Botella, L. y Grañó, N. (2008). La construcción del apego, la cohesión diádica y la comunicación en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 291-301.
- Borrego, O. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(2), 44-50.
- Brennan, K. A., Shaver, P. R. y Tobey, A. E. (1991). Attachment styles, gender and parental problem drinking. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 451-466.
- Carcione, A. y Falcone, M. (2002). El concepto de metacognición como constructo clínico fundamental para la psicoterapia. En A. Semerari (comp.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 23-54). Bilbao, España: DDB.
- Collins, N.L. y Read, S.J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol 5, pp. 53-90). London, Reino Unido: Jessica Kingsley.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona, España: Herder.
- Crittenden, P. M. (2006). A Dynamic Maturational Model of Attachment. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 27, 105-115. doi:10.1002/j.1467-8438.2006.tb00704.x
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., Riva, G. y Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176-184. doi:10.1016/j.psychres.2013.10.039
- Dallos, R. (2006). Attachment Narrative Therapy: integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 26, 40-66.
- Dallos, R. y Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 305-322.
- Daniel, S. I. F., Lunn, S. y Poulsen, S. (2015). Client attachment and therapist feelings in the treatment of bulimia nervosa. *Psychotherapy*, 52(2), 247-257.
- De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., y Krug, I. (2017). Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1273-1284. doi:10.1002/cpp.2092

- Demidenko, N., Tasca, G. A., Kennedy, N, y Bissada, H.(2010).The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29,1131–1152. doi:10.1521/jscp.2010.29.10.1131
- Faber A., Dubé L. y Knäuper B. (2017). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population, *Appetite*, 123, 410-438. doi: 10.1016/j.appet.2017.10.043
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders (“CBT-E”): An overview. En C. G Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders* (pp. 23-34). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Feeney, J., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. En M. B. Sperling y W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Theory, assessment and treatment* (pp. 128-152). Nueva York, NY: Guilford.
- Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J. y Target, M. I. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York, NY: Other Press.
- Gander, M., Sevecke, K. y Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01136
- Gartstein, M. A. e Iverson, S. (2014). Attachment security: the role of infant, maternal, and contextual factors. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56031293008>
- Gray, M., y Steinberg, L. (1999). Unpacking Authoritative Parenting: Reassessing a Multidimensional Construct. *Journal of Marriage and Family*, 61(3), 574-587. doi:10.2307/353561
- Grenon, R., Tasca, G. A., Maxwell, H., Balfour, L., Proulx, G. y Bissada, H. (2016). Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*, 19, 49–56. doi:10.1016/j.bodyim.2016.08.005
- Grolnick, W. S. (2003). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria* (Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.
- Halle, T. G. (2003). Emotional development and well-being. En M. H. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes y K. A. Moore (Eds.), *Crosscurrents in contemporary psychology. Well-being: Positive development across the life course* (pp. 125-138). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hernangómez, L. (2012). *Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: Relación entre sesgos atencionales, auto-representación y síntomas depresivos*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España). Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/16407/1/T33908.pdf>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. y Ediger, E. (1996). Perfectionism and Depression: Longitudinal Assessment of a Specific Vulnerability Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 276-280.
- Hibbs, R., Rhind, C., Salerno, L., Lo Coco, G., Goddard, E., Schmidt, U., Micali, N., Gowers, S., Beecham, J., Macdonald, P., Todd, G., Campbell, I. y Treasure, J. (2015). Development and validation of a scale to measure caregiver skills in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 290-297. doi:10.1002/eat.22362
- Iyengar, U., Kim, S., Martínez, S., Fonagy, P., y Strathearn, L.(2014).Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of reorganization. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.00966
- Jakovina, Crnkovic-Batista, Razic-Pavicic, Zuric-Jakovina y Begovac (2018): Emotional Dysregulation And Attachment Dimensions In Female Patients With Bulimia Nervosa. *Psiquiatria Danubina*, 30(1), 72-78. doi:<https://doi.org/10.24869/psyd.2018.72>
- Jáuregui, I. (2009). Cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10, 1086-1100.
- Keating, L., Tasca, G. A. y Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(3), 366–373. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.06.013
- Kirszman, D. y Salgueiro, C. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA.

- Kirszman, D. (1992). Trastornos alimentarios: Paradoja de la abundancia. *Revista de Clínica Psicológica*, 1(2), 150-155.
- Kuipers, G. S., van Loenhout, Z., van der Ark, L. A. y Bekker, M. H. J. (2016). Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attachment & Human Development*, 18(3), 250-272. doi:10.1080/14616734.2015.1136660
- La Rosa, C. (2004). Anorexia y bulimia: una perspectiva cognitivo-evolucionista. *Revista de Psicoterapia*, 15(58-59), 55-74. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/anorexia-y-bulimia-una-perspectiva-cognitivo-evolucionista.html>
- Le Grange, D. y Eisler, I. (2009). Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 159-173. doi:10.1016/j.chc.2008.07.004
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/desoriented attachment pattern. En T. Brazelton y M. W. Yoman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Martín, L., Ison, M. y Gómez, B. (2018). Estilo Personal del Terapeuta: estado actual (1998 – 2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica XXVII(III)*, 466-477. doi: 10.24205/03276716.2018.1082
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2003). The Attachment Behavioral System in Adulthood: Activation, Psychodynamics, and Interpersonal Processes. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 35, (pp. 53-152). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. Recuperado de: <https://bit.ly/2S73bWR>
- Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stanghellini, G., Monteleone, P., Treasure, J. y Maj, M. (2017). Embodiment Mediates the Relationship between Avoidant Attachment and Eating Disorder Psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 25, 461-468. doi: 10.1002/erv.2536
- Murphy, B. y Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 22(6), 835-844. doi:10.1016/s0191-8869(96)00277-2
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. y Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198-207. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.198>
- O'Shaughnessy, R. y Dallos, R. (2009). Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(4), 559-574. doi:10.1177/1359104509339082
- Pascual, J. L. (2004). Tratamiento integrado de los trastornos de la conducta alimentaria desde una óptica cognitivo-evolutiva. *Revista de psicoterapia*, 15 (58/59), 165-189. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/tratamiento-integrado-de-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-desde-una-optica-cognitivo-evolutiva.html>
- Redondo, I. y Luyten, P. (2018). The mediating role of mentalizing between attachment and eating disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 202-223. doi: 10.1521/bumc.2018.82.3.202
- Ringer, F. y Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130. doi:10.1002/erv.761
- Roberts, J. E. y Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 161-181.
- Robins, C. J., Ladd, J. S., Welkowitz, J., Blaney, P. H., Diaz, R. y Kutcher, G. (1994). The Personal Style Inventory: Preliminary new measures of sociotropy and autonomy. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 227-300.
- Ruiz, A. O., Vázquez, R., Mancilla, J. M., Viladrich, C. y Halley, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao, España: DDB.
- Safran, J. D. y Segal, Z. V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Salgueiro, M., y Kirszman, D. (2012). Intervención Multinivel en el Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria: El rol de la familia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (2), 161-171.
- Semerari, A. (2002). La relación terapéutica y la técnica de la entrevista. En A. Semerari (comp.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica* (pp. 81-119). Bilbao, España: DDB.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W. y Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43(3), 633-646. <https://bit.ly/2q1hsaW>
- Soenens, B., Vansteenkiste, M. y Sierens, E. (2009). How Are Parental Psychological Control and Autonomy Support Related? A Cluster Analytic Approach. *Journal of Marriage and Family*, 71, 187-202. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00589.x

- Strahan, E. J., Stillar, A., Files, N., Nash, P., Scarborough, J., Connors, L., Gusella, J., Henderson, K., Mayman, S., Marchand, P., Orr, E.S., Dolhanty, J. y Lafrance, A. (2017). Increasing parental self-efficacy with emotion-focused family therapy for eating disorders: a process model. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 256-269. doi: 10.1080/14779757.2017.1330703
- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9(1), 48-66.
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current Opinion in Psychology*, 25, 59-64. doi:10.1016/j.copsyc.2018.03.003
- Tasca, G. A. y Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 710-717. doi:10.1002/eat.22302
- Tasca, G. A., Ritchie, K. y Balfour, L. (2011). Implications of Attachment Theory and Research for the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *Psychotherapy*, 48(3), 249-259. doi: 10.1037/a0022423
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A. y Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926-933. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>.
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Kryszanski, V., Balfour, L. y Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662-667. doi:10.1016/j.paid.2009.06.006
- Tierney, S. y Fox, J. R. E. (2009). Chronic anorexia nervosa: A Delphi study to explore practitioners' views. *International Journal of Eating Disorders*, 42(1), 62-67.
- Treasure, J., Smith, G. y Crane, A. (2016) (2ªed). *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder. The New Maudsley Method*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Treuer, T., Koperdák, M., Rózsa, S. y Füredi, J. (2005). The impact of physical and sexual abuse on body image in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 106-111. doi:10.1002/erv.616
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Vaughn, B. E. y Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament: Redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 198-225). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Vázquez, C., Hernangómez, L. y Hervás, G. (2008) Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez-Barquero, J. Ayuso y J. Artal (Eds.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos* (pp. 21-33). Barcelona, España: Masson & Elsevier.
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Madrid, España: Morata.
- Wallin, D. J. (2015). *El apego en psicoterapia*. DDB, España: Bilbao.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M. y Treasure, J. (2000). Attachment patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370-376. doi:10.1002/1098-108X(200012)28:4<370::AID-EAT4>3.0.CO;2-P
- Zachrisson, H. D. y Kulbotten, G. R. (2006). Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating and Weight Disorders* 11, 163. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/BF03327567>
- Zachrisson, H. D. y Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18, 97-106. doi:10.1002/erv.999
- Zachrisson, H. D., Sommerfeldt, B. y Skårderud, F. (2011). What you use decides what you get: Comparing classificatory procedures for the Adult Attachment Interview in eating disorder research. *Eating and Weight Disorders*, 16(4), 285-288. doi:10.1007/bf03327474
- Zakeri, H. y Karimpour, M. (2011). Parenting Styles and Self-esteem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 758-761. doi:10.1016/j.sbspro.2011.11.302

APEGO Y ORGANIZACIONES LÍMITE: AJUSTES EN PSICOTERAPIA

ATTACHMENT AND BORDERLINE ORGANIZATIONS: ADJUSTMENTS IN PSYCHOTHERAPY

Ignacio Serván García

Psicólogo clínico y psicoterapeuta

Director en CEPA: Centro Especializado en Psicoterapia y Apego, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serván García, I. (2018). Apego y Organizaciones Límite: Ajustes en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 93-109.

Resumen

El objetivo de este artículo es integrar las diferentes aportaciones del campo del apego a la comprensión del desarrollo de las personalidades limitrofes, así como utilizar esta perspectiva de forma transversal para organizar y sistematizar los ajustes necesarios en la técnica habitual en psicoterapia e incrementar su eficacia. Se propone una ampliación de la comprensión de la génesis de estos trastornos, más allá del periodo crítico en torno al segundo año de vida, incorporando una mirada dimensional y abarcando la complejidad de las distintas etapas del desarrollo. Los ajustes terapéuticos propuestos se organizan en dos campos: la construcción del tratamiento y el trabajo sobre la relación terapéutica, prestando especial atención a los ciclos de ruptura y reparación de la alianza. Finalmente se propone como hipótesis la conveniencia de considerar diferentes formas de organización, ocultas bajo la etiqueta general de desorganización, para realizar intervenciones más específicas, y así incrementar la eficacia de las intervenciones genéricas.

Palabras clave: Trastorno límite de personalidad, Apego desorganizado, Psicopatología evolutiva, integración en psicoterapia.

Abstract

The aim of this article is to integrate the different contributions from the field of attachment to improve understanding of the development of borderline personalities, as well as to use this perspective, in a transversal manner, to organize and structure the necessary adjustments in the usual technique in psychotherapy and increase effectiveness. A widening of the understanding of the origin of these disorders is proposed, beyond the critical period around the second year of life, introducing a dimensional perspective and considering the complexity of the different stages of development. The proposed therapeutic adjustments are organized in two areas: the construction of the therapy and the work on the therapeutic relationship, paying special attention to the alliance's rupture and repair cycles. Finally, it is proposed as a hypothesis the convenience of considering different forms of organization, hidden under the general label of disorganization, making interventions more specific, thus increasing the effectiveness of generic technique.

Keywords: Borderline personality disorder, Disorganized attachment, Developmental psychopathology, Psychotherapy integration.

Fecha de recepción: 31 de julio de 2018. Fecha de aceptación: 16 de agosto de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: nservan@gmail.com

Dirección postal: C/ Fernán González 38, bajo A. 28009, Madrid, España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) representa una de las entidades que suscitan un mayor interés por parte de clínicos e investigadores de la salud mental durante los últimos treinta años. Hace casi veinte que J. Gunderson (2002) señalaba el incremento logarítmico de publicaciones al respecto que se había producido a finales del siglo XX y ha perdurado a primeros del XXI, debido en parte a la relación de esta patología con las condiciones sociales de nuestro tiempo (para una revisión ver Rodríguez Cahill, 2015).

Nosológicamente es una entidad compleja que ha sido considerada desde diferentes perspectivas: como organización de personalidad fronteriza entre neurosis y psicosis (Kernberg, 1979), como síndrome clínico (Grinker, 1968), como trastorno (Spitzer et al., 1979), y recientemente como un nivel de funcionamiento intra e interpersonal con diferente umbral de activación individual (Cancrini, 2007). Otros autores (Bergeret, 2005; Heinrich, 1997), prefieren describirlos como *a-estructuraciones* de la personalidad.

La descripción clínica es amplia, siendo la heterogeneidad de las manifestaciones una de las características principales, hasta el punto de que algunos autores (Stone, 2007) han descrito los trastornos de la personalidad como un *conjunto borroso*. El TLP representa el paradigma de esta concepción, como señala Parnas (1994, p. 29): “con los datos disponibles, el trastorno límite de personalidad es un marcador de severidad e inestabilidad inespecífica distribuido de forma amplia y dimensional.”

La expresión es múltiple, los pacientes presentan elevados niveles de comorbilidad, tanto simultánea como secuencial (Cervera et al., 2005) y un curso heterogéneo y difícilmente previsible. Habitualmente se describen alteraciones en las siguientes funciones:

1. **Regulación emocional:** vulnerabilidad emocional y dificultades para la autorregulación, elevados índices de malestar y tendencia a utilizar sus intensos estados emocionales coercitivamente; estados depresivos y panangustia.
2. **Desempeño interpersonal:** estilo de vinculación paradójico, hiper/hipoactivación del apego. Intolerancia a la soledad y preocupación por el abandono. Petrificación epistémica.
3. **Funcionamiento cognitivo y metacognitivo:** funcionamiento cognitivo caprichoso, representaciones opuestas no integradas del self y otros, problemas con la constancia objetal, déficits de mentalización y disfunciones en otras habilidades metacognitivas como la función narrativa y la conciencia.
4. **Integración de la identidad y disociación:** experiencias de vacío, frecuentes experiencias de despersonalización y desrealización, estados del self y estados mentales escindidos, identidad corporal y sexual poco integrada, etc.

5. **Control de impulsos:** conductas temerarias, autolesiones, elevada suicidalidad, consumo de sustancias, atracones, conductas de riesgo, gastos, agresividad, etc.
6. **Juicio de realidad:** microepisodios psicóticos, pérdidas breves del juicio de realidad.
7. **Afrontamiento desadaptativo y dificultad para el autocuidado**

Los distintos modelos etiológicos tienden a focalizarse en uno de estos aspectos y considerarlo como el elemento central en el trastorno, así, citando solo los tratamientos con mayor apoyo empírico (Choi-Kain, 2017), la terapia dialéctico conductual y el STEPPS se centran en la desregulación emocional, la terapia basada en la mentalización en la disfunción metacognitiva, la terapia centrada en esquemas en las representaciones interiorizadas acerca de las relaciones y en los estados del self disociados; y la terapia focalizada en la transferencia en la difusión de la identidad y el funcionamiento defensivo primitivo.

Tras unos años iniciales centrados en demostrar empíricamente la eficacia de sus terapias, los investigadores de estos grupos aportan datos que evidencian cómo el trabajo sobre una de estas funciones produce mejoras indirectamente en las demás, lo que apoya una idea enunciada por Giovanni Liotti (2001, p.142):

Es posible identificar un proceso mental unitario que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego (dinámicas de separación), y del cual emergen tanto una representación múltiple y disociada del sí mismo como una dificultad para reconocer y regular los estados mentales (incluidas las emociones). Este proceso unitario se conoce como Desorganización del Apego

La respuesta a la psicoterapia estándar es escasa, el objetivo de este artículo es utilizar la teoría del apego para comprender el desarrollo de las organizaciones borderline y proponer un abanico de ajustes en la técnica de intervención para prevenir terminaciones prematuras e incrementar las posibilidades de eficacia.

Desarrollo Evolutivo

La aproximación evolutiva resulta fundamental en la comprensión de aquellos trastornos en los que la personalidad y la identidad están alteradas (Cicchetti, 2014). Se ha dado especial importancia en la génesis de estos cuadros al periodo comprendido entre el final del primer y del quinto año de vida, la investigación de las últimas décadas confirma la importancia de esta etapa anticipada por los psicoanalistas, integrando información procedente de la psicología cognitiva, la epigenética, las neurociencias y el evolucionismo. Durante este periodo se instauran las funciones que se muestran deficitarias en las personalidades limítrofes (Fonagy et al., 2007). Se trata de un compendio de habilidades interrelacionadas que tradicionalmente se incluían bajo el concepto de constancia objetal, un constructo difuso, como señalan Blom y Bergman (2013).

Lo esencial para el desarrollo adaptativo de estas funciones es un contexto

interpersonal adecuado, el desarrollo emerge cuando el maternaje reúne una serie de condiciones que permiten la exploración y consolidación de nuevos procesos. La sensibilidad hacia los estados internos del niño, la disponibilidad y responsividad (Fonagy, 2004), la consistencia en el cuidado, el reconocimiento del niño como individuo con iniciativa (Meins, 2002), y la reparación de las inevitables rupturas en la sintonía (Holmes, 2017; George y Solomon, 1999), son característicos de las relaciones más favorecedoras.

Dos constructos provenientes del estudio de reuniones y separaciones con el cuidador en este periodo han sido utilizados para sustentar teóricamente la patogénesis borderline: la crisis de reaceramiento (Mahler, 1972) y el apego desorganizado (Main y Solomon, 1986). Desde la teoría del apego y la teoría cognitiva del desarrollo se han producido críticas fundadas a la teoría de Mahler (Lyons-Ruth, 1991; Gergely, 2000). Las principales objeciones sobre el reaceramiento son:

- **Considerar este periodo de ambivalencia como una etapa del desarrollo normal:** Mahler observó una muestra pequeña, hay numerosos estudios con muestras amplias que reflejan que las conductas ambivalentes: a) suceden en una minoría de los niños y b) se producen especialmente en diadas en las que la relación previa entre madre e hijo es menos positiva y el estilo de apego no es seguro. La adaptación en este periodo puede derivar en parte del cuidado recibido durante el mismo, pero también refleja parcialmente los cuidados previos y el apego establecido anteriormente (Sroufe et al., 2005).
- **Atribuir la ambivalencia a la pérdida de omnipotencia:** La omnipotencia es considerada un constructo teórico alejado de la experiencia infantil, y la evidencia apoya que la ambivalencia y la desorganización aparecen principalmente asociadas a variables del cuidador como la insensibilidad, la inconsistencia o la activación de estados mentales irresueltos, y no a variables infantiles. La flexibilidad del cuidador para adaptarse a los cambios en las necesidades del niño en esta etapa de transición será crucial.

Los modelos basados en la teoría del apego inciden especialmente en la desorganización del apego como precursor y elemento primordial en la génesis distal del trastorno. Plantean, resumiendo sus aportaciones, que la desorganización/desorientación se produce cuando el cuidador se convierte también en fuente de amenaza para el niño. En algunos casos esto se produce a través del maltrato o la negligencia, en otros es un proceso más sutil que pasa por la activación en la relación de crianza de estados mentales irresueltos en el cuidador, estados disociados procedentes de duelos o traumas antiguos, en algunos casos transmitidos intergeneracionalmente. Son estados de hostilidad o pavor que se activan en la interacción cuando el niño necesita ayuda para su regulación. Estos estados, que se reflejan en la expresión emocional y no son marcados como propios del cuidador, generan un estado de amenaza y temor en el niño. De este modo, la figura buscada como fuente de protección es percibida simultáneamente como fuente de peligro,

dejando al menor en un estado de miedo sin solución posible, con activación simultánea de disposiciones opuestas, y sin poder organizar una respuesta congruente para obtener seguridad o regulación, lo que le lleva a desplegar conductas contradictorias, comportamientos aparentemente sin sentido y sufrir marcados virajes atencionales, resultando difícil recuperar la homeostasis y un vínculo que facilite la exploración y el desarrollo.

A partir de este punto los modelos difieren en los aspectos del desarrollo que enfatizan, pero todos comparten la idea de que estos estados interfieren en la constitución de las habilidades metacognitivas, la regulación emocional y las representaciones internalizadas de las relaciones y las personas, que serán escasamente integradas. Esto supondrá un elevado coste para el desempeño social y la constitución de la identidad en los siguientes años, generando una elevada vulnerabilidad.

Propongo que estos aportes pueden ser útiles, entendidos como mitos que encierran una representación sencilla del conflicto borderline, pero:

1. Proporcionan una perspectiva engañosa, presuponiendo una continuidad evolutiva poco explicada y desatendiendo el desarrollo en periodos posteriores.
2. Se basan en una tendencia mayoritaria dentro del estudio del apego, la aproximación categorial, lo que comporta una serie de limitaciones.

Esto ha provocado críticas (Blum, 2004), y, especialmente, hace que resulte difícil explicar la relación asimétrica que mantienen la desorganización del apego y los trastornos borderline:

- La mayoría de los borderline presentan desorganización del apego o historia de apego altamente inseguro con traumas añadidos (Fonagy y Lorenzini, 2014).
- Sólo una minoría de los sujetos con historia de desorganización en la infancia desarrolla una personalidad limitrofe. El apego desorganizado es un predictor moderado/débil de este tipo de problemas en la adultez (Grangvist et al., 2017).

Este artículo propone una ampliación de nuestra comprensión desde la idea de fijación, más o menos explícita, hacia la complejidad del desarrollo evolutivo. Existe una tendencia a sobreutilizar el constructo apego desorganizado (Crittenden, 2001; Grangvist et al., 2017), la evidencia indica que se puede considerar tan solo como un factor de vulnerabilidad y debemos descartar un efecto dominó sobre el desarrollo (Lyons-Ruth et al., 2013). Los datos señalan que las trayectorias de conducta son más significativas que las dificultades manifiestas en un momento dado, desadaptación predice desadaptación, y en general la adversidad acumulativa tiene efecto más negativo que la adversidad por sí misma (Ogawa, 1997), por lo que conviene regresar a Bowlby y la idea de *sendas evolutivas*. Tal y como explica Sroufe (2009, p. 181):

La psicopatología (...) deriva de las sucesivas adaptaciones del individuo

a su entorno a través del tiempo, sirviendo cada adaptación para proveer un cimiento para la siguiente. De este modo, resultan de interés los procesos convergentes que inician caminos desadaptativos y los procesos que mantienen a los sujetos en el camino hacia el trastorno o les desvían de nuevo hacia un funcionamiento normal

Una de las ampliaciones más aceptadas es la que propone G. Liotti (2004): la desorganización del apego y las representaciones internalizadas generan una vulnerabilidad en el desarrollo que les hace más proclives a la disociación si los sujetos son expuestos posteriormente a nuevas experiencias traumáticas. Si esto sucede, se facilitaría el camino hacia la disociación estructural de la personalidad o self fragmentado.

Tratando de especificar los factores involucrados en este proceso, K. Lyons-Ruth (2013) ha realizado estudios longitudinales desde la infancia en personas diagnosticadas de trastorno límite. Describe diferentes evoluciones desde la desorganización del apego hacia diferentes estilos vinculares y de regulación en la media infancia: controlador-cuidador y controlador-punitivo, que se mantienen en la adolescencia (Obsuth et al., 2014). La principal variable predictiva que identifica empíricamente para la organización borderline y la suicidalidad en la primera juventud es el *retraimiento parental* a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, la abdicación más o menos explícita de las funciones maternas, que deja al niño desguarnecido y teniendo que recurrir a estrategias controladoras para mantener el vínculo y regular sus estados internos. El papel de las transacciones en escalada entre la necesidad de ser regulado del niño y la retirada parental sería el factor con mayor peso diferencial.

Patricia Crittenden discrepa sobre el papel central de la regulación afectiva con Lyons-Ruth, y ha elaborado un modelo dimensional y madurativo con un gran fundamento científico, el DMM-A (ver Valero, 2018, en este mismo número). Es crítica con la desorganización del apego (2001, 2011): señala la vaguedad de este constructo, que puede enmascarar diferentes estrategias de organización o estrategias mezcladas, y apunta que considerarlo como una única categoría puede limitar la especificidad de nuestras intervenciones. El DMM-A diferencia organización de integración: partiendo de las estrategias básicas en la primera infancia, se produce un incremento de la organización y complejidad de las mismas, producto del desarrollo madurativo y la experiencia acumulada. En condiciones adversas se desarrollarán diferentes sub-estrategias que mantienen información relevante para el sujeto sin integrar, con coste personal, pero poder adaptativo en contextos peligrosos. Crittenden discrimina estrategias en adultos (A3-A8, C3-C8, A/C) que en los modelos categoriales quedarían englobadas dentro de la etiqueta general de desorganización.

Para ella es el peligro, no la búsqueda de seguridad, el principal organizador de la conducta y el procesamiento de la información. Los peligros que el niño enfrenta van cambiando a lo largo del desarrollo, así, por ejemplo, podemos revisar

el periodo crítico desde su perspectiva: hasta que el niño puede alejarse del cuidador, el único peligro al que se enfrenta es la falta de cuidados adecuados y sensibles por parte de su figura de apego, la falta de protección. Alejarse hace que su vida corra nuevos peligros, el cuidador deberá ampliar sus funciones y ser capaz de ayudar al niño a regularse por reglas (los enchufes no se tocan, no se cruza la calle solo...), con el objetivo de lograr una autorregulación guiada (Sroufe, 2005). Para ello el cuidador debe funcionar como figura de autoridad, necesariamente aparecerán conflictos entre el niño, que desafiará repetidamente el mandato del cuidador, y el adulto. Para una buena resolución, el cuidador deberá ser consistente, predecible, y capaz de sostener la agresividad del niño frustrado. Si tiene la capacidad de mantenerse firme y ejercer la autoridad de un modo sensible, reconociendo la subjetividad y el valor de la exploración, propiciará una resolución óptima: el niño eventualmente reconocerá al cuidador como alguien con una subjetividad diferente que le acoge bajo su protección, pudiendo incorporar la información proveniente de este como protectora, como hacen otros mamíferos. La emergencia del lenguaje en este periodo será relevante para fortalecer el puente entre las formas de regularse sensoriomotoras y las representacionales en las interacciones acuerdo-desacuerdo (Harpaz-Rotem y Bergman, 2006).

Esta explicación nos permite acercarnos a dos conceptos relevantes en relación a la patología borderline:

- La entrega, o *surrender*, que, tras el trabajo pionero de Ghent (1990) ha sido retomado por numerosos autores (p.g. Safran, 2014) y tiene evidente relevancia para el trabajo psicoterapéutico.
- La *confianza epistémica* (Fonagy et al., 2015, 2017), la característica de una relación que permite la transmisión de conocimiento, personalmente relevante y generalizable para el individuo, acumulado por generaciones anteriores.

Tras este periodo, en la etapa preescolar cobran especial relevancia la socialización con iguales y los riesgos de ser dejado de lado: se ponen en marcha sistemas motivacionales alternativos como el de rango o el de cuidado. Los niños cuyos cuidadores no puedan ayudarles a reorganizarse hacia estilos más equilibrados pueden evolucionar hacia variantes más complicadas e inauténticas. En el caso de los más evitativos estrategias cuidadoras u obedientes compulsivas, y en el caso de los más coercitivos hacia estilos que alternan la agresividad y la indefensión fingida.

En edad escolar se observa frecuentemente que los niños con mayor adversidad ya han evolucionado hacia este comportamiento controlador cuidador o punitivo. En el nuevo contexto de socialización, desarrollar un sentido de pertenencia a la vez que una identidad diferenciada, es un reto. Los evitativos, con un contexto familiar más confuso en el que sus estrategias sigan siendo ineficaces, pueden virar hacia una estrategia de promiscuidad social o de autosuficiencia compulsiva, mientras que los que utilizan estrategias coercitivas podrán exagerarlas y disfrazarlas, volviéndose punitivos-seductores.

Tras la pubertad, el logro de la satisfacción sexual y la capacidad reproductora se integran con la función protectora del apego, el reto es similar al del inicio de la deambulación y la tarea evolutiva se asemeja: integración frente a fragmentación (Crittenden 2001). El pensamiento abstracto es la principal herramienta, pero en los casos con mayor dificultad, estrategias ya distorsionadas pueden evolucionar hacia variaciones graves al inicio de la edad adulta: idealización delirante o falsos selfs en el caso de los evitativos, y para los coercitivos, extremos amenazadores-paranoicos.

Los estudios sobre pacientes borderline con este modelo parecen ser más discriminantes que los que utilizan los modelos categoriales. Los resultados, junto a la elevada presencia de traumas y pérdidas sin resolver, identifican diversos patrones, sobre todo organizaciones que combinan estrategias evitativas (con bruscas irrupciones de afecto disociado) y coercitivas graves, que no se constituyen hasta momentos avanzados del desarrollo. Estas complejas estrategias se apoyan más en disposiciones hacia la acción implícitas, poco conscientes, y conllevan fuertes distorsiones de la información y las relaciones causales, lo que dificulta el funcionamiento reflexivo. Estos resultados, que coinciden con los hallazgos de Mikulincer y Shaver (2007), hacen que Crittenden explique así su hipótesis evolutiva (2010, p. 448):

Las mujeres con TLP pueden haber necesitado afrontar peligros que desbordaban su capacidad representacional en la infancia. Consecuentemente utilizaron atajos fisiológicos y psicológicos que bypasearon la información ausente y los procesos explicativos. Estos atajos devinieron desadaptativos durante el desarrollo. Al ser incapaces de comunicarse verbalmente con cuidadores seguros y comprensivos sobre estas experiencias, arrastraron distorsiones explicativas en su desarrollo; resolvieron las discrepancias que se acumulaban organizando estrategias progresivamente más distorsionadas. Los peligros que no pudieron ser incorporados en las estrategias permanecieron como traumas sin resolver que interrumpían el funcionamiento estratégico. Cuando la combinación de estrategias desajustadas y peligros no resueltos promueve un comportamiento peligrosamente desadaptativo, los sujetos pueden entrar en estados de expectativas casi constantes de peligro.

La revisión de estas aproximaciones longitudinales nos lleva a pensar que, si bien en esta patología podemos encontrar aspectos comunes: disociación, problemas metacognitivos, dificultades de regulación y vinculación, transversales a la mayoría de personas diagnosticadas; podemos asimismo encontrar perfiles diferenciados en función del tipo de estrategias de vinculación y procesamiento de la información que hayan sido más funcionales en sus contextos previos.

Ajustes Técnicos

La literatura sobre los diferentes modelos específicos de psicoterapia para el TLP indica que hay evidencia empírica de su superioridad frente al tratamiento habitual, pero ninguno demuestra superioridad frente a las demás, ni siquiera, según algunos estudios, frente a la terapia de apoyo o la asistencia psiquiátrica general bien estructurada. Probablemente no sea tanto el contenido o la justificación teórico-técnica de estas intervenciones como algunos factores comunes lo que sustentan los resultados (una revisión en Livesley, 2018).

Revisaré los ajustes técnicos necesarios para incrementar las posibilidades de éxito terapéutico, y propondré alguna idea nueva, a la luz del conocimiento antes descrito sobre el desarrollo borderline. La mayoría de los aspectos estarán referidos a la construcción de la terapia y a la regulación de la relación, en este sentido es preciso tener en cuenta dos paradojas esenciales:

- Las personas acuden a terapia cuando no se sienten capaces de manejar sus dificultades sin ayuda, por lo que es habitual la activación del sistema de apego en la relación con el profesional. En los borderline esta situación probablemente active también el sistema de defensa ante el temor a ser dañado, dando lugar a un elevado malestar y desorganización, o bien hará que se activen alternativamente otros sistemas motivacionales como el de rango (Liotti et al., 2008), interfiriendo severamente en el proceso.
- Las funciones mentales necesarias para el éxito de la psicoterapia, como la capacidad de reflexionar sobre uno mismo o de transitar en la dialéctica realidad externa-realidad interna (Beattie, 2005), son precisamente las que muestran inestabilidad en el TLP. Debemos monitorizar el funcionamiento continuamente en consulta para intervenir siempre en la zona de desarrollo próximo (Stiles, 2016), evitando generar nuevas experiencias de retraumatización en una relación de ayuda.

La Construcción del Tratamiento

Encuadre:

Los tratamientos eficaces comparten un encuadre muy claro que se debe mantener de forma consistente. El encuadre no es más que un conjunto de reglas que van a establecer la regulación de la relación, favoreciendo que el cliente pueda beneficiarse de ésta. Son personas que frecuentemente han tenido dificultades en el tránsito a este tipo de regulación y que tienden a desatender las normas o testarlas explícita o implícitamente en terapia; también resulta frecuente que el profesional incumpla su parte del contrato trabajando con este tipo de población, sobreimplicándose, desentendiéndose de sus funciones o agrediendo al paciente, entrando a jugar roles complementarios.

El encuadre especifica la responsabilidad de cada uno de los participantes y las formas en las que la relación y el contacto se llevan a cabo; debe establecerse clara

y explícitamente. Es importante que el terapeuta se sienta cómodo con él y que el paciente lleve a cabo un acto subjetivo de compromiso a respetarlo.

Actividad y Firmeza:

El terapeuta debe ser más activo de lo habitual (Magnavitta, 2000) en lo referente a las salidas del encuadre, y en este sentido debe mantener una actitud firme y consistente. La mayoría de los modelos de tratamiento especifican que lo primero a trabajar es la suicidalidad y las conductas que, de cualquier modo, interfieren en la terapia; y que cuando se produce un ataque al encuadre se debe suspender el trabajo en curso y atenderlo. Es un trabajo tedioso, pero es función y responsabilidad del terapeuta mantener ese lugar de autoridad que hará que la relación siga siendo posible y transcurra dentro de los márgenes de lo terapéutico. No olvidemos la importancia diferencial en el pronóstico evolutivo de la *retirada* de la figura de cuidado de sus funciones contrastada por Lyons-Ruth, lo que Ghent (1990, p.123) denomina su *no supervivencia* psíquica ante los ataques:

“las variaciones de la no supervivencia incluyen: retaliación, retirada, defensividad en cualquiera de sus formas, así como cambios generales en la actitud hacia una mayor suspicacia o menor receptividad, y finalmente una forma de desmoronamiento en el sentido de perder la propia capacidad de funcionar adecuadamente como madre, o en el encuadre analítico, como analista”.

La firmeza debe aplicarse asimismo en la contención. Uno de los mayores expertos en la aplicación de la teoría del apego a la psicoterapia, J. Holmes, indica (2011, p.108) cómo trabajar con pacientes que tienen una historia de desorganización del apego:

Para ayudarles a vencer su miedo a la base segura, deben estar contenidos con fuerza, incluso aunque se resistan o se enfrenten, y sólo así llegarán a descubrir gradualmente que sus miedos carecen de sentido, que es posible confiar y que una estrategia relacional coherente puede funcionar como fuente de seguridad y punto de partida para la exploración.

El foco del tratamiento:

La pérdida de foco y la desorientación del terapeuta son aspectos que habitualmente aparecen en la supervisión al trabajar con estos pacientes, la presión que ejercen puede alterar la capacidad reflexiva del clínico acerca de sus propios estados mentales y los del paciente (Diamond et al., 2003).

Los modelos eficaces ofrecen en su mayoría un sustento teórico muy sencillo sobre las dificultades y la esencia de la intervención, que es compartido con el paciente. Puede ser una explicación relacionada con el apego, con la regulación emocional o la mentalización, probablemente su carácter de verdad no sea lo más relevante. Lo esencial es que desculpabiliza, favorece el establecimiento de objetivos comunes y una relación cooperativa. Junto al encuadre, es el ancla que

ambos pueden utilizar para regresar cuando la relación entra en fases de desorientación.

Secuenciación y parsimonia:

Avanzaremos de lo superficial a lo profundo. Atenderemos primero el peligro, luego la regulación y posteriormente la reflexión y aprendizaje, como en las secuencias descritas en la crianza. En terapia atenderemos inicialmente los aspectos de seguridad y contención, y cuando la situación se ha estabilizado, focalizaremos en los procesos de regulación. Sólo en las últimas etapas las intervenciones se centrarán en la exploración y cambio intrapsíquicos para finalizar con un proceso de integración. Ésta es la secuencia general en el curso del tratamiento e, isomórficamente, en el desarrollo de cada sesión. La introspección es siempre amenazante y, a veces, simplemente imposible.

El uso de la interpretación:

La mayoría de autores se inclinan por un modelo de intervención poco interpretativo, más focalizado, al menos inicialmente, en el fortalecimiento de las capacidades yoicas. Winnicott y Balint ya advirtieron sobre el uso peculiar de las interpretaciones que hacían estos pacientes y de su nula eficacia. Sin embargo, la integración de estados mentales irresueltos es uno de los objetivos principales de la terapia (Cirasola et al., 2017; Crittenden y Newman, 2010), y la interpretación es una herramienta que pone en relación aspectos no relacionados previamente, posee gran potencial integrador. Existe evidencia de que la eficacia de las interpretaciones no se asocia sólo al contenido de las mismas, también deben tener en cuenta los procesos, es decir, el hecho de que una interpretación es un acto que ejerce sus efectos en el contexto de una relación interpersonal (Caspar et al., 2000). Desde la Teoría del apego, J. Holmes (2011) aporta algo de luz respecto a este proceso: la regla esencial que propone es que la interpretación o la confrontación sólo serán terapéuticas una vez constituida una base segura. Se repetirán los ciclos de pérdida de seguridad y los test sobre la relación, incluso varias veces por sesión; el trabajo de re-establecimiento de la seguridad debe primar sobre el interpretativo. A. Semerari (2008, p. 114) lo expresa en su texto sobre psicoterapia con trastornos de la personalidad: “Si se produjera la activación de cualquier ciclo [interpersonal] problemático, dominarlo sería prioritario a cualquier otro tipo de intervención”.

Es por ello que el trabajo vincular sobre rupturas y reparaciones es la esencia de la eficacia del tratamiento (Horwitz et al., 1996). Cuando hay una pérdida sin reparación, tal y como expone Fonagy (2004, p.23), lo que se pierde “no es el vínculo, sino la oportunidad de generar un mecanismo regulador de nivel más alto”.

El trabajo vincular

Establecimiento de la relación:

La esencia de la alianza terapéutica, junto al acuerdo en objetivos y tareas ya descrito, es la cualidad afectiva del vínculo. La activación del apego en la relación terapéutica es frecuente, sin embargo, no es un requisito imprescindible para el éxito de la terapia y puede interferir negativamente en estos pacientes. Revisamos algunos aportes que favorecen la conducción del proceso:

- Liotti (2011) propone tratar de evitar la activación temprana del sistema de apego, y trabajar manteniendo activado el sistema de enlace y cooperación. De este modo, terapeuta y cliente trabajan alineados orientados hacia la mejora de la calidad de vida y regulación del paciente, sobre todo en las primeras etapas del tratamiento.
- También resulta de particular utilidad el *principio de tratamiento escindido* que propone Gunderson (2002): los planes de tratamiento para los pacientes límite deberían incluir por lo menos a dos especialistas, dos modalidades u otros dos componentes de cualquier tipo, de forma que cuando están coordinados pueden ser un mecanismo de contención para las posibles rupturas. La existencia de otra fuente de ayuda percibida puede prevenir terminaciones tempranas descargando intensidad de la relación principal y también ayudando a la recuperación del funcionamiento reflexivo del paciente ayudándole a considerar distintas hipótesis acerca del comportamiento del primero y saliendo del *triángulo del drama* o la rivalidad antagonista (Liotti et al., 2008).

Ambas sugerencias comparten el mantenimiento de una estructura triangular estable que ayude a mantener el funcionamiento intersubjetivo que se puede perder en las estructuras duales (Benjamin, 2008), tal vez la *terceridad* sea esencial en la constitución de la relación.

Reparación:

A pesar de nuestro esfuerzo preventivo las rupturas son inevitables, los ciclos ruptura-reparación pueden tener un efecto de inoculación de un estrés tolerable dentro de la zona de desarrollo próximo, favoreciendo el desarrollo de resiliencia, tal como explica Holmes (2017), mientras que en pacientes graves las rupturas sin reparación pueden tener un efecto retraumatizador.

Siguiendo a Muran y Safran (2017), las rupturas suponen un colapso de la colaboración y el vínculo afectivo, y suelen ser observables en dos tipos de comportamientos de los pacientes: *confrontación* y *retirada*, que suponen dos formas de afrontar la tensión dialéctica entre dos motivaciones humanas básicas: la necesidad de agencia y la necesidad de relación.

Hay dos indicaciones genéricas muy claras para el manejo de rupturas con pacientes de esta gravedad:

- Las habilidades metacomunicativas del terapeuta son fundamentales para explorar lo que se ha re-actuado inconscientemente en la relación; el terapeuta debe poner al servicio del paciente sus capacidades metacognitivas. (para una descripción estructurada del proceso de exploración ver Safran y Kraus, 2014).
- Es fundamental permitir y favorecer la expresión de la crítica y hostilidad hacia el terapeuta y la terapia sin poner en marcha mecanismos defensivos (Waldiger y Gunderson, 1984). Así, cuando sucede, no llevaremos a cabo un test de realidad o señalaremos distorsiones perceptivas (Rosbrow, 2014). De este modo se favorecerá la entrega, un estado de aceptación y relajación de las necesidades defensivas de controlar, defender la propia visión de los acontecimientos y oponerse, dando paso a la recuperación de la estabilidad y la percepción del terapeuta como una persona real dispuesto a la ayuda, instaurando esperanza y recuperando el funcionamiento intersubjetivo (Safran, 2016).

El estilo de apego predice la conducta interpersonal y la forma del discurso en las sesiones de psicoterapia (Talia et al., 2014). No determina el número de rupturas, pero afecta a los caminos de resolución posible de las mismas (Miller-Bottome et al., 2018), principalmente debido a las limitaciones que tienen los estilos más inseguros para:

- Acceder a su experiencia interna (sobre todo los más evitativos).
- Comunicarla en sesión adaptativamente (sobre todo los más coercitivos).

El manejo técnico puede variar, pero Muran y Safran (2017) proponen un camino prototípico hacia la reparación para cada tipo de ruptura:

- *Retirada*: avanzar facilitando la expresión cada vez más clara del malestar y descontento en la relación, promoviendo la afirmación del self y las necesidades del paciente, reactivando la sensación de agencia. Mi impresión es que este proceso es más habitual en pacientes de predominio evitativo, en los que todo el malestar subjetivo es disociado y apartado de la relación.
- *Confrontación*: Progresar desde los sentimientos de rabia hacia el reconocimiento de la decepción, y de ahí al contacto con la vulnerabilidad y necesidad de ser cuidado, reactivando la necesidad de relación. En los estilos coercitivos la disociación recuerda más a una escisión agresividad/vulnerabilidad entre las que se oscila, lo que no se pone en juego es la necesidad de confort, que es la meta de este proceso.

Un tipo especial de rupturas, frecuentemente descrito en las alteraciones severas de la personalidad, es la *reacción terapéutica negativa*: rupturas bruscas e inesperadas que se producen ante una actuación del terapeuta que puede ser acertada o avala el avance hacia la mejoría. Ante ello, el paciente responde realizando un movimiento regresivo grave como una fuerte actuación o un abandono. Podemos tratar de explicar desde la teoría del apego estas rupturas en dos variantes:

- El DMM-A define las estrategias coercitivas (C5-8), presentes muy frecuentemente en los pacientes borderline, como los *comfort disorders*. Son estrategias adaptativas en los contextos peligrosos y engañosos en que han crecido: sus figuras de apego se han mostrado disponibles y empáticas, pero han actuado de forma impredecible y atemorizante; sin embargo, son desadaptativas en contextos seguros como la terapia. La idea para prevenir este tipo de rupturas y actings en estos perfiles, es moderar las manifestaciones de reconocimiento y avance, así como la expresión de afecto positivo, ya que el confort es vivido como una señal de amenaza.
- Hay pacientes en los que predomina otro estilo de procesamiento de la información en la relación, los que desde la infancia han constituido un falso self e idealizado a sus figuras de apego para poder mantener el vínculo, desarrollando así estrategias evitativas con distintos grados de disociación y desconexión interna (A3-A8 en el DMM-A). En ellos se produce un subtipo frecuente de relación, las pseudo-vinculaciones, que habitualmente conllevan un proceso de idealización del terapeuta. En estos casos la emergencia de la vivencia real disociada y su posterior integración es un objetivo prioritario, sin embargo, las irrupciones bruscas de afecto negativo resultan muy amenazadoras a la integridad psicológica, por lo que la precaución del terapeuta debe ser extrema, moderando la intrusividad de sus intervenciones, manteniendo una actitud receptiva. Es un proceso largo, a veces implica años, pero si es conducido adecuadamente dará paso a la expresión de las vivencias de desconfianza en la relación terapéutica, de falta de cuidado y dolor disociadas durante el desarrollo (para una revisión con ejemplos clínicos ver Lyons-Ruth, 2017).

Discusión y Futuras Líneas de Investigación

A lo largo del texto he tratado de revisar y organizar los ajustes necesarios en la técnica psicoterapéutica para pacientes borderline a la luz de la teoría del apego. Una de las principales dificultades en el abordaje de estos pacientes sigue siendo la imprecisión de los conceptos que manejamos los profesionales. Existe una asociación entre el TLP y psicopatología general: hay una prometedora línea sugerida por el grupo de Fonagy (2017) que relaciona este diagnóstico con puntuaciones elevadas en el factor P (Caspi et al., 2014), dificultades que probablemente mejoren con intervenciones genéricas sobre los déficits metacognitivos y de regulación. Pero existe una segunda dimensión en la psicopatología de la personalidad que determina la forma en la que el sufrimiento se organiza, una dimensión internalización-externalización que se solapa con la defensa emocional predominante en el apego: evitativo – preocupado (Brennan y Shaver, 1998).

Hipotetizo que es posible incrementar la eficacia de nuestras intervenciones si comprendemos la organización subyacente debajo de la etiqueta de *desorganiza-*

ción, y confío en que los modelos evolutivos de apego nos pueden ayudar a reducir la incertidumbre e intervenir más eficazmente, especialmente en dos líneas:

- La reparación de rupturas en el vínculo terapéutico.
- La selección de intervenciones y modelos específicos: qué funciona para quién.

Referencias bibliográficas

- Beattie, M. T. (2005). Early development of personality disorders – Mother-Infant dyadic formation of the mind: The psychological dialectic. En J. F. Masterson (Ed.) *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiological development of the self: a clinical integration* (pp. 39-58). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.
- Benjamin, J. (2008). El reconocimiento y la destrucción: un esquema de la intersubjetividad. En A. Liberman y A. Abelló (Eds.) *Winnicott hoy* (pp. 97-127). Madrid, España: Psimática.
- Bergeret, J. (2005, 3ª ed.) *La personalidad normal y patológica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Blom, I. y Bergman, A. (2013). Observing Development: A Comparative View of Attachment Theory and Separation-Individuation Theory. En J. E. Bettman y D. Demetri Friedman (Eds.) *Attachment-Based Clinical Work with Children and Adolescents* (pp. 9-43). Nueva York, NY: Springer.
- Blum, H.P. (2004). Separation-individuation theory and attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(2), 535-553.
- Brennan K. A. y Shaver P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of personality*. 66(5), 835-878.
- Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona, España: Paidós.
- Caspar, F., Pessier, J., Stuart, J., Safran, J. D., Samstag, L. W. y Guirguis, M. (2000). One step further in assessing how interpretations influence the process of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 309-320.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... y Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (Eds.) (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Cicchetti, D. (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and pathways to personality disorders: commentary on the special issue. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 172-179.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A. y Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21-30.
- Cirasola, A., Hillman, S., Fonagy, P. y Chiesa, M. (2017). Mapping the road from childhood adversity to personality disorder: The role of unresolved states of mind. *Personality and mental health*. 11(2), 77-90.
- Crittenden, P. (2001) Transformaciones de las relaciones de apego en la adolescencia: adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12(48), 33-62. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/transformaciones-en-las-relaciones-de-apego-en-la-adolescencia-adaptacion-frente-a-necesidad-de-psicoterapia.html>
- Crittenden, P. y Newman, L. (2010). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 433-451.
- Crittenden, P. y Landini, A. (2011). *Assesing adult attachment: a dynamic-maturational approach to discourse analysis*. Nueva York, NY: Norton.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. y Levy, N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona, España: Espaxs.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(3-4), 288-328.

- Fonagy, P. y Lorenzini, N. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 2(1), 1-44.
- Fonagy P., Luyten, P. y Allison E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575-609.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. y Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(11).
- George, C., y Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). Nueva York, NY: Guilford.
- Gergely, G. (2000). Reapproaching Mahler: New perspectives on normal autism, symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1197-1228.
- Ghent, E. M. D. (1990) Masochism, Submission, Surrender. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(1), 108-136.
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., ... y Steele, H. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & human development*, 19(6), 534-558.
- Grinker, R. Werble, B. y Drye, R. (1968). *The borderline syndrome: a behavioural study of ego functions*. Nueva York, NY: Basic.
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona, España.
- Harpaz-Rotem, I. y Bergman, A. (2006). On an evolving theory of attachment. *The psychoanalytic study of the child*, 61(1), 170-189.
- Heinrich, H. (1997). *Borde<R>S de la neurosis*. Rosario, Argentina: Homo sapiens.
- Holmes, J. (2011, 2ª ed.). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer.
- Holmes, J. (2017). Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: a selective, attachment-informed review. *Attachment & Human Development*, 19(4), 364-381.
- Horwitz, L. Gabbard, G. O., Allen, J. ... y Coyne, L. (1996) *Borderline personality disorder: tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American psychiatric press.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, España: Paidós
- Liotti, G. (2001). El núcleo del trastorno límite de personalidad: una hipótesis integradora. *Revista de psicoterapia*, 13(45), 137-158. Recuperado de: <https://bit.ly/2q6KQwi>
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486.
- Liotti, G., Cortina, M. y Farina, B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline personality disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(2), 295-315.
- Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Etiopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Italia: Raffaello Cortina Editore.
- Livesley, W. J. (2018). Terapia transdiagnóstica y transteórica para el trastorno de la personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 89-110. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/rp110.html>
- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic psychology*, 8(1), 1-23.
- Lyons-Ruth, K. (2017) Revisiting the Idealizing Transferences: "Needful Things" and the Faustian Bargain. *Psychoanalysis, Self and Context*, 12(3), 197-210.
- Lyons-Ruth K., Bureau J. F., Holmes B., Easterbrooks, A. y Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 273-281.
- Magnavita, J. (2000). *Relational therapy for personality disorders*. Nueva York, NY: Wiley.
- Mahler, M. S. (1972). The rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Quarterly*, 41, 487-506.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En M. Yogman y T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. y Tuckey, M. (2002). Maternal Mind-Mindedness and Attachment Security as Predictors of Theory of Mind Understanding. *Child development*, 73(6), 1715-1726.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Safran, J. D. y Muran, J. C. (2018). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 175-183.
- Muran, J. C. y Safran, J. D. (2017). Therapeutic alliance ruptures. En A. E. Wenzel (Ed.), *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*. Nueva York, NY: Sage Publications.
- Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L. E. y Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized Behavior in Adolescent-Parent Interaction: Relations to Attachment State of Mind, Partner Abuse, and Psychopathology. *Child Development*, 85(1), 370-387.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4), 855-879.
- Parnas, J. (1994). The concept of borderline conditions: a critical comment on validity issues. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 379, 26-31.
- Rodriguez Cahill, C. (2015). *Los desafíos de los trastornos de la personalidad*. Madrid, España: Grupo 5.
- Rosbrow, T. (2014). Fear of attachment, ruptured adult relationships, and therapeutic impasse. *Attachment*, 8(3), 227-235.
- Safran, J. D., y Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D. (2016). Agency, surrender, and grace in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 58-72.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (Eds.) (2008) *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Sroufe, A. L., Egeland, B., Carlson, E. A. y Collins, W. A. (2005) *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Nueva York, NY: Guilford press.
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child development perspectives*, 3(3), 178-183.
- Spitzer, R., Endicott, J. y Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of general psychiatry*, 36, 17-24.
- Stiles, W. B., Caro Gabalda, I. y Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy*, 53(3), 268-272.
- Stone, M. H. (2007). Treatability in severe personality disorders: how far do the science and art of psychotherapy carry us. En B. Van Luyn, S. Akhtar y J. Livesley (Eds.) *Severe personality disorders: everyday issues in clinical practice* (pp. 1-29). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Talia, A., Daniel, S. A. I., Miller-Bottomo, M., Brambilla, D., Miccoli, D., Safran, J. D. y Lingardi, V. (2014) AAI predicts patients' in-session interpersonal behavior and discourse: a "move to the level of the relation" for attachment-informed psychotherapy research, *Attachment & Human Development*, 16(2), 192-209. doi: 10.1080/14616734.2013.859161
- Waldinger, R. J. y Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.

UNED

Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores

Begoña Rojí Menchaca
Luis Ángel Saúl Gutiérrez
(Coordinadores)



ISBN: 978-84-362-6564-4
Núm. páginas: 736
Año Edición: 2013
Editorial: UNED

MÚLTIPLES SISTEMAS MOTIVACIONALES: INTERVENCIÓN EN UN CASO COMPLEJO DESDE EL ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL

MULTIPLE MOTIVATIONAL SYSTEMS: INTERVENTION IN A COMPLEX CASE FROM THE TRANSFORMATIONAL MODULAR APPROACH

Lic. Carlos Habif

Psicólogo

Director de CEFOP (Centro Formador en Psicoterapia Psicoanalítica)
Director de FIBA - Centro Privado de Psicoterapia
(Córdoba, Argentina)

Lic. Carolina Scaraffia

Psicóloga

Miembro del equipo docente de CEFOP (Centro Formador en Psicoterapia Psicoanalítica)
Miembro del Staff profesional de FIBA - Centro Privado de Psicoterapia
(Córdoba, Argentina)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Habif C. y Scaraffia, C. (2018). Múltiples Sistemas Motivacionales: Intervención en un Caso Complejo desde el Enfoque Modular Transformacional. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 111-125.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo introducirnos en la complejidad de los múltiples sistemas motivacionales que plantea el Enfoque Modular Transformacional (EMT), así como también al modo en que el mismo concibe a la psicopatología. Muestra, a la luz de un caso clínico de trastorno de personalidad, la compleja representación teórico-clínica que realiza el EMT de la psicopatología. Esta lectura persigue un análisis profundo y específico, que va más allá de la presentación nosográfica de estructuras rígidas y homogéneas. Nos brinda, entonces, un análisis diferencial y de especificidad, ofreciendo como propuesta un modelo integrador con diferentes aportes epistemológicos y praxiológicos. Los mismos señalan la complejidad del aparato psíquico y de las posibles intervenciones en la clínica, dando cuenta de subtipos de cuadros psicopatológicos de acuerdo a las dimensiones que entran en juego y a la estructura de personalidad.

Palabras clave: *Enfoque Modular Transformacional, Sistemas motivacionales, Psicopatología, Trastornos graves de la personalidad, Complejidad.*



Abstract

The present work aims to introduce us into the complexity of the multiple motivational systems posed by the Transformational Modular Approach (EMT), as well as the way in which it conceives psychopathology. The content of this paper shows the interest that falls on the understanding of serious personality disorders. It shows in the light of a clinical case the complexity that is deployed on the theorization that the EMT carries out in psychopathology. This reading pursues a deep and specific analysis, which goes beyond the nosographic presentation of rigid and homogeneous structures. It gives us, then, a differential analysis and specificity, offering as a proposal an integrating model with different epistemological and praxeological contributions. They point out the complexity of the psychic apparatus and the possible interventions in the clinic, giving an account of subtypes of psychopathological pictures according to the dimensions that come into play and the personality structure.

Keywords: Transformational Modular Approach, Motivational Systems, Psychopathology, Serious personality disorders, Complexity.

Introducción

La complejidad que la clínica actual nos muestra día a día requiere de una reconceptualización y actualización de los conceptos con los que trabajamos.

El objetivo de este escrito es mostrar a la luz de un caso clínico la complejidad que despliega el modelo presentado por el Enfoque Modular Transformacional (EMT) propuesto por Hugo Bleichmar.

Es notable la incidencia de este enfoque sobre el modo de entender la psicopatología. Frente a modelos que plantean categorías psicopatológicas estancas y homogéneas, el EMT propone subtipos de cuadros psicopatológicos de acuerdo a las dimensiones que entran en juego y a la estructura de personalidad. Búsqueda de especificidad que permite una técnica adecuada y específica para cada caso.

El Enfoque Modular – Transformacional

Para comenzar creemos pertinente abrir este escrito a través de la introducción al Enfoque Modular-Transformacional (EMT) propuesto por Hugo Bleichmar (1999).

Este enfoque se caracteriza por ser un modelo integrador de diferentes aportes epistemológicos y praxiológicos los cuales advierten sobre la complejidad del aparato psíquico. Basados en este paradigma de la complejidad podemos afirmar que es un modelo relacional. Si bien no desestima lo intrapsíquico, hace hincapié en los aspectos intersubjetivos que dan cuenta de las formas en que las relaciones entre los seres humanos pueden modular y activar los diferentes sistemas motivacionales de un sujeto.

Por otra parte, el abordaje clínico desde el EMT permite acercarse más a esta complejidad que adviene de la experiencia subjetiva del paciente, dado que brinda los elementos de comprensión y de abordaje de las múltiples especificidades del funcionamiento psíquico.

En un escrito anterior (Habif y De Filpo, 2017), sosteníamos la importancia que tiene para el trabajo clínico la coherencia que propone el EMT entre la complejidad del psiquismo que describe y la teoría psicopatológica que se desprende de ello, todo esto en un sistema que articula la teoría del trastorno, la teoría de la cura y la teoría de la técnica.

De acuerdo con lo expuesto, el EMT propone una psicoterapia activa que permite múltiples formas de intervención. Su objetivo va más allá de hacer consciente lo inconsciente, abarcando: el trabajo con la memoria procedimental, la reestructuración cognitiva, el cambio en la acción y el desarrollo de nuevas capacidades para expandir la experiencia del self, llegando a ser una psicoterapia con carácter de especificidad.

Por último, es importante marcar que desde este enfoque los cambios a nivel terapéutico van más allá de lo sintomatológico, alcanzando el nivel de los procesamientos inconscientes, de las estructuras de personalidad y de los patrones vinculares.

Los sistemas motivacionales

Para poder comprender la complejidad que reviste el EMT es menester, en un primer momento, adentrarnos sobre la dimensión intersubjetiva y como ésta se relaciona con el origen, el entramado y la estructuración de nuestro aparato psíquico. Szwarc (2008) hace mención a la estructuración del psiquismo desde la dimensión intersubjetiva a partir de hallazgos sobre la relación temprana entre las figuras parentales y el niño referenciándose a autores como, por ejemplo, Stern (1985) y Fonagy y Target (1998), además de estudios sobre la transmisión intergeneracional y su efecto sobre el apego, tomando como antecedentes las propuestas de Main, Kaplan y Cassidy (1985). Desde este lugar y siguiendo a Szwarc, podemos decir que uno de los mayores cambios en los últimos cincuenta años de los primeros cien que ya tiene el psicoanálisis, es el cambio de la concepción intrapsíquica o intrasubjeiva hacia una intersubjetiva. Desde la concepción vincular, Puget y Berenstein (1988) introducen el concepto de triple espacialidad psíquica: intra, inter y trans-subjetiva.

Desde esta línea y parafraseando a Emilce Dio Bleichmar (2005), el desarrollo ya no sólo es libido y fantasía, sino que se hace hincapié en lo relacional contemplando el rol o el papel que desempeña el otro significativo en la constitución del psiquismo de un sujeto.

Encontramos autores, como por ejemplo Fodor (1986), que indicaron que el cerebro funcionaría en módulos genéticamente independientes, los mismos tendrían propiedades y procesamientos diferentes. Cada uno de estos módulos es concebido como una base de datos específica que procesa cierta clase de estímulos y deja automáticamente a otros de lado. En la teoría con la que nosotros trabajamos la modularidad no implicaría un “encapsulamiento” sino que propone el concepto de interacción entre los distintos módulos y las transformaciones que de ella se derivan.

Estas teorías han arrojado al campo epistemológico conceptos interesantes que, advenidos de otras disciplinas y corrientes, han permitido repensar al psicoanálisis. Entonces, a la luz de estas propuestas, se puede conceptualizar al psiquismo bajo la presentación de diferentes módulos revestidos de complejidad. Estos módulos son denominados como sistemas motivacionales desde el EMT. Los sistemas motivaciones propuestos son:

- *Sistema motivacional del Apego*: es considerado por Bleichmar como una motivación de primer nivel para el desarrollo del psiquismo, retomando de esta manera la teoría de Bowlby. Este sistema sería activado en el ser humano siempre que el mismo se halle en una situación de estrés y amenaza. El dolor, el miedo o la humillación motivan al ser humano a buscar protección en la figura de apego (Bowlby, 1980).
- *Sistema motivacional de la Regulación Emocional*: Desde el EMT este sistema es entendido como independiente al sistema de apego, haciendo hincapié a la necesidad que tienen los seres humanos de regular, en los

límites que le sean manejables, todas las funciones, tanto las de orden psicológica como las biológicas (ansiedad, apetito, sueño, etc.). Para Emilce Dio Bleichmar (2005) una de las primeras funciones que tiene la madre es la de regular emocionalmente al bebé, debido a que este proceso desempeñaría un papel insoslayable en la vivencia del self emergente. Cuando la regulación es exitosa, propicia el apuntalamiento del vínculo de apego (p.65), ya que el bienestar obtenido hará que esa figura adquiera un lugar especial para el niño y vuelva a buscarla.

- *Sistema motivacional Narcisista*: se entiende al narcisismo como un elemento del psiquismo y que involucra como actividad el mantenimiento de la integridad, estabilidad estado de bienestar de la representación que posee el ser humano de sí mismo. Los aportes de Kohut (1971) reconocen la influencia del narcisismo en su dimensión estructurante.
- *Sistema motivacional Sensual – Sexual*: Retomando los aportes de Dio Bleichmar (2005), quien amplía el concepto de sexualidad basada en ciertas ideas de Lichtenberg (1989), sugiere que el placer sensual es un motivo mucho más poderoso y frecuente, mientras que la búsqueda de placer sexual es más episódica e intermitente. La sensualidad se halla activada por las figuras de apego, son una parte normal de la vida del bebé; cuando el estado afectivo de disfrute sensual domina la experiencia, la sensualidad funcionaría como una llave que puede conducir a una disminución de la tensión y aun estado de relajación, o a un reforzamiento en la sensación que se transformará en excitación sexual.
- *Sistema motivacional de la Hetero – Autoconservación*: Hugo Bleichmar (1999) plantea dos condiciones: en un primer lugar, a que la autoconservación en el ser humano no es algo puramente instintivo, sino que depende, en su estructuración, de algo que le viene desde un otro. No sólo aquello que va a ser considerado como amenazante para su integridad, aquello de lo que tiene que protegerse, sino también las formas, los mecanismos automáticos que se ponen en marcha para satisfacer necesidades y conjurar peligros son aportados, a través de discursos y de la identificación, por el otro. Incluso funciones y necesidades que parecieran puramente biológicas (como por ejemplo el hambre) reciben la impronta del otro en cuanto a cantidad a ingerir y, especialmente, a la tolerancia al mantenimiento de la tensión de necesidad, es decir, a la perentoriedad con que se vive la necesidad. Las necesidades instintivas son moduladas y transformadas en cuanto a su intensidad y modalidad de satisfacción. Desde esta perspectiva, la autoconservación es algo que se desarrolla, construye y se modula en la relación con alguien que cuida, que mantiene las funciones de sostén de la vida corporal y psíquica durante el período inicial de la vida. Al lactante lo cuidan (heteroconservación), con lo cual va produciendo el encuentro entre lo instintivo y lo que viene del otro.

En un segundo sentido, el ser humano no sólo tiene la tendencia a la autoconservación sino también al cuidado y conservación del otro. El cuidado de la vida corporal y mental del otro es una motivación indispensable a considerar en el interjuego de las motivaciones del psiquismo humano.

La tesis del EMT se apoya en que la relación entre estos módulos produce transformaciones de unos sobre otros. Esto quiere decir que, si bien los sistemas motivacionales son independientes y pueden funcionar por separado, tomando uno u otro el predominio en un momento dado, en la dinámica psíquica los módulos se relacionan entre sí, imponiendo modificaciones y transformaciones. Es decir, articulaciones que se van produciendo en el encuentro del suceder psíquico.

Ahora bien, estas transformaciones, según Bleichmar, se dan en dos niveles: por un lado, en un *nivel representacional*, de la reinscripción y sobresignificación de la representación. Y, por otro lado, el *nivel de la estructura o funcional*. Este último es más profundo y desde lo estructurante muestra la incidencia que un módulo ejerce sobre otro.

En virtud de lo expuesto, entendemos que el psiquismo es una estructura modular articulada, un sistema de funcionamiento en paralelo distributivo (Bleichmar, 2000). Es decir, el conjunto de subsistemas funcionando en paralelo, simultáneamente, cada uno obedeciendo a sus leyes de organización, pero incidiendo en los otros, distribuyendo los efectos de su funcionamiento, entrando por puntos nodales en el encadenamiento de los procesos y produciendo transformaciones.

Las múltiples representaciones Self/Otro

Cada uno de los módulos o sistemas motivacionales que se describieron generan representaciones en el sujeto, las mismas encarnan los contenidos del psiquismo organizados en narrativas de lo que preocupa al sujeto. Es necesario aclarar como lo hace Bleichmar (Méndez, 2009) que no se circunscribe a las representaciones cognitivas, sino que se está puntualizando en las representaciones cognitivo – afectivas, en las mismas está presente la problemática de la afectividad y las emociones que el sujeto siente con respecto a sí mismo y con respecto a los demás.

Ahora bien, en esta dialéctica necesaria entre los módulos y la influencia de uno sobre otros, más allá de que existe un módulo prevalente, observamos la importancia que cobran aquí las representaciones de la relación self – objeto que se desprenden de la interacción en la relación intersubjetiva.

Existen múltiples representaciones vinculares Self/Otro originadas en los distintos sistemas motivacionales sobre los que se asienta la complejidad de la relación.

Esta representación incluye una expectativa vincular que se activa automáticamente en la relación con el otro generando un estado emocional específico. Es decir, un posicionamiento subjetivo que configura el vínculo de

acuerdo a las motivaciones y expectativas prevalentes del sujeto. Esto marca la interrelación entre lo intrapsíquico y lo interpersonal.

Una Articulación Necesaria con la Función Reflexiva. La Mentalización.

Fonagy postula que la mentalización es un importante factor común a diversos enfoques y tratamientos psicoterapéuticos que trabajan con pacientes que poseen diferentes diagnósticos y niveles de gravedad (Allen, Fonagy, Bateman, 2008).

Describe la mentalización – o función reflexiva – como la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en los demás. Pensada como la habilidad de lograr una interpretación a la conducta propia y de los otros, a partir de la lectura de los estados mentales subyacentes (Fonagy, 1998).

Supone dos componentes, uno de ellos autorreflexivo y el otro interpersonal. Estos componentes proporcionan la capacidad de distinguir la realidad interna de la externa y propician los intentos de comunicación interpersonal.

La mentalización es la capacidad – función – que está dirigida a comprender y entender el pensamiento propio y el de los otros, que se origina por las representaciones de las relaciones y vivencias con los otros significativos. Es menester, además, comprender que la conducta propia y la de los otros están motivadas por estados internos, por pensamientos y sentimientos.

Ahora bien, si retomamos el concepto de psiquismo que nos propone H. Bleichmar, lo aprehenderemos en términos de complejidad sobrevenida de la estructura modular de los sistemas motivaciones, y también de la complejidad que reviste cada uno de los sistemas y su articulación.

Fonagy sostiene que la mentalización no es homogénea. Siguiendo esta idea, planteamos que hay diferentes niveles de mentalización en cada uno de los sistemas motivacionales.

De esta manera, la propuesta es pensar que a menor grado de mentalización en el sistema motivacional, mayor nivel de reacción y de activación automática de la expectativa y emoción en el vínculo con el otro.

Desde este punto de vista, la mentalización es la función que se nos brinda como herramienta conceptual y terapéutica para reflexionar sobre los estados mentales, las emociones, los deseos, las motivaciones, etc. que ocurren en uno mismo y en los otros significativos.

Trastornos Graves de la Personalidad. Aportes del EMT

Es importante en este apartado adentrarnos en la propuesta del EMT (Bleichmar, 1997) para comprender la necesidad de articular consonantemente los aportes del mismo desde lo relacional con aquellos perteneciente a lo intrapsíquico, los cuales devienen de teorías psicoanalíticas más clásicas.

Desde este punto de partida, y haciendo hincapié en la articulación que considera el doble registro – lo intrapsíquico y lo relacional – como acaecido de elementos afines en una estructura modular, entendemos que la propuesta de esta

perspectiva teórica permite, por un lado, ampliar la comprensión psicopatológica del paciente; y por otra parte, como consecuencia de lo anterior, aumentar las expectativas terapéuticas, clarificando el papel del terapeuta en el proceso terapéutico.

Cada uno de los sistemas motivacionales está constituido por diferentes elementos – self, objeto, vínculos, afectos, etc. – que, además, presentan lo denominado como serie de *dimensiones psíquicas*, las mismas son específicas para cada sistema. Es decir, el sistema de normas e ideales, los deseos, las necesidades, los recursos yoicos, el sentimiento de potencia/capacidad, sistemas de alarmas o defensas; así como también la función reflexiva, los sistemas de significación¹, entre otros. Estas dimensiones pueden verse alteradas como consecuencia de experiencias infantiles desfavorables o traumáticas. Siguiendo esta línea, existirían altas probabilidades que, en cada caso, nos encontremos con un sistema motivacional conmovido como resultado del impacto – y su huella – de estas experiencias. Este sistema motivacional jerárquicamente más significativo estará presente en la producción psicopatológica del paciente.

Para finalizar el apartado, diremos que desde este modelo la psicopatología es asimilada “en términos de las variadas configuraciones que resulten de la combinación de esas dimensiones” (Bleichmar, 2008). La psicopatología no escapa a la complejidad que da razón al enfoque modular, por ende, la misma es admitida como *modular – transformacional*, en la cual los mapas dinámicos hacen visibles los diferentes procesos de articulación entre los componentes que cada sistema posee, su historia generativa y las transformaciones sucedidas de la producción de los encuentros, combinaciones e interacciones propiciadoras de productos complejos.

Viñeta Clínica: “*Caso Sandra*”

Presentación del caso clínico

Sandra es una joven de 24 años de edad, madre de tres hijas. Actualmente se encuentra en pareja.

Desde su infancia la historia de la paciente transcurre dentro de una red de diferentes servicios de asistencia del Estado. Sus padres son de condición socioeconómica vulnerable. Su niñez se despliega bajo la precariedad, la pobreza y la violencia doméstica.

El padre abusaba físicamente de la madre y de uno de sus hermanos. Cada vez los episodios incrementaban más su violencia y los menores eran espectadores de la situación.

Por su parte, la madre aparece como una imagen ausente, poco empática, incapaz de propiciar muestras de cariño y cuidados. Pareciera que su estado es inmutable, imposibilitada de manifestar muestras de afecto, no logra conmoverse.

En el relato de Sandra se observa que a medida que transcurre el tiempo la madre se aleja cada vez más de sus hijos, es ajena a las necesidades básicas de amor

y cuidado. Sus hijos quedan expuestos a muchas vicisitudes.

Cuando Sandra tiene entre seis y siete años de edad sus padres se separan y el padre abandona el hogar. Casi de inmediato la madre vuelve a formar pareja. Esta nueva pareja de la madre pareciera ser una figura positiva que se gana el afecto de Sandra, quien lo define como bondadoso, cariñoso y preocupado por toda la familia.

De adolescente, a los 13 años y en comunión con todo este contexto poco facilitador, Sandra es abusada sexualmente.

Aproximadamente a los 18 años enfrenta otra crisis familiar, cuando el padrastro padece una grave enfermedad, la cual se agravaba debido a los descuidos y desatenciones de su pareja. Nuevamente nos encontramos frente a una progenitora incapaz de sentir empatía y compasión. En este momento Sandra fue designada como cuidadora de su padrastro mientras su madre estaba casi todo el tiempo fuera de casa.

A los 19 años conoce a su primera pareja con quien se muda a un pueblo pequeño, y con él tiene a sus dos hijas mayores. Víctima de violencia, abusos, malos tratos y encierros, parece repetirse la historia. Luego de tres años logra escapar y llega hasta un hospital cercano. En ese momento queda ingresada junto con sus dos hijas. Este ingreso se produce, por un lado, para garantizar su seguridad, y, por otro lado, por cuestiones propias a su salud. Tanto la joven como sus hijas se hallan en situación crítica.

Lo primero que se observa, en ese entonces, es que la joven mamá presenta dificultades para poder responder a las necesidades de las hijas. Las mismas se encontraban en estado de abandono. Parecía verse impedida de registrar las necesidades básicas de las menores.

El diagnóstico hasta ese momento es un *Trastorno de personalidad* comorbido con TCA. Se observa a una joven angustiada, silenciosa, de mirada esquiva. Observa impaciente, parece estar en alerta casi todo el tiempo.

Al comienzo de las entrevistas se presenta introvertida y desconfiada.

En relación al tratamiento, el mismo se acuerda ambulatorio una vez finalizada su internación hospitalaria. El encuadre se fija en dos sesiones por semana.

En el corto tiempo que lleva de psicoterapia ha interrumpido la secuencia de los encuentros en dos oportunidades. La primera vez era en cierto punto predecible. No había logrado adhesión al tratamiento y por otro lado le costaba en gran medida sostener el encuadre clínico. El cumplimiento de horarios representaba una dificultad para la paciente, así como también sostener los días para los encuentros pautados. Esto llevaba a que en varias oportunidades faltara sin aviso.

Luego de varios meses le pregunto si desea sostener el espacio ya que estaba faltando mucho, o llegando muy tarde. Esta intervención desata su angustia. Rompe en llanto y me dice que sí, el espacio le interesa y quiere continuar, pero que sentía desconfianza manifiesta en ese momento, que cree que yo formo parte de las personas que quieren alejarla de sus hijas. Le explico que en realidad el espacio terapéutico está pensado en función de ayudarla y acompañarla con esa tarea. Luego

de ese episodio Sandra asiste a horario y conforme a lo acordado, al menos en el lapso de tres encuentros.

En una entrevista llega ansiosa y alterada. Se la observa con signos paranoides. Dice que su expareja quiere llevarse a las hijas y ella no lo puede permitir. Trato de que hablemos de eso, le pregunto sobre este comentario y por qué cree que es así, y de inmediato manifiesta una crisis donde comienza a gritar, se tira al suelo y llora. Es la primera vez que muestra este *acting* en el consultorio. Luego de que logra calmarse, me dice que cree haber visto al padre de sus hijas en la calle y que pensó que venía a buscarlas. Ella dice que esto debió haberla puesto muy mal para reaccionar así. Después de este encuentro no regresa hasta pasado los cuatros meses.

Cuando retoma, meses después, está embarazada nuevamente.

En este segundo momento del tratamiento se observa compromiso y adherencia al encuadre. Sigue presentando dificultades, pero las mismas podrían estar aparejadas a la sintomatología del cuadro.

Sandra es una joven que se esfuerza por generar el vínculo con sus hijas y se frustra cuando ve las limitaciones que presenta. Desbordada de amor hacia ellas pareciera que no puede entenderlas. No conoce sus necesidades, no sabe cuándo tienen hambre, cuando hay que bañarlas, no identifica si sienten frío, si les duele algo, o bien, si están enfermas. Sufre por esta incapacidad y le genera terror el pensar que puedan separarla de ellas.

En un momento en sesión hago referencia a su delgadez, le pregunto cómo se siente, si ha comido ese día. Es cuando algo importante surge. Sandra no tiene hambre, dice nunca tener hambre y cuando come lo hace obligada. Le pregunto si hace mucho que perdió el apetito, y si puede relacionarlo con algo. Me responde que hace mucho, que no recuerda, pero que no le importa.

En una ocasión relata que cree que dejó de comer luego de ver a su padre hacer “una brujería” hacia su madre pero que fue hacia ella el “daño”. Dice que a causa de esto no puede comer. Le pregunto por qué cree que debido a este episodio no puede comer, me responde “porque podría morir”. Vuelvo a repreguntar, “¿Morir?”, “si morir, porque mi papá quería matar a mi mamá”. En ese momento se angustia.

Se la observa apática, incapaz de conectarse con el mundo. Su sonrisa es forzada y su relato parece más como una obligación que el deseo de estar bien.

Cuando nace su tercera hija la lleva al consultorio. La niña nace sin problemas de salud y sin riesgo.

Luego de este alumbramiento comienza los problemas con su actual pareja y aparece nuevamente el fantasma del abuso verbal y físico. Sandra es víctima de golpes e insultos. El círculo no termina.

Análisis del caso clínico

El caso clínico presentado es compatible con un diagnóstico de trastorno de la personalidad. Sin embargo, y a la luz del campo teórico, es necesario pensar el

diagnóstico de un paciente con trastorno grave de la personalidad desde el EMT y plantearlo en términos de cómo estas experiencias, provocadas por los objetos externos, lo que Bleichmar (1999) denomina como *objeto perturbador u objeto traumatizante*, actuaron sobre los diferentes sistemas motivacionales del sujeto, ya que los mismos se hayan dotados de un contenido temático específico en relación al self, al objeto, a los vínculos y a los afectos.

En el caso clínico presentado podemos conjeturar que existe *déficit* predominante en la configuración del sistema modular *hetero – autoconservación*. Este sistema tendría la función de preservar nuestra integridad corporal y mental. A su vez, esta denominación no sólo hace referencia a lo que se considera amenazante para nuestra integridad, sino también a las formas que tenemos para protegernos, las que estarían determinadas por nuestros cuidadores (Bleichmar, 1997).

Esta función de preservación posee una parte biológica y otra dependiente del aprendizaje. Es decir, que una propensión de índole innata interactúa con los objetos externos reales (otros significativos) y esta interacción, en resonancia con las experiencias en los vínculos tempranos, determina la construcción – o déficit – de estructuras motivacionales de hetero –autoconservación específicas.

Existen elementos que componen este sistema (Westen, 1997), en primer lugar, la representación de un *estado deseado* (el self como protegido, el objeto como protector, el vínculo como protegiendo y un afecto placentero por la satisfacción del deseo de ser protegido) y un *estado temido* (self desprotegido, objeto externo no protector, vínculo como peligroso y un estado displacentero por la insatisfacción del deseo de ser protegido). En un segundo lugar, por la representación del *estado actual del deseo o del temor*. Esta representación indicaría si se está alcanzando el estado deseado o el estado temido (Ingelmo Fernandez, Méndez Ruiz e Iceta Ibáñez, 2012).

En el caso de Sandra vemos que esta articulación fracasa. En la paciente se observa que la misma representación del objeto externo (madre) se asocia simultáneamente al deseo y al temor. Puede verse como simultáneamente tiene afectos opuestos en donde establece relaciones de aproximación y relaciones de alejamiento, lo que la lleva a la aparición de *formaciones de compromiso en el vínculo con el objeto*. En el caso quedan expuestas estas formaciones de compromiso manifestándose no sólo en la ambigüedad del vínculo que Sandra tiene con su madre, sino con los demás objetos que se presentan. El estado de vulnerabilidad e indefensión la sumerge en la necesidad de contar con apoyos externos – en miras del deseo de resguardar su self –, sin embargo, frente a los temores, que son suscitados por sus experiencias previas, entra en contradicción, se aleja y retorna a estos objetos generando relaciones afectivas que se muestran dependientes, complementarias y raramente recíprocas. Esto sostiene a un patrón de inestabilidad en sus vínculos, los cuales se manifiestan como perturbadores situándola en escenarios de violencia y abusos.

Siguiendo a Bleichmar y al EMT nos encontramos en Sandra con dos tipos de

angustia. Por un lado, la *angustia de tipo persecutoria* y por otro lado la *angustia ante el abandono*. A partir de este escenario de sufrimiento y para hacerle frente a los efectos de la angustia, se ponen en marcha defensas para contrarrestarlas. Estas defensas muestran un Yo primitivo y precario, su conducta exhibe su inestabilidad emocional, inestabilidad en el self, impulsividad, agresividad, etc. Lo mencionado puede verse reflejado en la paciente en las manifestaciones de sus crisis subjetivas, en las amenazas de suicidio, en el vínculo con su madre, el cual se muestra ambivalente, por momentos motivados por sentimientos hostiles y en otros por sentimientos afectuosos de amor.

Por otra parte, la complejidad de la dinámica psíquica nos indica que lo que ocurre en un sistema conmueve en su articulación a otros módulos del aparato psíquico. En este caso, vemos como las angustias de separación que surgen en Sandra, debido a un claro signo de desvalimiento e indefensión, generan un afecto angustiante que propicia la *activación del módulo de apego*. El apego es impulsado como algo defensivo frente a la amenaza de separación. Sin embargo, los vínculos a los que concurre no facilitan cuidados, sino que, producto de la ambigüedad a causa del déficit de simbolización, y como resultado de lo no constituido en su psiquismo –autoconservación– la joven construye vínculos con objetos externos peligrosos, dañinos y violentos.

Entendemos, al igual que Bowlby, que el apego es un sistema motivacional con base biológica. Como el resto de las motivaciones se encuentra en la experiencia intersubjetiva, y estas comunicaciones interactivas preceden a la representación simbólica. Ahora bien, y en relación a lo expuesto con antelación, en reciprocidad con el sistema de cuidados del adulto, en tanto figura de apego, será el objeto significativo el encargado de la heteroconservación de la cría humana, ya que la misma existe en sus comienzos en estado de indefensión.

Siguiendo este planteo epistemológico es indudable la existencia de la intermediación entre los diferentes sistemas motivacionales y la influencia que tiene uno sobre otros. En el caso clínico de Sandra, la joven se encuentra imposibilitada de acceder a recursos propios que le garanticen su autoconservación, como así también la imposibilidad de proveer cuidados en relación a otros (heteroconservación), o de entablar vínculos de apego que le garanticen estabilidad, afecto y seguridad. Lejos de lograr este estado ideal, la paciente tiene elecciones de vínculos violentos y destructivos.

Se puede conjeturar que en la paciente encontramos un déficit en el sistema motivacional de autoconservación y que el mismo, en interacción con los demás módulos, activa el sistema de apego evidenciándose un conflicto cuya presentación es la del *Apego desorganizado* (Main y Solomon, 1990).

Sandra se halla inserta en la desorganización y el desconcierto generado por las características de este tipo de apego en donde, tal como explica Dio Bleichmar (2005 p. 127 – 130):

“El vínculo de apego se constituye por medio de una paradoja: recurrir en

búsqueda de ayuda a la misma fuente de peligro, en estos casos es razonable esperar que el resultado de estas experiencias interpersonales sean grados extremos de disociación, pero tal disociación no responde a los propósitos de las defensas primarias ante los impulsos internos agresivos, sino que consistiría en una forma de reacción cuando no existe un modo organizado posible de construir una relación de dependencia extrema”

La madre – o quien cumpla esta función – posee la capacidad de mantener en su mente una representación de su hijo (sentimientos, deseos, intenciones, etc.) que le permite descubrir su propia experiencia interna a través de la representación que ésta construye de la misma. Esta capacidad de la madre – dar sentido a la experiencia del niño – le permitirá dar sentido a la conducta del infante a través de los estados mentales subyacentes (Slade, 2008). Esto orienta al sujeto – niño – a simbolizar, contener y regular su experiencia interna, desarrollando una representación análoga de sí mismo y de los otros.

Por último, hemos evidenciado que en el caso de la paciente el cuidador no ha podido cumplir con esta función de modo adecuado por lo cual nos encontramos frente a una *alteración de la función reflexiva o capacidad de mentalización*. Debido al déficit, Sandra no ha podido identificarse con una representación de sí mismo como ser intencional, porque no encontró esa representación en la mente de sus otros significativos. Esto determinó en la paciente alteraciones del sentido del self y en las representaciones self – otros.

Conclusiones

Este trabajo se propone articular la teoría del enfoque modular – transformacional y su aplicación a la comprensión y psicoterapia de los desórdenes limítrofes de la personalidad.

A la luz de un caso clínico, se encontraron elementos que dan cuenta de la articulación y los destinos posibles en la constitución subjetiva de un ser humano, producto de la interacción entre los diferentes sistemas motivacionales.

Es importante comprender que no buscamos posicionarnos desde el determinismo, sino todo lo contrario. La propuesta es la de una clínica que presenta un diagnóstico dimensional que no se cierra en las estructuras sino en las articulaciones posibles entre diferentes elementos.

El caso presentado nos deja ver en una paciente con trastorno de la personalidad, la interacción entre dos sistemas motivacionales fuertemente vinculados: la hetero/auto – conservación y el apego, entendido con sus respectivas ramificaciones y operaciones, que son el resultado de una coyuntura de componentes, es decir, el resultado de la interacción del sistema motivacional más alterado con el resto de los sistemas, que pueden estar o no atravesados de forma directa por la experiencia infantil, pero que al articularse con el sistema motivacional jerárquicamente más perturbado, se alteran y modifican recíprocamente.

Por último, diremos que advertir la complejidad del aparato psíquico a la luz de un modelo integrador nos posibilita acercarnos a la especificidad en nuestros diagnósticos lo cual, en concordancia, nos facilitara lograr transformaciones sobre el malestar que traen a consulta nuestros pacientes.

Notas

- 1 Con el término de significación o código de significación (Bleichmar, 1997), Ingelmo Fernández, Mendez Ruíz e Iceta Ibañez (2012) pretenden hacer referencia a la perspectiva específica para cada uno de los sistemas motivacionales, desde la cual se organiza la captación del significado de cualquier actividad, pensamiento, sentimiento, deseo o tipo de vínculo. Es decir, el modo en el que el sujeto se interpreta así mismo e interpreta a los demás.

Referencias bibliográficas

- Allen, J. G., Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bilbao Bilbao, I. (2014) Capacidad de mentalización y sistemas motivacionales. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, Año I, nº II.
- Bleichmar, H. (1994). Aportes para una reformulación de la teoría de la cura en psicoanálisis: ampliación de la conciencia, modificación del inconsciente. *Revista Argentina de Psicología*, 25(44), 23-44.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Bleichmar, H. (1999). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, 1. Recuperado de: www.aperturas.org
- Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas psicoanalíticas*, 5. Recuperado de: <http://www.aperturas.org>
- Bleichmar, H. (2005). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. *Aperturas psicoanalíticas*, 21. Recuperado de: www.aperturas.org
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Barcelona, España: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, 6. Recuperado de: www.aperturas.org
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona, España: Paidós.
- Fodor, J. (1986). *La modularidad de la Mente*. Madrid, España: Morata.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. y Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P. (1998). Moments of change in psychoanalytic theory: Discussion of a new theory of psychic change. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 346-353.
- Fonagy, P. y Target, M. (2001). Jugando con la realidad: III. La persistencia de la realidad psíquica dual en pacientes borderline. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*.
- Habif, C. y De Filpo Beascoechea, M. (2007). El enfoque modular – transformacional. La complejidad de las relaciones entre el apego y los diferentes sistemas motivacionales: Implicaciones clínicas. En Marrone M. (Ed.) *Apego y Psicoterapia, Un paradigma revolucionario* (pp. 563-593). Madrid, España: Psimática.
- Ingelmo Fernández, J., Méndez Ruíz, J. A. e Iceta Ibañez, M. (2013). Los trastornos graves de la personalidad desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, 42.
- Kernberg, O. (1997). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. Nueva York, NY: Int.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Marrone, M. y Cortina, M. (2017). *Apego y Psicoterapia, Un paradigma revolucionario*. Madrid, España: Psimática.
- Méndez Ruiz, J. A. y Ingelmo Fernández, J. (2009). La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional. *Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Madrid, España: Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.
- Puget, J. y Berenstein, I. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Szwarc, N. (2008). El modelo modular-transformacional para el tratamiento de niños y adolescents. *Aperturas psicoanalíticas*, 29. Recuperado de: www.aperturas.org
- Westen, D. (1997). Towards a clinically and empirically sound theory of motivation. *The International journal of psycho-analysis*, 78(3), 521-548.

Manuel Villegas · Pilar Mallor

PAREJAS
A LA CARTA

Las relaciones amorosas
en la sociedad posmoderna



Herder

INDICE GENERAL AÑO 2018

Nº 109 TEMAS EXISTENCIALES EN PSICOTERAPIA

Existential Issues in Psychotherapy

EDITORIAL / FROM THE EDITOR

LA TEORÍA DEL DESARROLLO MORAL EN EL MARCO DEL ANÁLISIS EXISTENCIAL

The theory of moral development and existential analysis

Manuel Villegas

CUANDO LOS SÍNTOMAS NO DEJAN VER EL SENTIDO. VIAJE EXISTENCIAL AL CENTRO DE LA PSICOTERAPIA

When the symptoms do not allow us to see the meaning. Existential journey to the center of psychotherapy

Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González

LOGOTERAPIA, FUNDAMENTOS Y LÍNEAS DE INTERVENCIÓN

Logotherapy, foundations and intervention lines

M^a Angeles Noblejas de la Flor

DIÁLOGOS EXISTENCIALES EN PSICOTERAPIA. LA VOZ DE LOS PACIENTES

Existential dialogues in psychotherapy. The voice of patients

Manuel Villegas

MEDITACIONES PSICOLÓGICAS SOBRE LA MUERTE

Psychological meditations on death

Juan García-Haro, Marta González González y Henar García-Pascual

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

CUANDO SE DEJA DE HACER PIE. NOTAS SOBRE CULTURA MODERNA, CRISIS DE SENTIDO VITAL Y PSICOPATOLOGÍA

When the ground cannot be touch. An outline of modern culture, crisis of meaning of life and psychopathology

Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González

DIMISIÓN DEL YO-AGENTE COMO CONDICIÓN TRANSDIAGNÓSTICA

Resignation of self-agent as a transdiagnostic condition

Juan García-Haro, Henar García-Pascual y Marta González González

EL TERAPEUTA DE CABECERA. UNA ALTERNATIVA AL PSICOTERAPEUTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

The Therapist practitioner. An alternative to the Primary Care Psychotherapist

Juan Romeu Leder

PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN DESDE 1997

Suicide Behaviour Prevention in Youth and Adolescents: A Review since 1997

María Paz Mora Encinas

Nº 110 AVANCES EN PSICOTERAPIAS TRANSDIAGNÓSTICAS**Advances in transdiagnostic psychotherapies**

EDITORIAL: AVANCES EN PSICOTERAPIAS TRANSDIAGNÓSTICAS

From the editor: Advances in transdiagnostic psychotherapies

EL MÉTODO DE NIVELES: ¿ES LA TERAPIA PSICOLÓGICA DISPONIBLE MÁS PARSIMONIOSA?

Method of Levels: Is it the Most Parsimonious Psychological Therapy Available?

Warren Mansell

LA REGULACIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR TRANSDIAGNÓSTICO EN PSICOTERAPIA:
LUCES Y SOMBRAS DE UN CAMPO EN DESARROLLO*Emotion Regulation as a Transdiagnostic Factor in Psychotherapy: Lights and Shadows of a Developing Field*

Fernández-Alvarez, J., Molinari, G., Colombo, D., García-Palacios, A., Riva, G. y Botella, C.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL TRANSDIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN
CONTEXTO IDEAL*Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy in Primary Care: An ideal setting*César González-Blanch, María Ruiz-Torres, Patricia Cordero-Andrés, Olga Umaran-Alfageme,
Aida Hernández-Abellán, Roger Muñoz-Navarro y Antonio Cano-VindelTRANSDIAGNÓSTICO DE LAS OBSESIONES Y LAS COMPULSIONES: UNA PROPUESTA
The transdiagnostic nature of obsessions and compulsions: A proposal

Amparo Belloch y Belén Pascual-Vera

INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA INTEGRADA Y TRANSDIAGNÓSTICA EN LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA*Integrative and Transdiagnostic psychotherapeutic Intervention in Eating Disorders*

Andrés Gómez Del Barrio

TERAPIA TRANSDIAGNÓSTICA Y TRANSTEÓRICA PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD
Trans-diagnostic and trans-theoretical therapy for personality disorder

W. John Livesley

UN MODELO TRANSDIAGNÓSTICO GUIADO POR EL SELF: UNA VISIÓN AMPLIADA DE LA
PSICOTERAPIA COGNITIVO ANALÍTICA*A transdiagnostic self guided model: An extended approach to cognitive analytic therapy*

Carlos Mirapeix

Artículos del monográfico de libre accesoMETHOD OF LEVELS: IS IT THE MOST PARSIMONIOUS PSYCHOLOGICAL THERAPY
AVAILABLE?

Warren Mansell

TRANSDIAGNOSTIC AND TRANS-THEORETICAL THERAPY FOR PERSONALITY DISORDER
W. John Livesley**Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)**THE THERAPEUTIC COLLABORATION IN DROPOUT CASES OF NARRATIVE THERAPY: AN
EXPLORATORY STUDY

Dulce Pinto, Inês Sousa, Ana Pinheiro, Ana Cláudia Freitas y Eugénia Ribeiro

AUTOLESIONES EN LA ADOLESCENCIA: SIGNIFICADOS, PERSPECTIVAS Y PROSPECCIÓN
PARA SU ABORDAJE TERAPÉUTICO*Self-harm in adolescence: Meanings, perspectives and prospecting for his therapeutic approach*

Teresa Sánchez-Sánchez

LA BIBLIOFAM: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO FAMILIAR PARA EL TRATAMIENTO DEL
ADULTO MAYOR CON DIABETES TIPO 2*The BIBLIOFAM: Family psychoeducational program for the treatment of older adults with type 2 diabetes*

Lucía Pérez Sánchez

PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL ORIENTADA AL FOCUSING: UNA VISIÓN GENERAL
Focusing-Oriented-Experiential Psychotherapy: An overview

Alejandro Marcelo López Marín

ENFOQUE BREVE ESTRATÉGICO: UN CAMINO SIMPLE Y EFECTIVO PARA SOLUCIONAR PROBLEMAS COMPLEJOS

Brief Strategic Approach: A simple and effective way to solve complex problems

Mercedes Castillo Sotelo, Ana Isabel Brito Sánchez y Rubén Vargas Jiménez

TERAPIA BREVE-RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS/MRI Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. UNA COMPARACIÓN SUCINTA DE MODELOS: COMPARACIÓN DE UN CASO CLÍNICO A TRAVÉS DE DOS ENFOQUES PSICOTERAPÉUTICOS DIFERENTES

Problem Solving Brief Therapy/MRI Style and Cognitive-Behavioral Therapy. A Brief Comparison of Models: A clinical case comparing two different therapeutic approaches

Andrea Kiskeri Aiguabella

Recensión de Libros:

“LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA SISTÉMICA” DE ALICIA MORENO (ED.)

Danilo Moggia

EL MODELO COGNITIVO POST-RACIONALISTA. HACIA UNA RECONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA Y CLÍNICA

Carla Ugarte

Nº 111 APEGO Y PSICOTERAPIA EN SITUACIONES COMPLICADAS

Attachment and psychotherapy in complex situations

EDITORIAL: APEGO Y PSICOTERAPIA EN SITUACIONES COMPLICADAS

From the Editor: Attachment and psychotherapy in complex situations

LA CONTRIBUCIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Attachment and Systemic Family Therapy

Matteo Selvini y Anna María Sorrentino

UNA FORMULACIÓN FUNCIONAL FAMILIAR USANDO EL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y ADAPTACIÓN

A Family Functional Formulation using the Dynamic Maturational Model of Attachment and Adaptation

Inés Valero Rivas

PARTICULARIDADES DEL DIÁLOGO CLÍNICO EN LAS INTERVENCIONES CENTRADAS EN EL VÍNCULO

Particularities of the Clinical Dialogue within Attachment-Centered Interventions

Carlos Pitillas Salvá

LA ECOLOGÍA NARRATIVA DEL TRAUMA RELACIONAL

The Narrative Ecology Of Relational Trauma

F. Javier Aznar Alarcón y Nuria Varela Feal

APEGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Attachment and Eating Disorders: Implications for Psychotherapy Intervention

Laura Hernangómez Criado

APEGO Y ORGANIZACIONES LÍMITE: AJUSTES EN PSICOTERAPIA

Attachment and Borderline Organizations: Adjustments in Psychotherapy

Ignacio Serván García

MÚLTIPLES SISTEMAS MOTIVACIONALES: INTERVENCIÓN EN UN CASO COMPLEJO DESDE EL ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL

Multiple Motivational Systems: Intervention in a Complex Case from the Transformational Modular Approach

Carlos Habif y Carolina Scarafía

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERIMENOPAUSIA MEDIANTE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS

Improvement of the quality of life in Perimenopause through a program based on mindfulness

Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor

PROPUESTA FENOMENOLÓGICA HERMENÉUTICA PARA EL ABORDAJE DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD. UN ABORDAJE DESDE LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS DE HEIDEGGER, GADAMER, LÄNGLE, RICOEUR, MERLEAU-PONTY Y ARCIERO

Hermeneutical phenomenological proposal for the approach of borderline personality disorder. An approach from the theoretical approaches of Heidegger, Gadamer, Längle, Ricoeur, Merleau-Ponty and Arciero

Cristóbal Pacheco

DOS MODELOS DE CRISIS SUICIDA. UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Two models of suicidal crisis. A clinical perspective

Juan García-Haro, Marta González González y Henar García-Pascual

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERIMENOPAUSIA MEDIANTE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS

IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PERIMENOPAUSE THROUGH A PROGRAM BASED ON MINDFULNESS

Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Facultad de Psicología. Madrid, España

Departamento de Psicología Básica II

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Espejo Zamora, J. F. y Conde Pastor, M. (2018). Mejora de la calidad de vida en la perimenopausia mediante un programa basado en mindfulness. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 131-143.

Resumen

El objetivo prioritario que se pretende con esta investigación es comprobar si la aplicación del programa Mindfulness based Stress Reduction (MBSR) modificado, que ha demostrado ser efectivo en distintos trastornos psicológicos, resulta también efectivo en la reducción de muchos de los síntomas psicológicos que se presentan durante la perimenopausia. Para ello hemos realizado un diseño experimental, en el que participan 80 mujeres perimenopáusicas sanas, constituyendo dos grupos uno experimental cuya edad media era de 46.7 y la desviación típica de 4.2 y un grupo control cuya media fue de 46.9 y una desviación típica de 4.9. Para cuantificar objetivamente la calidad de vida de los sujetos, se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia (a de Cronbach = .9092) y para determinar el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se midieron diversas variables psicofisiológicas como la frecuencia cardíaca, la respiratoria, la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica. Se demuestra que el MBSR en su versión modificada, mejora el bienestar psicológico de las mujeres durante el periodo de la perimenopausia, y en consecuencia, también su calidad de vida, de forma significativa.

Palabras clave: perimenopausia, MBSR, Escala Cervantes, medidas psicofisiológicas, síntomas psicológicos.

Abstract

The main objective of this research is to verify whether the application of the modified Mindfulness based Stress Reduction (MBSR) program, which has been shown to be effective in different psychological disorders, is also effective in reducing many of the psychological symptoms that occur during perimenopause. To this end, we have carried out an experimental design, in which 80 healthy perimenopausal women participate, constituting two experimental groups, one with an average age of 46.7 and a standard deviation of 4.2 and a control group with an average of 46.9 and a standard deviation of 4.9.

In order to objectively quantify the quality of life of the subjects, we used the Cervantes Scale of quality of life in menopause (a de Cronbach = .9092) and to determine the level of emotional activation of all participants in each group, we measured various psychophysiological variables such as heart rate, respiratory, systolic blood pressure and diastolic blood pressure. The modified MBSR has been shown to significantly improve women's psychological well-being during the perimenopausal period and, consequently, their quality of life.

Keywords: perimenopausia, MBSR, Cervantes Scale, psychophysiological measures, psychological symptoms.

Fecha de recepción: 15/03/2018. Fecha de aceptación v1: 01/05/2018. Fecha de aceptación v2: 01/10/2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: jfcoesza@cop.es

Dirección postal: Facultad de Psicología UNED. Departamento de Psicología Básica II.

Despacho 2.29. C/ Juan del Rosal nº 10. 28040 Madrid. España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Introducción

La vida reproductiva de la mujer se inicia con la primera menstruación o menarquía y se mantiene hasta la menopausia. Desde la menarquía hasta la menopausia transcurre un periodo de tiempo muy amplio (40 años de media), el cual está condicionado por la influencia de las hormonas en general, pero muy específicamente por las femeninas, estrógenos y progesterona (Glenville, 1998; Legorreta, 2007).

A lo largo de este período de tiempo, desde la pubertad hasta la senectud, se producen en la mujer diversos cambios a todos los niveles, físico, psicológico y hormonal, que confirman sin duda el carácter dinámico del amplio proceso. Sin embargo, existe una etapa, en la que los cambios en la mujer son especialmente importantes por su trascendencia, ésta es la menopausia (Li, Lanuza, Gulanick, Penckofer y Holm, 1996; Malacara, 2006). Con frecuencia, se utilizan como sinónimos las palabras menopausia y climaterio, aunque su significado no es el mismo; concretamente, el término climaterio hace referencia al periodo anterior y posterior a la presentación de la menopausia, y por otro lado, el término menopausia se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación definitivamente, tras doce meses de amenorrea. En la menopausia, además de producirse una serie de síntomas físicos como por ejemplo, sofocos, palpitaciones, sudoración, pérdida de elasticidad de la piel, dispareunia, aumento de peso, entre otros, y psicológicos como pueden ser síntomas depresivos, irritabilidad, alteraciones de la memoria y de la concentración, labilidad emocional y cambios de humor; se añade además el hecho de que se deja atrás para siempre la capacidad de reproducción (Canto, 2006; Larroy, Gutierrez y León, 2004). De las distintas etapas que conforman todo el climaterio, existe una muy importante, la perimenopausia, que como su propio nombre indica, sería la etapa que está alrededor de la menopausia indicándonos la transición hacia ésta.

La perimenopausia es una etapa difícil de encuadrar temporalmente, aunque podría asentarse entre los 45 y los 55 años de edad por término medio, con una duración aproximada de unos 4 o 5 años. Esta etapa tan importante del proceso, ha sido menos estudiada, y es sin embargo, donde se inician los síntomas a todos los niveles, físico, endocrinológico y psíquico. Las mujeres en ésta etapa presentan una gran diversidad de alteraciones como sofocos, irregularidades menstruales manifiestas y alteraciones del estado del ánimo, debido al descenso hormonal de estrógenos y progesterona. Debemos pensar que aunque sea una etapa fisiológica normal para todas las mujeres, no está exenta de riesgo para la salud física y psicológica ni de sufrir síntomas muy molestos (García-Portilla, 2009; Sánchez-Cánovas, 1996; Seifer y Naftolin, 1998).

Todo esto unido a otros factores sociales, como que los hijos sean mayores e independientes, el consiguiente cambio de rol, los cambios físicos evidentes, etc., hacen que una mayoría de mujeres en ésta etapa de sus vidas, acusen y vivencien de una forma negativa, este tipo de alteraciones físicas y emocionales que, en último

término van a mermar su salud física y psicológica.

Existen muchas técnicas de meditación que han demostrado su eficacia en la regulación emocional. Este es el caso de la técnica de *Mindfulness* traducido en castellano como atención plena, y más concretamente, el Programa de Reducción del Estrés basado en mindfulness (MBSR). Este programa ha demostrado sistemáticamente su eficacia en el ámbito de la salud, en distintos tipos de trastornos de ansiedad, depresión, adicciones, dolor crónico, estrés, entre otros muchos. (Kabat Zinn, Wiley, Capuano, Baker, Kimmel y Shapiro, 2005; Jain et al., 2007; Kabat Zinn, 2003). Pero los beneficios de ésta técnica no solo han sido demostrados en población clínica; también existen estudios que han demostrado la eficacia del programa MBSR, en población sana, mejorando distintas respuestas de malestar psicológico como, por ejemplo, preocupación, obsesiones, nerviosismo, irritabilidad, estrés, entre otras (De la Fuente, Franco y Mañas, 2010; Jain et al., 2007; Nyklicek y Kuijpers, 2008; Simón, 2007; Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

El *Mindfulness* es un proceso que consiste en observar expresamente cuerpo y mente, en permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y en aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas, ni intentar fijarlas, tampoco en intentar suprimirlas, ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. La atención plena no implica intentar ir a ningún sitio, ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos, familiarizados más con nuestras propias experiencias presentes un momento tras otro, *mindfulness* es prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (Kabat-Zinn, 2003; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006; Simón, 2010). Además de los distintos programas tradicionales de *Mindfulness*, existen otros basados en *Mindfulness* que modificando o abreviando el número de sesiones, han demostrado ser eficaces para el tratamiento de distintas alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad y síntomas de estrés (Luchterhand, Rakel, Zakletskaia y Zgierska, 2013).

Para objetivar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio, existen distintas escalas de medida. Sin embargo, se ha decidido utilizar la Escala Cervantes ya que es un instrumento de medida de la calidad de vida validado en España y específico para la perimenopausia y la menopausia. Nuestra elección se debió a las múltiples ventajas con respecto a otros instrumentos de medida parecidos, como por ejemplo, el cuestionario Menopause-especific Qol Questionnaire (MENQOL) (Hilditch et al., 2008), o el Qualifenne Menopausal Symptoms List (MSL) (Freeman, Sammel, Liu y Martin, 2003) entre otros, ambos cuestionarios extranjeros, traducidos al castellano, pero con las limitaciones sociales que ello implica. La Escala Cervantes es sencilla, fácil de aplicar, de corto tiempo de administración y de fácil comprensión para las participantes. Sus 31 ítems valoran la calidad de vida, los síntomas de la perimenopausia y otros aspectos como el estado de ánimo, la relación de pareja y la sexualidad, que se interrelacionan en la esfera física y psicosocial de la mujer y además repercuten en su bienestar general; es además, una escala con alta

fiabilidad, validez y consistencia (Palacios et al., 2004; Sánchez et al., 2015).

El objetivo de éste estudio es mejorar la calidad de vida y la sintomatología psíquica en mujeres perimenopáusicas sanas, a través de la aplicación del Programa de Reducción del Estrés basado en mindfulness (MBSR) modificado.

Método

Participantes

Los criterios de elección de la muestra se han definido por mujeres perimenopáusicas que no padecen ninguna patología y que, en consecuencia, no hacen tratamiento psicológico ni farmacológico alguno. Por tanto, se excluyeron aquellas participantes con patologías y tratamiento, así como aquellas que ya practicaban algún tipo de meditación o cualquier otra técnica o tratamiento. De un total de 100 mujeres, seleccionadas inicialmente, se constituye finalmente una muestra de 80 mujeres perimenopáusicas sanas de entre 45 y 55 años de edad. De estas 80 participantes, formamos aleatoriamente dos grupos de 40 mujeres cada uno, el grupo experimental (Grupo 1) tenía una edad media de 46.7 y una desviación típica (DT) de 4.2, en el grupo control (Grupo 2) la media de edad fue de 46.9 y la desviación típica de 4.9.

Instrumentos

Se utilizó la Escala Cervantes de calidad de vida en la menopausia, entre otros motivos por presentar una alta consistencia interna (α de Cronbach= .9092). El ámbito de aplicación de esta escala es la población femenina española de entre 45 y 64 años de edad. Consta de 31 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: Menopausia y salud, con 15 ítems que incluían sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento, sexualidad con 4 ítems, relación de pareja con 3 ítems y el dominio psíquico que engloba la sintomatología psicológica con 9 ítems. La Escala Cervantes se aplica en unos 7 minutos aproximadamente, tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 155, de mejor a peor calidad de vida.

Se utilizó también el equipo con registro gráfico Marquette Hellige Solar 8000, compuesto de varios módulos integrados para la medida de distintas respuestas psicofisiológicas, así como, electrodos desechables MD de 43 milímetros de diámetro, fabricados con cloruro de plata y gel conductor, que presentan una resistencia eléctrica de 200 ohmios, para medir las respuestas psicofisiológicas sensibles al cambio de activación fisiológica (Conde, Menéndez y López, 2000). Concretamente, se midieron la frecuencia cardiaca (FC) en latidos por minuto (lpm), la frecuencia respiratoria (FR) en ciclos por minuto (cpm) y la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), ambas en milímetros de mercurio (mmHg).

Procedimiento

El procedimiento se realizó en dos fases. La fase 1 consistió en un entrenamiento presencial, donde se les explicó a las participantes de ambos grupos las características del climaterio femenino y, especialmente, de la perimenopausia, así como la dinámica de las distintas fases del experimento, entregándoles un cuestionario que permitió llevar un registro de las distintas características biopsicosociales, así como el consentimiento informado.

Una vez que comprendieron todo el proceso, se procedió a administrar a todas las participantes La Escala Cervantes, con el fin de objetivar la calidad de vida de estas mujeres.

Con objeto de determinar objetivamente el nivel de activación emocional de todas las participantes de cada grupo, se les registraron de forma continua, durante 10 minutos, la FC, FR, PAS y PAD, al inicio y al final de la primera fase, calculando los valores medios de línea base para cada variable y cada una de las participantes.

A continuación, se procedió con la fase 1 del experimento consistente en la aplicación de los distintos tratamientos. Al grupo experimental (Grupo 1) se les entrenó con el *Programa de Reducción del Estrés basado en Conciencia Plena (MBSR) modificado*, consistente en someter a las participantes a 2 sesiones de 8 horas de duración, una el primer día, y otra a los 15 días. Además, se les dió instrucciones para que practicasen en su casa diariamente, durante 40 minutos entre ambas sesiones experimentales, lo cual formó parte de la fase 2 del experimento.

A las participantes del grupo control (Grupo 2) se les pidió que respirasen normalmente en decúbito supino, durante el mismo número y duración de sesiones que al grupo experimental.

La fase 2 del experimento se realizó en casa, para ello se indicó a las participantes del Grupo 1 que practicasen el programa MBSR modificado en casa cada día durante 40 minutos, volviendo a citarlas a los tres meses con objeto de evaluar los resultados mediante la Escala Cervantes y la toma de medidas psicofisiológicas.

A las participantes del grupo control se les pidió que, en decúbito supino, respirasen normalmente en casa 40 minutos diarios durante los mismos tres meses. Al cabo de dicho tiempo se las citó para constatar los resultados a través de la aplicación de la Escala Cervantes y el registro de medidas psicofisiológicas.

	Grupo 1 (Experimental)	Grupo 2 (Control)
Fase 1	Breve explicación sobre menopausia y perimenopausia	
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al inicio de la 1ª sesión	
	2 sesiones de 8 horas de entrenamiento en MBSR modificado una cada 15 días	Respirar normalmente en decúbito supino durante el mismo número de sesiones
	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado entre ambas sesiones	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios entre ambas sesiones
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, al final de la 2ª sesión	
Fase 2	Practicar en casa 40 minutos diarios MBSR modificado durante 3 meses	Respirar normalmente en decúbito supino en casa 40 minutos diarios durante 3 meses
	Administración Escala Cervantes de calidad de vida a los 3 meses	
	10 minutos línea base FC, FR, PAS, PAD, a los 3 meses	

Fig1. Diseño experimental.

Resultados

Los resultados obtenidos en nuestro estudio tras la aplicación del programa MBSR modificado nos confirman, como esperábamos, una mejoría de la sintomatología psicológica de las participantes en este experimento, así como un incremento importante de la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

El análisis estadístico de esta intervención se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS. La Tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos calculados para los dos grupos de participantes, experimental y control. Podemos comprobar como al final del tratamiento con MBSR modificado, el Grupo 1 ha experimentado una reducción de la activación psicofisiológica, objetivada por la disminución de los valores medios en FC, FR, PAS y PAD (ver Fig. 2), respecto del Grupo 2, donde podemos afirmar que no se han producido variaciones en los valores de FC, FR, PAS, Y PAD (ver Tabla 1), que nos hagan pensar en una mejoría de la regulación emocional de las participantes en dicho grupo (ver Fig.3).

Con objeto de constatar la significación estadística de éste estudio, hemos analizado nuestros datos mediante un ANOVA de un factor, en el que las distintas variables dependientes (FC, FR, PAS, PAD), han sido estudiadas en tres niveles (días 1, 15 y 90 del tratamiento), de la variable independiente o factor (tratamiento MBSR modificado).

Los resultados nos muestran que existe significación estadística para todas las variables dependientes del Grupo 1 (ver Tabla 2), donde $p < .005$. Obtenemos valores de $F = 3.999$ y $p = .000$, para FC; $F = 47.269$ y $p = .000$, para FR; $F = 23.500$ y $p = .000$, para PAS y $F = 37.694$ y $p = .000$, para PAD; con lo cual, y la vista de los resultados anteriores, podemos concluir que el programa de MBSR modificado aplicado aquí ejerce un efecto positivo en cuanto a la regulación emocional de las

participantes en el experimento.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los grupos experimental y control.

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
FC 1	1 DÍA	40	76.60	10.18	1.60	73.34	79.85	56.00	100.00
	15 DÍAS	40	71.85	8.21	1.29	69.22	74.47	55.00	95.00
	90 DÍAS	40	62.27	4.08	.64	60.96	63.58	55.00	71.00
	Total	120	70.24	9.86	.90	68.45	72.02	55.00	100.00
FC 2	1 DÍA	40	76.90	7.80	1.23	74.40	79.39	62.00	94.00
	15 DÍAS	40	76.35	7.05	1.11	74.09	78.60	64.00	91.00
	90 DÍAS	40	76,67	6.94	1.09	74.45	78.89	62.00	94.00
	Total	120	76.64	7.21	.65	75.33	77.94	62.00	94.00
FR 1	1 DÍA	40	20.87	3.68	.58	19.69	22.05	12.00	28.00
	15 DÍAS	40	18.45	2.73	.43	17.57	19.32	13.00	25.00
	90 DÍAS	40	14.55	2.18	.34	13.85	15.24	11.00	21.00
	Total	120	17.95	3.91	.35	17.25	18.66	11.00	28.00
FR 2	1 DÍA	40	18.47	3.27	.51	17.42	19.52	12.00	28.00
	15 DÍAS	40	18.52	2.96	.46	17.57	19.47	14.00	27.00
	90 DÍAS	40	18.72	2.79	.44	17.83	19.61	12.00	26.00
	Total	120	18.57	2.99	.27	18.03	19.11	12.00	28.00
PAS 1	1 DÍA	40	133.52	16.20	2.56	128.34	138.70	82.00	170.00
	15 DÍAS	40	127.80	13.00	2.05	123.64	131.95	86.00	141.00
	90 DÍAS	40	113.47	10.62	1.68	110.07	116.87	90.00	145.00
	Total	120	124.93	15.81	1.44	122.07	127.79	82.00	170.00
PAD 1	1 DÍA	40	77.55	10.76	1.70	74.10	80.99	45.00	90.00
	15 DÍAS	40	72.60	10.10	1.59	69.36	75.83	50.00	90.00
	90 DÍAS	40	59.82	6.94	1.09	57.60	62.04	46.00	76.00
	Total	120	69.99	11.97	1.09	67.82	72.15	45.00	90.00
PAS 2	1 DÍA	40	129.22	10.75	1.69	125.78	132.66	92.00	150.00
	15 DÍAS	40	129.47	10.35	1.63	126.16	132.78	100.00	148.00
	90 DÍAS	40	130.50	8.85	1.40	127.66	133.33	110.00	143.00
	Total	120	129.73	9.95	.90	127.93	131.53	92.00	150.00
PAD 2	1 DÍA	40	71.05	9.30	1.47	68.07	74.02	51.00	89.00
	15 DÍAS	40	72.22	8.16	1.29	69.61	74.83	60.00	87.00
	90 DÍAS	40	73.20	6.82	1.07	71.01	75.38	62.00	87.00
	Total	120	72.15	8.14	.74	70.68	73.62	51.00	89.00

Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1

Grupo 2: FC2, FR2, PAS2, PAD2

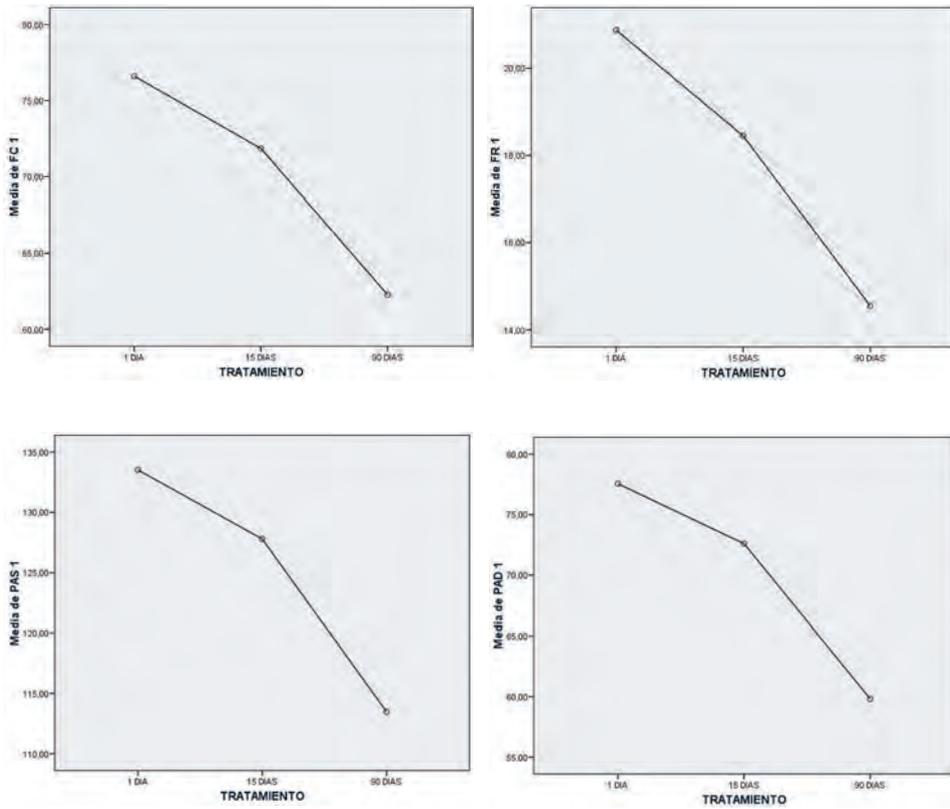


Fig 2. Medias Grupo 1 en FC, FR, PAS, PAD.

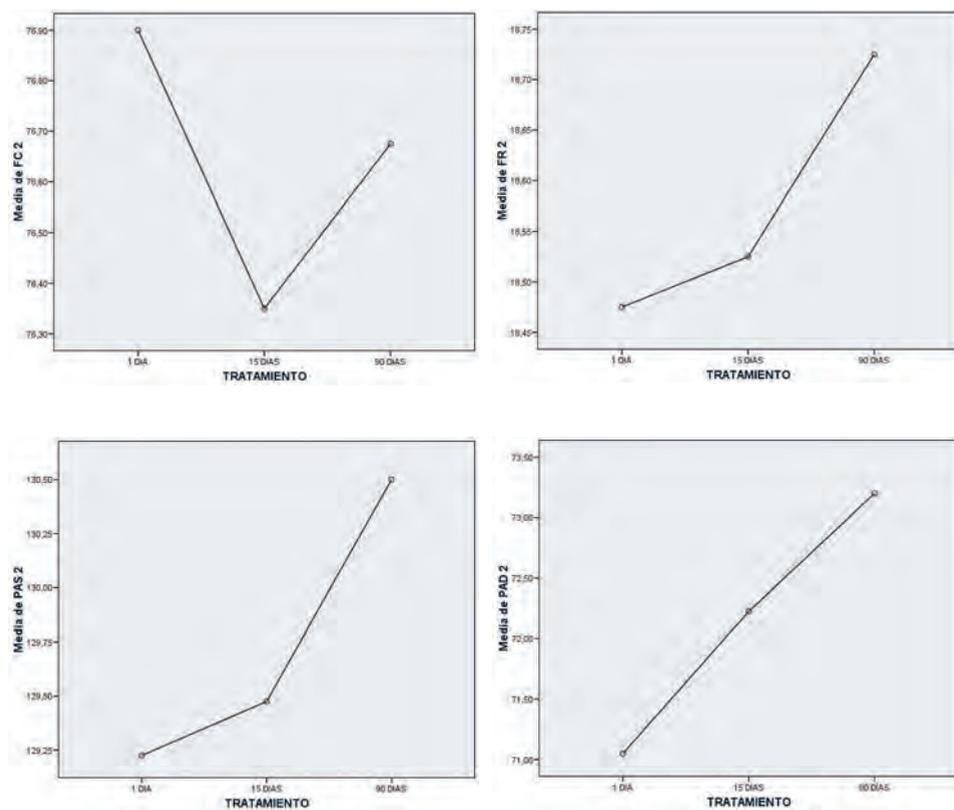


Fig 3. Medias Grupo 2 en FC, FR, PAS, PAD.

Tabla 2. ANOVA.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
FC 1	Inter-grupos	4259.31	2	2129.65	33.999	.000
	Intra-grupos	7328.67	117	62.63		
	Total	11587.99	119			
FC 2	Inter-grupos	6.11	2	3.05	.058	.944
	Intra-grupos	6193.47	117	52.93		
	Total	6199.59	119			
FR 1	Inter-grupos	814.61	2	407.30	47.269	.000
	Intra-grupos	1008.17	117	8,61		
	Total	1822.79	119			
FR 2	Inter-grupos	1.40	2	.70	.077	.926
	Intra-grupos	1063.92	117	9.09		
	Total	1065.32	119			
PAS 1	Inter-grupos	8533.11	2	4266.55	23.500	.000
	Intra-grupos	21242.35	117	181.55		
	Total	29775.46	119			
PAD 1	Inter-grupos	6691.71	2	3345.85	37.694	.000
	Intra-grupos	10385.27	117	88.76		
	Total	17076.99	119			
PAS 2	Inter-grupos	36.51	2	18.25	.182	.834
	Intra-grupos	11746.95	117	100.40		
	Total	11783.46	119			
PAD 2	Inter-grupos	92.71	2	46.35	.696	.501
	Intra-grupos	7793.27	117	66.60		
	Total	7885.99	119			
Grupo 1: FC1, FR1, PAS1, PAD1			Grupo 2: FC2, FR2, PAS2 ,PAD2			

Respecto a los resultados obtenidos tras la aplicación de la Escala Cervantes (EC), en la cual hemos estudiado la valoración global de dicha escala y la específica referida a uno de sus dominios, concretamente el dominio psíquico, donde una menor puntuación establece una mejor calidad de vida en la perimenopausia, calculando los valores medios de puntuación, tanto para el Grupo 1 como para el Grupo 2, en la primera y segunda fase de éste estudio. Analizando estos datos podemos observar como las medias para una valoración global de la calidad de vida del grupo control no experimentan variaciones (ver Tabla 3). Sin embargo, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la Fase 1 a la Fase 2 del experimento, indicándonos un incremento en la calidad de vida de estas mujeres.

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala Cervantes de la Menopausia, para el dominio psíquico, podemos constatar, al igual que con la valoración global de la calidad de vida en la perimenopausia de la EC, que las medias del grupo control no experimentan variaciones importantes (ver Tabla 4).

No obstante, en el grupo experimental, sí disminuyen los valores medios estudiados de la Fase 1, a la Fase 2 del experimento, indicándonos en consecuencia una reducción de los síntomas psicológicos, entendido como una disminución de los niveles de ansiedad, depresión e irritabilidad, entre otros.

Para constatar que el tratamiento con MBSR modificado ha sido efectivo, hemos calculado el valor del tamaño del efecto (r), éste es un concepto elaborado por Jacob Cohen que nos indica el grado de relación entre dos variables (Cohen, 1962), calidad de vida y tratamiento aplicado en el caso de la valoración global. Para ello utilizamos el estadístico d de Cohen, valores de 0.2 nos indican un efecto pequeño, un efecto mediano con 0.5 y un efecto grande si el valor es de 0.8 o superior (Cohen, 1988). Tras el cálculo de la d de Cohen hemos obtenido para una $d=2.7947789$ un efecto del tamaño $r=0.8132199$, en cuanto a valoración global de la EC, lo cual nos indica que ha habido un cambio importante en la calidad de vida de las mujeres perimenopáusicas del Grupo 1, después de practicar la técnica de mindfulness diariamente durante tres meses.

Con respecto al tamaño del efecto (r) y la d de Cohen para el dominio psíquico (comparando síntomas psicológicos y tratamiento), los resultados obtenidos muestran una $d=1.6002395$ un efecto del tamaño $r=0.6247521$, estos datos nos permiten afirmar una importante mejoría de los síntomas psíquicos de las mujeres del grupo experimental relacionado con la práctica continuada de mindfulness.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para la valoración global de los grupos experimental y control Escala Cervantes.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
EC 1	1 DÍA	40	72.07	8.39	1.32	69.39	74.75	55.00	95.00
	90 DÍAS	40	40.65	10.85	1.71	37.17	44.12	26.00	76.00
	Total	80	56.36	18.52	2.07	52.24	60.48	26.00	95.00
EC 2	1 DÍA	40	69.37	8.57	1.35	66.63	72.11	55.00	91.00
	90 DÍAS	40	69,22	9.54	1.50	66.17	72.27	56.00	93.00
	Total	80	69.30	9.01	1.00	67.29	71.30	55.00	93.00

Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Tabla 4. Estadísticos descriptivos para el dominio psíquico de los grupos experimental y control Escala Cervantes.

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo	
					Límite inferior	Límite superior			
EC 1	1 DÍA	40	18.35	8.90	1.40	15.50	21.19	2.00	40.00
	90 DÍAS	40	7.65	3.62	.57	6.49	8.80	3.00	18.00
	Total	80	13.00	8.63	.96	11.07	14.92	2.00	40.00
EC 2	1 DÍA	40	18.55	8.70	1.37	15.76	21.33	2.00	39.00
	90 DÍAS	40	18.00	8.19	1.29	15.37	20.62	4.00	35.00
	Total	80	18.27	8.40	.93	16.40	20.14	2.00	39.00

Grupo 1: EC 1 Grupo 2: EC 2

Discusión

A la vista de los resultados obtenidos en el apartado anterior, podemos afirmar, que la aplicación de MBSR modificado en la población femenina perimenopáusica de nuestro estudio, es efectivo para la reducción de la actividad emocional, objetivando un aumento en la calidad de vida de estas mujeres al mantener el tratamiento durante 90 días.

La disminución de los valores medios de FC, FR, PAS y PAD, variables muy sensibles a los cambios emocionales, nos indican que la técnica de mindfulness modificado durante tres meses es efectiva para la reducción de la sintomatología psicológica. Hemos podido constatar como dichas variables experimentan una disminución de sus valores a medida que se aumenta la práctica de la meditación mindfulness. Así pues, a lo largo del experimento, solo los datos finales (a los 90 días de la intervención) han arrojado resultados positivos con respecto a una mejoría en la calidad de vida de las participantes en el grupo experimental, lo cual nos indica que la práctica continuada de dicha actividad es un factor indicativo de mejoría sintomatológica y aumento de la calidad de vida en la perimenopausia.

Tras analizar los resultados de la Escala Cervantes en la perimenopausia, los datos comparados entre las fases 1 y 2 del experimento, tanto en cuanto a la valoración global de la calidad de vida, como la específica del dominio psíquico de dicha escala, indican una disminución de los síntomas psicológicos, además, de una mejoría importante de la calidad de vida global de las participantes del Grupo 1 a tenor de los resultados obtenidos en la segunda fase. Sin embargo, en el Grupo 2 no se han producido variaciones en la sintomatología psicológica, ni tampoco, mejoría en la calidad de vida de estas mujeres, al comparar los resultados de ambas fases experimentales.

Por todo lo anterior podemos decir, que la aplicación continuada de MBSR modificado, al menos durante 90 días, evidencia una disminución de la activación emocional, un decremento de los síntomas psicológicos y un incremento significa-

tivo en la calidad de vida de las mujeres durante la perimenopausia.

A la vista de los resultados obtenidos en éste experimento sería muy interesante, realizar nuevas intervenciones en las cuales la muestra de las participantes fuese más amplia y la aplicación de la técnica de MBSR modificado se mantuviese durante más tiempo, con objeto de verificar si persisten, e incluso, se mejoran los resultados aquí obtenidos.

Referencias bibliográficas

- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: a review. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(3), 145-153.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Nueva York, NY: Routledge Academic.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S. y Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. Part II: a quantitative and qualitative study. *Nursing Practice*, 19(1), 26-35.
- Conde, M., Menéndez, F. J. y López, A. (2000). Estabilización de la actividad electrodermal y ciertos parámetros respiratorios. *Psicothema*, 12(3), 426-434.
- Canto, T. (2006). Los síntomas en la menopausia. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14(3), 141-148.
- De la Fuente, J., Franco, C. y Mañas, I. (2010). Efectos de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness) en el estado emocional de estudiantes universitarios. *Estudios sobre educación*, 19, 31-52.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Rakel, D., Zakletskaia, L. y Zgierska, A. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life and Compassion in Primary Care Clinicians. A pilot study. *Ann Fam Med*, 11(5), 412-420.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L. y Martin, P. (2003). Psychometric properties of a menopausal symptom list. *Menopause*, 10(3), 258-265.
- García-Portilla, M. P. (2009). Depression and perimenopause: A review. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 213-221.
- Glennville, M. (1998). *Menopausia natural: cómo prevenir y aliviar sus molestias sin tratamientos hormonales*. Madrid, España: RBA.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., Van Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G. y Dunn, E. (2008). A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(6), 161-175.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I. y Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11-21.
- Kabat Zinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona, España: Kairós.
- Larroy, C., Gutierrez, S. y León, L. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual de la sintomatología asociada a la menopausia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 77-88.
- Legorreta, D. (2007). La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio femenino. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 44-51.
- Li, S., Lanuza, D., Gulanick, M., Penckofer, S. y Holm, K. (1996). Perimenopause: the transition into menopause. *Health Care for Women International*, 17(4), 293-306.
- Malacara, M. (2006). Nomenclatura y clasificación de las etapas de la vida reproductiva de la mujer adulta. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 14(3), 131-132.
- Nyklíček, I. y Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.

- Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J. J., Parrila, C., Castelo-Branco, C., Manubens, M., Alberich, X., Martí, A. y el Grupo Cervantes (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122(6), 205-211.
- Sánchez- Cánovas, J. (1996). *Menopausia y salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Sánchez, R., García-García, P., Mendoza, N., Soler, B., Álamo, C. y Grupo de estudio Cervantes (2015). Evaluación de la calidad de vida en la mujer menopáusica mediante la escala Cervantes: impacto del tratamiento en la práctica clínica. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58(4), 177-182.
- Seifer, D. y Naftolin, F. (1998). Moving toward an earlier and better understanding of perimenopause. *Fertility and sterility*, 69(3), 387-388.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S.R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 164-176.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 66(67), 5-30. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/mindfulness-y-neurobiologia.html>
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Informació Psicològica*, 100, 162-170.

PROPUESTA FENOMENOLÓGICA HERMENÉUTICA PARA EL ABORDAJE DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD. UN ABORDAJE DESDE LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS DE HEIDEGGER, GADAMER, LÄNGLE, RICOEUR, MERLEAU-PONTY Y ARCIERO

HERMENEUTICAL PHENOMENOLOGICAL PROPOSAL FOR THE APPROACH OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. AN APPROACH FROM THE THEORETICAL APPROACHES OF HEIDEGGER, GADAMER, LÄNGLE, RICOEUR, MERLEAU-PONTY AND ARCIERO

Cristóbal Pacheco

Universidad Autónoma de Chile

Docente carrera de psicología, Universidad Autónoma de Chile, sede Temuco

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pacheco, C. (2018). Propuesta fenomenológica hermenéutica para el abordaje del trastorno límite de personalidad. Un abordaje desde los planteamientos teóricos de Heidegger, Gadamer, Längle, Ricoeur, Merleau-Ponty y Arciero. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 145-166.

Resumen

El presente trabajo, tuvo por objetivo diseñar un modelo de intervención psicoterapéutico desde las tradiciones de la fenomenología y la hermenéutica para el tratamiento del trastorno límite de personalidad (TLP). Para el desarrollo del mismo se realizó una extensa revisión teórica en temas asociados a fenomenología, fenomenología clínica, hermenéutica y trastorno límite de la personalidad, para finalmente establecer una propuesta que combina elementos epistemológicos asociados a la fenomenología-hermenéutica, utilizando como base los planteamientos de autores tales como Alfried Längle, Paul Ricoeur, Maurice Merleau-Ponty y Giampiero Arciero. El presente trabajo considera la necesidad de evaluar los beneficios asociados a la implementación del presente modelo en pacientes con TLP, estableciendo además una pregunta asociada a la definición de elementos formativos con los cuales debe contar un terapeuta fenomenológico-hermenéutico.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, modelo psicoterapéutico, fenomenología, hermenéutica.



Abstract

The objective of this work was to design a model of psychotherapeutic intervention from the traditions of phenomenology and hermeneutics for the treatment of borderline personality disorder (BPD). To develop it, an extensive theoretical review was carried out on topics associated with phenomenology, clinical phenomenology, hermeneutics and borderline personality disorder, to finally establish a proposal that combines epistemological elements associated with phenomenology-hermeneutics, using as a basis the approaches of authors such as Alfried Längle, Paul Ricoeur, Maurice Merleau-Ponty and Giampiero Arciero. The present work considers the need to evaluate the benefits associated with the implementation of this model in patients with BPD, also establishing a question associated with the definition of training elements with which a phenomenological-hermeneutical therapist should have.

Keywords: *Borderline personality disorder, psychotherapeutic model, phenomenology, hermeneutics.*

Introducción

El trastorno Límite de Personalidad (TLP), o también denominado trastorno Borderline, es una patología psiquiátrica grave, cuyo curso y evolución impactan de manera significativa al individuo y a su entorno cercano (APA, 2000), existiendo actualmente una prevalencia que fluctúa entre un 10 a 13% entre la población, presentándose de manera aislada como también de manera comorbida con otros trastornos mentales (Mosquera, 2004). Es, en cuanto a su nosología y reticencia al tratamiento, que el presente trastorno representa un desafío en su abordaje, no observándose mejorías claras en el pronóstico de la patología (Skodol et al., 2002), un trastorno que conlleva un alto interés investigativo, asociado al desarrollo de propuestas de abordaje efectivas.

El presente trastorno, puede ser descrito como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, los afectos y de una notable impulsividad (APA, 2013). Dentro de sus síntomas más frecuentes se encuentran, sentimientos crónicos de vacío, impulsividad en al menos dos áreas, esfuerzos frenéticos por impedir un abandono real o imaginado y un patrón de relaciones interpersonales inestables, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación (APA, 2013).

Para el abordaje clínico del trastorno, se ha considerado tradicionalmente, la administración de un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico a modo de lograr los mejores resultados posibles (Álvarez, 2001). Desde el plano farmacológico, se ha propuesto la utilización de Antidepresivos, Anticonvulsivantes, Antipsicóticos y Benzodiacepinas (Chávez-León, Ng y Ontiveros-Uribe, 2006), favoreciendo el abordaje de desajustes tanto a nivel emocional como conductual.

Se debe referir que las propuestas de intervención a nivel psicoterapéutico, se han concentrado en cuatro modelos de abordaje, dos de ellos considerados Psicodinámicos y dos Cognitivo Conductuales (Zanarini, 2009). Dentro de los modelos de abordaje Psicodinámicos, podemos encontrar la terapia Centrada en la Mentalización (MBT) diseñada por Bateman y Fonagy; como también la terapia Centrada en la Transferencia (TFP) diseñada por Otto Kernberg (Zanarini, 2009). Por otra parte, dentro de las terapias basadas en modelos Cognitivo Conductuales, podemos encontrar la terapia Dialéctica Conductual (DBT) de Linehan y la terapia centrada en Esquemas (SFT) de Jeffrey Young (Zanarini, 2009).

En cuanto a los alcances y resultados terapéuticos obtenidos por estas propuestas de intervención basadas en procedimientos claramente delimitados, se puede referir que, en base a estudios controlados, la terapia Dialéctica Conductual (DBT), ha sido la que ha obtenido mayor efectividad en la disminución de parte de la sintomatología presente en el trastorno (Zanarini, 2009). Se puede indicar, además, que las otras propuestas antes mencionadas no cuentan con suficientes estudios científicos, a diferencia de la terapia Dialéctica Conductual, que puedan comprobar su efectividad en la remisión sintomática. Sin embargo, no es posible comparar estos modelos ante la ausencia de suficiente investigación asociada

(Zanarini, 2009).

La presencia de propuestas estandarizadas de abordaje terapéutico, representan una oportunidad en la resolución estructurada de una problemática, pudiendo basarse en una comprensión, explicación y posibles soluciones, en base a la sintomatología descrita en el trastorno. Por otra parte, surge la necesidad de establecer una pregunta fundamental, basada en cuán efectiva es una propuesta técnica en el abordaje de una problemática que no considera como un elemento central, la vivencia personal del sujeto en relación con este trastorno, quedando del todo relegados elementos tales como la experiencia personal asociada al trastorno, elementos discursivos que permitan comprender como cada persona vivencia esta problemática, como también el riesgo de establecer generalizaciones en base a la utilización de técnicas altamente estandarizadas. El establecimiento de una propuesta que no solo se centre en la etiología o la explicación lineal, favorece el desarrollo de una práctica clínica centrada en la comprensión sobre el establecimiento de explicaciones que no siempre pueden ajustarse al fenómeno de la experiencia.

El trabajo propuesto por Heidegger, Gadamer, Ricoeur y Merleau-Ponty, representa un aporte inconmensurable, al desarrollo de una visión del individuo desde una dimensión de carácter inmediata con consideración plena de los elementos lingüísticos y dinámicos que sobresalen, el desarrollo del denominado “ser en el mundo”. La concepción de un ser impregnado de cultura, tradición y lenguaje, ha influido de manera significativa en el desarrollo de propuestas de intervención que consideran la vivencia y sufrimiento particular del individuo; siendo necesario mencionar los aportes realizados en los trabajos de Längle y Arciero, quienes desarrollan propuestas psicoterapéuticas de clara inclinación fenomenológica-hermenéutica, las cual presentan una vinculación con el individuo y su inmediatez, comprendido como el abordaje del terapeuta desde una vinculación con el mundo concreto del consultante y sus respectivas necesidades.

Surge la necesidad de generar nuevas instancias de apoyo en la intervención psicoterapéutica que permitan ampliar las estrategias de intervención de profesionales de salud mental, sobretodo en trastornos graves de la personalidad como es el TLP, el cual ha contado con un abordaje clínico basado en el empleo de medidas efectivas que, no necesariamente, consideran el sufrimiento particular como elementos significativos y propios de sus propuestas. Es ante lo cual que la presente propuesta, surge como una alternativa de establecer un respeto por la vivencias y sufrimiento individual de una persona que padece un trastorno de personalidad grave como lo es el TLP, entregando herramientas que permitan desarrollar un enfoque que considere su historia, tradición, lenguaje y necesidades particulares, a modo de generar una propuesta terapéutica que favorezca una mejor adaptación a las necesidades de cada consultante.

El presente trabajo tiene como objetivo, desarrollar una propuesta alternativa de abordaje del trastorno Límite de Personalidad, un abordaje que exponga una

oportunidad de propiciar un trabajo de reconocimiento de la autonomía y experiencias individuales como partes constitutivas de una realidad, brindando una propuesta Fenomenológica Hermeneutica, alteógica Hermenéutica, como una alternativa que favorece un acceso al mundo privado de la vivencia particular

Modelo Psicoterapéutico

El desarrollo de la presente propuesta, surge a partir de la consideración de las tradiciones revisadas en el transcurso de esta investigación, las cuales se asocian a los conceptos relativos a Fenomenología, Fenomenología Clínica, Hermenéutica clínica y Trastorno Límite de Personalidad, generando un modelo que permita involucrarse en los aspectos vivenciales del paciente, que padece el presente trastorno de personalidad. A modo de establecer una lógica estructurada, se compromete el desarrollo detallado de tres puntos que sintetizan los elementos centrales de la propuesta, estos son:

- 1.- Definición de la postura/posición del terapeuta fenomenológico-hermenéutico.
- 2.- Momentos asociados al desarrollo de la psicoterapia fenomenológica-hermenéutica para el abordaje de TLP.
- 3.- Abordaje de sintomatología asociada a TLP desde un enfoque fenomenológico-hermenéutico.

1.- Definición de la postura/posición del terapeuta fenomenológico-hermenéutico

Es correcto referir que el desarrollo de todo proceso de abordaje, desde la fenomenología y hermenéutica, conlleva una postura o posición de la figura del observador, la cual favorece la articulación de un conjunto de disposiciones que permiten el verdadero ejercicio fenomenológico y hermenéutico, centrado en la comprensión de la experiencia de cada individuo que sufre una determinada problemática. Es a partir de esta perspectiva, que el desarrollo del proceso denominado “suspensión teórica” por parte de la figura del terapeuta, representa un acercamiento a la “epoche” (acercamiento desprejuiciado) propuesto por Husserl (2016), como una posibilidad de purificar los fenómenos observados por parte de la figura del observador/terapeuta. Sin embargo, este proceso no debe asociarse a una “anulación teórica” en vista de la necesidad de generar, a partir de una intervención de carácter hermenéutico a nivel psicoterapéutico, el desarrollo de un “circulo hermenéutico” de acuerdo a lo establecido por Heidegger (2015), Gadamer (2013), o bien desde la figura de Ricoeur (1996), refiriendo la importancia de generar un interacción dialógica entre la figura del terapeuta y el paciente, espacio en el cual la figura del terapeuta no puede mantener un rol pasivo durante el desarrollo de interpretaciones asociadas a los discursos provenientes de la figura del paciente, a modo de generar un significado compartido que permita la articulación de aspectos asociados a la comprensión del ser, su historia y su vivencia.

Se puede afirmar que una postura asociada al interés ingenuo respecto a la historia de cada consultante, refleja una posición de “presencia terapéutica”, la cual permite la acoplación en el mundo intrapsíquico¹ del paciente, contribuyendo a la creación de un nuevo sentido del sí mismo en el desarrollo de una interacción dialógica (Winnicott, 1965). En el desarrollo de una intervención donde la presencia terapéutica cobra un papel fundamental, suprime la necesidad del “hacer” reemplazándola por una posición centrada en el “estar” y el “ser”, como un sujeto que se encuentra en el desarrollo de un proceso de escucha activa y en directa atención a un conjunto de actos vivenciales que trascienden el componente teórico, el cual si es utilizado como una fuente central dentro del desarrollo de una intervención, pasa a ocupar el valor de intervención de carácter empirista, evitando el involucramiento en aspectos elementales del individuo, como sujeto que vivencia.

De acuerdo a la visión de Heidegger (2015), el dar paso al Dasein (ser en el mundo), es mantener una posición siempre activa por parte del terapeuta, pues él es quien permite que este se muestre en el desarrollo de un ejercicio interaccional, guardando directa relación con el acto comprensivo de la disposición afectiva, experiencial y vivenciales básicas que provienen de lo elemental de cada consultante.

Se puede referir en resumen, la necesidad de establecer un posición orientada a la suspensión y no anulación teórica por parte del terapeuta, quien debe mantener en todo momento una postura activa centrada en la necesidad de propiciar un proceso de interacción dialógica que permita el desarrollo de una interpretación, comprensión y posterior co – exploración que permita la construcción de elementos narrativos en la figura del consultante, como parte central del desarrollo de una psicoterapia fenomenológica hermenéutica. En la figura 1 se desarrolla un cuadro que ejemplifica los elementos anteriormente mencionados.

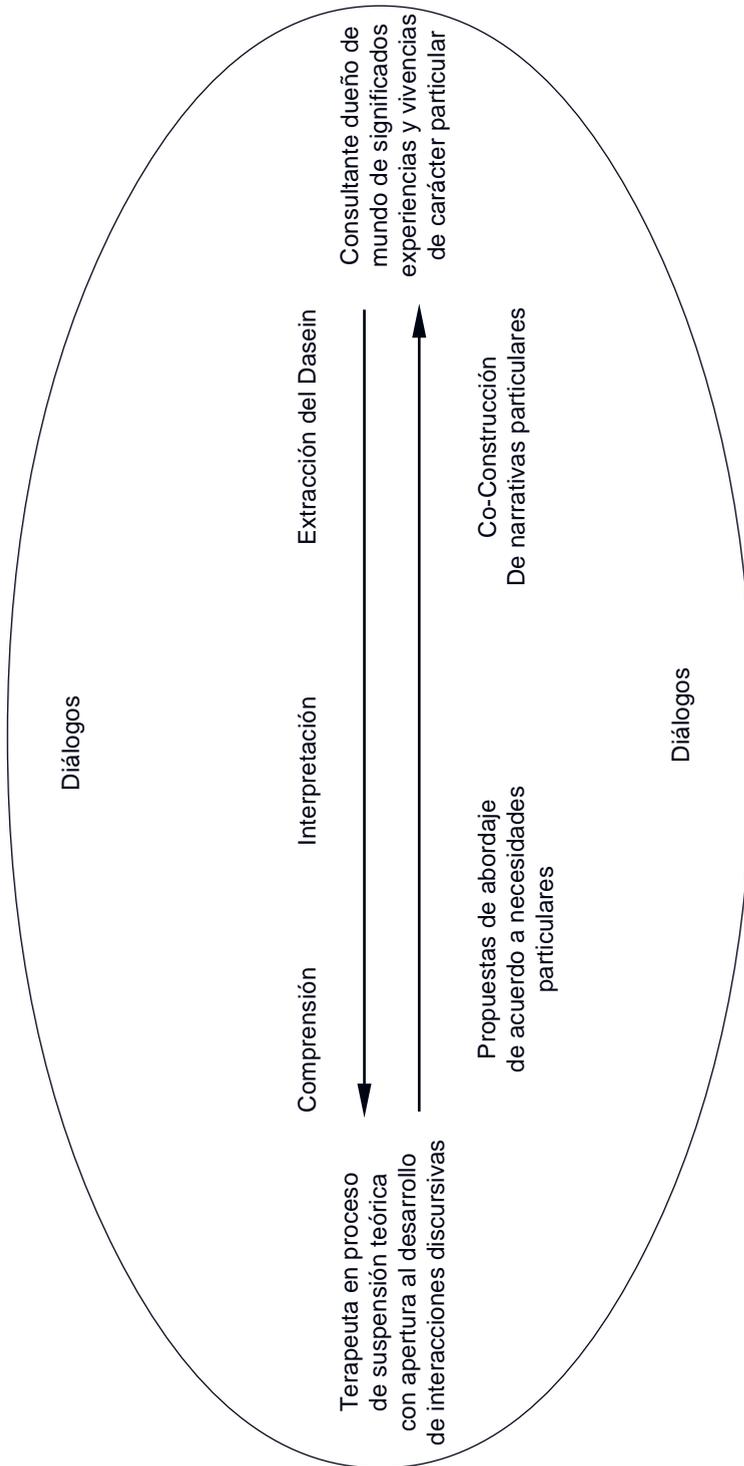


Figura. 1. Psicoterapia basada en posición fenomenológica- hermenéutica por parte de terapeuta

2.- Momentos asociados al desarrollo de la psicoterapia fenomenológica-hermenéutica para el abordaje de TLP

La definición de momentos asociados al desarrollo de este tipo de psicoterapia no resulta una tarea sencilla. Considerando que la presente propuesta investigativa se basa en el desarrollo de una intervención centrada en las vivencias asociadas a una patología particular, no pretende seguir en ningún momento un funcionamiento causal-lineal o bien determinista que implique la necesidad de seguir al pie de la letra ciertas etapas, las cuales deben contar con una adecuación estricta por parte del consultante. Se estima que la definición de los presentes momentos, conlleve la identificación de ciertos episodios centrales que deben estar presentes en toda propuesta de intervención psicoterapéutica, favoreciendo la superación de problemáticas que emergen del presente trastorno de personalidad.

Se compromete el desarrollo de cuatro momentos que sintetizan el desarrollo de un proceso psicoterapéutico, orientado a que el paciente logre un mayor dominio y control de los elementos que actualmente afectan de su desarrollo vital, propiciando la ejecución de intervenciones que favorezcan una mayor autonomía y sentido de bienestar. A continuación, se definen de manera detallada los cuatro momentos comprometidos a considerar.

Interacción dialógica que permita identificar el sufrimiento particular asociado a TLP

Se compromete, en el presente momento, desarrollar un contrato inicial basado en que el proceso depende exclusivamente de decisiones de carácter autónomo, las cuales devuelven al paciente un sentido de propiedad en cuanto a la evolución característica del presente proceso de intervención, demarcando que las decisiones tanto en instancias a nivel terapéutico como en instancias externas al mismo, conllevan un carácter de responsabilidad en la figura del paciente.

El desarrollo de un proceso de interacción dialógica, se condiciona como parte central de un proceso de interacción hermenéutica, el cual se encuentra orientado desde una disposición de suspensión teórica, identificando de manera clara los elementos que repercuten de manera directa y que representan el verdadero sufrimiento del paciente con TLP. El desarrollo de esta instancia de interacción se sustenta en un rol comprensivo, de extracción del Dasein (rescate del ser inmerso en el lenguaje), a partir del discurso entregado, lo cual se encuentra asociado a la tarea de comprensión de la vivencia histórica de un sujeto, mediante una narrativa determinada, permitiendo esto una mayor comprensión del ser en el mundo, de acuerdo a los fundamentos establecidos por Ricoeur (1996), orientados a comprender lo esencial de la vivencia particular, en este caso la vivencia asociada al TLP.

En esta instancia dialógica, se debe mantener una postura de escucha activa, orientada a la comprensión de cómo el desarrollo de un individuo se ve dificultado por la presencia de un cúmulo de sintomatologías que afectan tanto su bienestar psicológico, emocional y conductual, como también su autodefinición a nivel

personal, propiciando un sufrimiento particular que afecta en el aquí y en el ahora, su desarrollo a nivel general. La consideración de elementos asociados a la percepción del sufrimiento particular puede verse claramente en lo referido a nivel teórico por Jaspers (1912), en su descripción de *Vergegenwärtigung* (tomar consciencia mediata), lo cual se encuentra asociado a aquello que sucede al interior del enfermo o consultante, lo cual es vivenciado auténticamente por el paciente, parte central de una mirada fenomenológica centrada en la identificación de lo esencial como parte constitutiva del sujeto.

El presente momento, compromete además la identificación de instancias vitales en el desarrollo del individuo, que han demarcado su desarrollo histórico, constituyendo su autodefinition a nivel identitario, como también la emergencia de sintomatología propia del presente trastorno de personalidad. La identificación histórica puede extraerse de la hermenéutica del *Dasein*, planteada por Heidegger (2015), la cual propone a la figura del observador un espacio de consideración de este *Dasein* desde una dimensión histórico, contextual y trascendental, deviniendo en un ser activo que emerge y converge en un sentido dinámico, lo cual influye en que no se pretende establecer mediante el presente seguimiento histórico, una causalidad directa en cuanto a los elementos que determinaron la emergencia del TLP, sino más bien se busca identificar como el desarrollo histórico del presente individuo pudo converger en su actual funcionamiento basado en una cosmovisión particular, que repercute directamente en aspectos asociados a su vinculación social, autorregulación emocional y conductual, autodefinition identitaria y otros elementos asociados que resulten en un sufrimiento particular en el consultante.

Como resultado de este momento, se espera lograr una clara identificación de cuáles son los principales aspectos a abordar en el caso, en base al desarrollo de un proceso dialógico que propicie la comprensión por parte del terapeuta, de los aspectos que surgen como relevantes para el paciente, los cuales se asocian a los elementos que entregan una mayor problemática a nivel personal.

Identificación de principales aspectos a abordar de acuerdo a vivencia particular

Se estima en el presente momento, generar un espacio de retroalimentación que propicie además un proceso reflexivo por parte del consultante, respecto a los principales aspectos a abordar en base a su actual sufrimiento asociado a la vivencia del TLP, siendo central la clara comprensión por parte del paciente de cómo afectan los elementos a considerar su propia vida. Es a partir de la consideración de una interacción dialógica basada en lo establecido por Anderson y Goolishian (1988, 1992), quienes plantean que el cambio en terapia resulta de la creación de una nueva narrativa y de la consecuente oportunidad para una nueva gestión de los problemas de cada participante, esto puede complementarse con los planteamientos establecidos por Arciero (2014), quien postula que a partir de la deconstrucción, se busca generar un acceso a la experiencia vivida que queda oculta para el sujeto, logrando

de esta forma desarrollar una narrativa apropiada a nivel individual. Lo anterior no surge a partir de un trabajo de imposición por parte de la figura del terapeuta, sino más bien se asocia a una interacción dialógica basada en un respeto por los aspectos que el paciente considera como problemáticos de su propia existencia, siendo estos elementos entregados en base al desarrollo de un acto interpretativo y comprensivo, buscándose en todo momento la confirmación por parte del consultante respecto a la idoneidad de trabajar dichos aspectos como parte central del proceso terapéutico.

El desarrollo adicional de la identificación de motivaciones que entreguen un sentido al consultante respecto a las posibilidades del trabajo terapéutico, se encuentra asociado a lo propuesto por la Logoterapia de Viktor Frankl (1926), pudiendo constituir una excelente práctica para generar un mayor sentido de apropiación respecto al proceso psicoterapéutico por parte de la figura del paciente, el cual si bien estableció una co-identificación respecto a los principales aspectos a abordar, se estima que la figura del terapeuta mantenga una posición de continua apertura en base a situaciones que pueden surgir durante el transcurso del proceso terapéutico, como posibles nuevos intereses o motivaciones que entreguen un nuevo sentido al paciente. Se debe considerar que el interventor se encuentra posicionado frente a un ente activo que puede propiciar en cada momento nuevos significados y vivencias asociadas a su historia particular. El proceso se vuelve un acto flexible de continua definición de temáticas de abordaje, lo cual puede comprenderse a partir de lo planteado por Merleau-Ponty (2000), quien establece al sujeto como un ente temporal e intencional, no como una mera esfera dependiente de una causalidad, como un cuerpo activo y en relación con el mundo, como parte del mundo circundante.

Co-construcción de elementos protectores asociados a elementos sintomatológicos evidenciados como parte de la vivencia particular

El desarrollo de un trabajo de co-construcción de elementos protectores, en el abordaje de sintomatología observada como parte constitutiva de la vivencia particular del paciente, conlleva un desarrollo colaborativo basado en el establecimiento de un conjunto de propuestas de abordaje que permitan una ejecución autónoma por parte del usuario de acciones que promuevan su bienestar a nivel integral. El desarrollo, en conjunto con el paciente, de acciones protectoras orientadas al abordaje del presente trastorno, se basa en un acto respetuoso, fundado en la teoría de las motivaciones fundamentales de la existencia de Alfried Längle (2000), quien expone claramente en su tercera motivación denominada **“Yo soy yo, pero ¿me permito ser como yo soy?”**, la necesidad de consideración del otro, de ser respetado en su propia identidad y como persona en sus necesidades, generando una instancia de valoración personal que promueva el desarrollo de un proceso autónomo con directo apoyo de la figura del terapeuta como un figura facilitadora y en directa consideración a las necesidades a abordar de acuerdo al sufrimiento particular.

Se expondrá en detalle en el apartado destinado al abordaje del TLP, en base a una mirada fenomenológica-hermenéutica, propuestas de intervención para los elementos sintomatológicos frecuentes en el presente trastorno.

Co-contrucción de la Ipseidad como parte de la reestructuración del sentido de sí mismo

En la base de la presencia de una identidad difusa en el presente trastorno, surge la necesidad de co-construir un sentido de identidad histórica que brinde una mayor autonomía en el paciente, otorgando la capacidad de integrar aspectos que le permitan desarrollar un proceso de autorregulación asociado a la sintomatología presente. El trabajo orientado a la renovación de la Ipseidad, se fundamenta en los supuestos de Paul Ricoeur (1996), definiendo que la Ipseidad se ve involucrada en el desarrollo de auto discursos que pueden generar una confusión identitaria, ante la emergencia de relatos alejados de la dimensión histórica propia de las vivencias individuales, en las cuales el protagonista del relato se encuentra sujeto a una realidad sesgada por las posibilidades imaginativas de quien establece un relato, impidiendo generar un sentido de sí mismo que propicie la articulación de recursos protectores a nivel personal.

El presente proceso coincide con los planteamientos realizados por Arciero (2014), quien establece como momentos centrales, en su renovación del posracionalismo desde una perspectiva fenomenológica-hermenéutica, las siguientes etapas:

- Construcción asociada a la renovación de la Ipseidad, la cual brinda nuevas trayectorias de sentido a nivel particular.
- La renovación de la Ipseidad se asocia a un nuevo acceso a las experiencias vividas, respondiendo a una nueva forma de narrarse y sentirse en la vinculación entre el individuo y su entorno.

3.- Abordaje del TLP desde una mirada fenomenológica-hermenéutica, a partir de sintomatología propia del trastorno

A modo de graficar en detalle cómo se abordará la sintomatología propia del TLP mediante una mirada fenomenológica-hermenéutica, se considera identificar el abordaje de cada uno de los síntomas en el trastorno, considerando la perspectiva comprometida en la presente investigación. Como parte fundamental de las propuestas a desarrollar, se considerarán los planteamientos teóricos de Alfried Längle (1990, 2009), asociados al análisis existencial, y de Paul Ricoeur (1996), vinculados al abordaje hermenéutico propuesto por el autor. A continuación, se exponen los criterios diagnósticos del trastorno y su respectiva propuesta de abordaje, principalmente basados en los elementos sintomatológicos propios del TLP, mas no en su vivencia particular, la cual en evidencia puede presentar elementos distintivos particulares para cada caso.

Criterios DSM-IV, en base a aspectos vivenciales referidos por Alfried Längle

(2009), en el seminario de trastorno límite de la personalidad:

“Hacen grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginado. La vivencia detrás de este temor, se asocia a un terrible temor por ser abandonado, un gran dolor de perder un vínculo, de una pérdida que puede ser con abandono e implique rechazo (donde el otro corta la relación)”

El presente aspecto conlleva la necesidad de trabajar la capacidad de “soportar”, de acuerdo a lo establecido por Längle (2009), el desarrollo de un ejercicio asociado al brindar espacios de soledad por parte del paciente, iniciando un trabajo asociado a permanecer solo en casa por 5 minutos diariamente, contribuye a un encuentro con el propio pensamiento, promoviendo la posibilidad de estimular los diálogos internos del paciente, basado en 3 momentos específicos, no asociados al rechazo de la sensación de abandono.

- 1.- Describir la sensación asociada al sentimiento de soledad o abandono.
- 2.- Comentar lo que hace en respuesta a esa sensación particular.
- 3.- Enjuiciarse respecto a las medidas consideradas para el abordaje de lo experimentado.

Finalmente, se promueve una reflexión asociada al propio sentimiento, refiriendo qué prácticas pueden servir para “soportar”, o conllevar este sufrimiento o temor al abandono, e.g.: *“El estar solo y poder reflexionar respecto a lo que me pasa, puede ser útil, pues es un espacio en el que puedo preocuparme de mi persona y realizar actividades que me permitan sentirme mejor”* (adaptado de Längle, 2009). Este trabajo promueve el sentido de autonomía y dominio frente a la continua sensación de abandono.

“En relaciones interpersonales hay un patrón de inestabilidad que alterna entre idealización y devaluación. Existe una exageración ya que la realidad se vive en extremos, no se integran los aspectos positivos y negativos, logrando ver solo uno de los dos, lo cual vuelve las relaciones inestables”

La integración de un percepción dicotómica del otro conlleva la necesidad de abordar en el paciente, el desarrollo de un ejercicio reflexivo sostenido en el encuentro terapéutico. Nuevamente, recurriendo a lo propuesto por Alfried Längle (2009), un trabajo orientado a la identificación de aspectos asociados la “mentalización”², propiciando un ejercicio de distinción de aspectos negativos y positivos en las figuras significativas para el paciente, práctica que conlleva favorecer el desarrollo de una reestructuración cognitiva, centrada en el ejercicio de una definición “realista” de las características de otro, como también de las características a nivel individual. Se propone a modo de ejemplo, el desarrollo de la siguiente práctica:

-Terapeuta: *“Tú me comentas que a veces ves a los demás como buenos o malos y eso te ha llevado a tener problemas con algunas personas, ¿qué pasa si nosotros pudiésemos reflexionar respecto a los aspectos positivos y negativos de los demás, a modo de no solo ver a los otros desde una postura negativa o positiva? Te sugiero realizar un ejercicio diario en el*

cual puedas identificar y anotar los aspectos positivos y negativos que tu logras ver en las personas que tu consideras significativas, también puedes realizar un ejercicio en el cual puedes describir lo que tu consideras positivo y negativo de ti mismo, posteriormente tratar de unir los aspectos que logras identificar a partir de tu reflexión, a modo de conformar una percepción de estas personas y de ti mismo” (Adaptado de Längle, 2009).

El objetivo de esta actividad es promover el desarrollo de un ejercicio analítico que propicie un proceso de definición reflexiva de la variedad de aspectos que constituyen a un individuo, los cuales no se encuentran polarizados, como también las características personales, las cuales deben estar asociadas a un trabajo de aceptación y comprensión de los propios sentimientos y características, promoviendo el trabajo de la tercera motivación fundamental de Längle, favoreciendo un trabajo de autopercepción y percepción de figuras a nivel relacional.

“Autoimagen inestable. Es una persona que no puede confiar en sí mismo, pues no sabe cómo va a reaccionar, no hay un sentido del yo, lo cual le impide verse a sí mismo de manera objetiva, al realizar dicho ejercicio suele autodestruirse, no logrando criticarse objetiva y sanamente”.

Ante este elemento sintomatológico, se recomienda el inicio de un trabajo asociado a la renovación de la Ipseidad, propuesta por Arciero (2014), pudiendo desarrollar un ejercicio basado en lo propuesto por Ricoeur (1996), promoviendo un proceso enfocado, en primer lugar, en identificar a nivel narrativo la capacidad del paciente para describir de manera discursiva su identidad a nivel histórico, focalizándose en cómo se ha logrado definir de acuerdo a su situación particular durante su desarrollo vital, permitiendo identificar en conjunto con el paciente como estos aspectos han contribuido a su autoidentificación. Una vez definidos los aspectos asociados a la autodefinition por parte del paciente, se promueve un trabajo relativo a renovación identitaria, mediante la visualización de los aspectos que han servido al consultante para “resistir” y “soportar” su problemática durante su historia de vida. De esta forma, se promueve un desarrollo identitario que favorece la identificación de aspectos del sí mismo que han servido de protección ante al sufrimiento vivenciado.

-Terapeuta: *“Comprendo que has tenido una dificultad para definirte a ti mismo y a veces cuando intentas realizar aquello, solo identificas aspectos negativos de tu persona e incluso a veces no logras identificar nada, sin embargo tratemos de hacer el ejercicio de identificar qué aspectos de tu historia personal que te definen como alguien que ha logrado sobrevivir y salir adelante pese a tu sufrimiento personal, ¿cuáles crees tú que son los aspectos de tu propia identidad que te han servido para salir adelante durante todo tu historia, pese a las dificultades que me has planteado?” (Adaptado de Längle, 2009).*

El ejercicio sostenido de este tipo de prácticas en el transcurso del proceso psicoterapéutico, promueven la identificación y reforzamiento de una narrativa

personal, que contribuye a la constitución de un sí mismo renovado, con capacidad de superar las problemáticas asociadas al sufrimiento personal vivenciado.

“Impulsividad. Hay fuerzas en sí mismo que están fuera de su control, pues él no tiene acceso a sí mismo, su relación con la vida es tan inestable como la relación con los demás, existiendo una falta de autocontrol en sus acciones a nivel global”

Ante la emergencia de impulsividad, Alfried Längle (2009) propone el desarrollo de pasos en el encuentro terapéutico, que pueden influir al manejo de la impulsividad desde una esfera autónoma, contribuyendo al ejercicio de la aceptación, evitando la represión o reacciones de acting-out desajustadas. Los pasos comprometidos son los siguientes:

- 1) Descargar: El desarrollo de ejercicios de descarga (hablar, movilizarse, transferir energía a una actividad determinada) promueve el manejo de manifestaciones a nivel impulsivo que generan un desajuste en el paciente.
- 2) Encuentro: El espacio de encuentro, es el desarrollo de un ejercicio de reconocimiento de la vivencia de “impaciencia” por parte del usuario, logrando vincular ese vivenciar a otras situaciones, a modo de volver el presente estado algo consciente para la persona.
- 3) Explicaciones: Corresponde al poder visualizar la necesidad de que el paciente sea capaz de brindar explicaciones asociadas a la no necesidad de inmediatez en el desarrollo de acciones de carácter impulsivo, vinculando la presente explicación a reflexiones tales como: *“Esto no puede hacerse más rápido, ¿por qué? Porque es un aprendizaje para el cual las personas normalmente necesitan más tiempo, el crecer o aprender necesita tiempo”* (Adaptado de Längle, 2009). Se busca desarrollar una reflexión activa que contribuya al autocontrol desde un plano reflexivo asociado a la acción vivenciada.
- 4) Ejercicios que dan estructura: Se recomienda favorecer el desarrollo de ejercicios de respiración durante 1 minuto o más en espacios que generen tranquilidad, siguiendo un protocolo de seguimiento, asociado a cuan efectivo fue el desarrollo de dichos ejercicios, desde una escala de 1 a 5.

Se estima que la articulación de pasos vinculados al manejo de la impulsividad, sea de utilidad para la presencia de posibles desajustes tanto a nivel conductual asociado a su vinculación social, interpersonal como también en la toma decisiones en todas las esferas de su vida.

“Intentos de suicidio o automutilación. La amenaza suicida es una estrategia para evitar el abandono, ante su fuerte temor al mismo, así logra controlar la relación con otro, el impulso suicida viene porque lo que vivencia lo lleva al límite de lo insoportable. La persona busca el límite de lo propio y de lo otro, le gusta traspasar límites porque en ese traspaso de límites se puede sentir libre”

Desde los planteamientos establecidos por Alfried Längle (2009) y Merleau-Ponty (2000), el contacto con lo corporal evoca la sensación de una vivencia

encarnada por parte del sujeto, representando el contacto con lo físico, un encuentro con la realidad concreta. Desde esta perspectiva, y considerando a ambos autores, se establece la necesidad de un encuentro con lo físico desde una perspectiva reflexiva, propiciando el desarrollo de interrogantes en conjunto con el paciente tales como: “¿Cuándo se llega a agredir?; ¿cómo vivencia el agredirse?; ¿cómo se siente con ello?”. Esto favorece la identificación y comprensión por parte del terapeuta y paciente respecto a las situaciones que propician un posible corte y las sensaciones asociadas a dicha acción, favoreciendo la identificación consciente por parte del usuario de dichas instancias.

Se recomienda desde un proceso basado en el análisis existencial de Längle, el desarrollo de un “cofre de emergencia Borderline”, centrado en la implementación conjunta de alternativas que permitan una redirección de la energía a instancias no vinculadas con la autoagresión. Dentro de las alternativas sugeridas se encuentran:

- Redirigir la energía al deporte.
- Implementar otras herramientas (golpearse con un elástico la pierna, reventar burbujas en bolsas de empaque, bolsas frías que se pone sobre la frente, pelotas para apretar) entre otras técnicas de carácter conductual.
- Aceptar el desarrollo de una evaluación por parte del paciente, asociada a que cortarse no es bueno y en qué lo posible debe ser evitado.
- Se debe establecer una elección por parte del paciente, la cual permita elegir entre alternativas posibles ante la necesidad de autoagredirse, ejemplo: “¿Me corto ahora o mejor golpeo el cojín que prepare para estos casos?”, se promueve mediante este ejercicio el desarrollo de autonomía en la toma de decisiones desde un plano estratégico.

“Inestabilidad afectiva debido a reactividad del estado de ánimo. No es capaz de dominar lo que hace con independencia de su estado de ánimo, no logra evaluar situaciones siendo esclavo de su impulsividad, solo comportándose de acuerdo a su estado de ánimo, el cual es continuamente inestable”

Se promueve a modo de establecer un enfoque basado en la vivencia, el desarrollo de un ejercicio orientado a favorecer la aceptación personal, centrado en la mantención de la relación con lo interior del paciente, evitando el rechazo por parte del mismo de sus propias emociones. Esto se encuentra directamente vinculado a los efectos de la segunda motivación fundamental de Längle (2000), “**Yo vivo pero, ¿me gusta vivir?**”. En la aceptación de esta motivación se establece un respeto por el individuo en contacto con su emocionalidad, ya que, al evitar la misma, se está privando la posibilidad de sentir, alejando aún más la posibilidad de disfrute. Una vez que se ha logrado la aceptación emocional por parte del paciente, se compromete un trabajo orientado a lo que Längle denomina un encuentro confrontador, basado en el abordaje de la tercera motivación fundamental “**Yo soy yo pero, ¿me permito ser como yo soy?**”, centrado en proteger al individuo de sus propios afectos, focalizándose en la identificación consciente del motivo y los afectos vivenciados por el individuo en un momento determinado. Se promueve

trazar límites con lo que el individuo reconoce como emociones que pueden generar un daño a su persona, formulando claramente la idea propuesta por Längle (2009) asociada a que “el dolor emocional no mata” y puede ser autorregulado mediante ejercicios de relajación como los planteados en el apartado referido a la autorregulación a nivel conductual.

“Sentimiento crónico de vacío. No logra verse, no se siente, se aburre continuamente, en soledad surge un sentimiento gris de vacío que se hace insoportable, requiriendo de emociones fuertes para sentirse nuevamente vivo”

Este sentimiento responde a una falta de encuentro con lo propio, con lo humano y lo factico en la identificación de la propia identidad, siendo una complicación para el paciente, el encontrarse en soledad consigo mismo en un espacio que plantea interrogantes asociadas al por qué de la propia existencia. Desde una mirada hermenéutica, podemos comprender, a partir de Ricoeur (1996), una narrativa personal basada en la percepción de una identidad que vive una continua agitación dolorosa de vacío, cuyo efecto, que la ya mencionada renovación de la Ipseidad desde una postura basada en los planteamientos terapéuticos de Arciero (2014), se puede contrarrestar. Esta renovación favorece la posibilidad de encuentro del individuo con una identidad, con un sí mismo renovado, con una posibilidad de significados y alternativas de poder, resistencia y autonomía frente a lo vivenciado. Es brindar la posibilidad de constituir un sentido de sí mismo, el que concede la oportunidad de llenar un espacio de vacío interno.

“Ira inapropiada e intensa y dificultad para controlarla. Al no existir un yo, para el limítrofe es imposible controlar la ira, sintiendo que la ira es el mismo ante la ausencia de un yo”.

Considerando lo ya abordado, en base a la renovación de la Ipseidad desde los planteamientos ya expuestos de Ricoeur (1996) y Arciero (2014), se plantea que la definición identitaria promovería el desarrollo de una autorregulación pulsional, complementado con estrategias de carácter conductual, recomendadas para el manejo de desajustes conductuales. Se debe recordar la necesidad de que el sujeto, en todo momento, sea capaz de vivenciar una ira incontrolable, en vista de que no se busca la anulación emocional por parte del sujeto, sino la posibilidad de encuentro con sus propias emociones, propiciando el desarrollo de un autocontrol fundado en la autodefinition identitaria que brinda la autonomía necesaria para articular de manera efectiva, estrategias de autorregulación.

“Ideación paranoide transitoria, asociada al estrés o síntomas disociativos graves. La persona con TLP tiene una dificultad para relajarse, ante la imposibilidad de recurrir a su yo interno y favorecer de manera efectiva la articulación de estrategias que le permitan superar el estrés”

Durante el desarrollo de la siguiente propuesta se ha referido de manera detallada, la necesidad de aceptación de lo propio, lo corporal, lo histórico, lo identitario y sobretodo lo emocional, propiciando el reconocimiento de lo que al individuo lo afecta y permitiendo el desarrollo de un ejercicio consciente, activo y

empoderado. La identificación de factores estresantes conlleva el desarrollo de un proceso dialógico entre terapeuta y paciente. Lo central en este momento es comprender de manera clara cuales son los factores que generan estrés en el consultante, favoreciendo además la propia identificación de dichos factores por parte del paciente.

La ejecución de un proceso centrado en la identificación de estresores, promueve el desarrollo de estrategias de regulación del estrés. En vista de que el sujeto ya ha desarrollado una autonomía y capacidad de “hacerse cargo” de sus desregulaciones a nivel conductual y emocional, se incentiva la posibilidad de responder de manera efectiva a la emergencia de estrés mediante un trabajo orientado al reconocimiento de un contexto o momento determinado en el cual ocurre la situación estresante, identificación del estresor, vivencia emocional y manejo emocional. A continuación, se expone un gráfico que ejemplifica el proceso a seguir por parte del consultante.

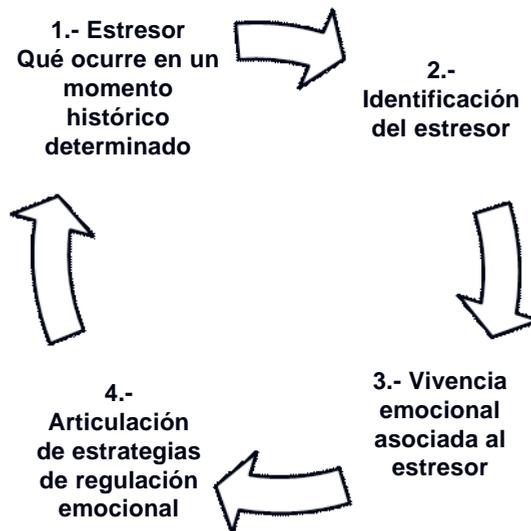


Figura 2. Modelo de identificación y regulación del Estrés.

El modelo (figura 3) muestra de manera clara la necesidad de generar un trabajo de identificación de estresores, a modo de permitir una regulación efectiva de la vivencia emocional que emerge como consecuencia de un evento estresor particular. La identificación permite el reconocimiento contiguo de una vivencia emocional asociada, a modo de desplegar estrategias de autorregulación emocional que permitan una mayor autonomía en el sujeto afectado.

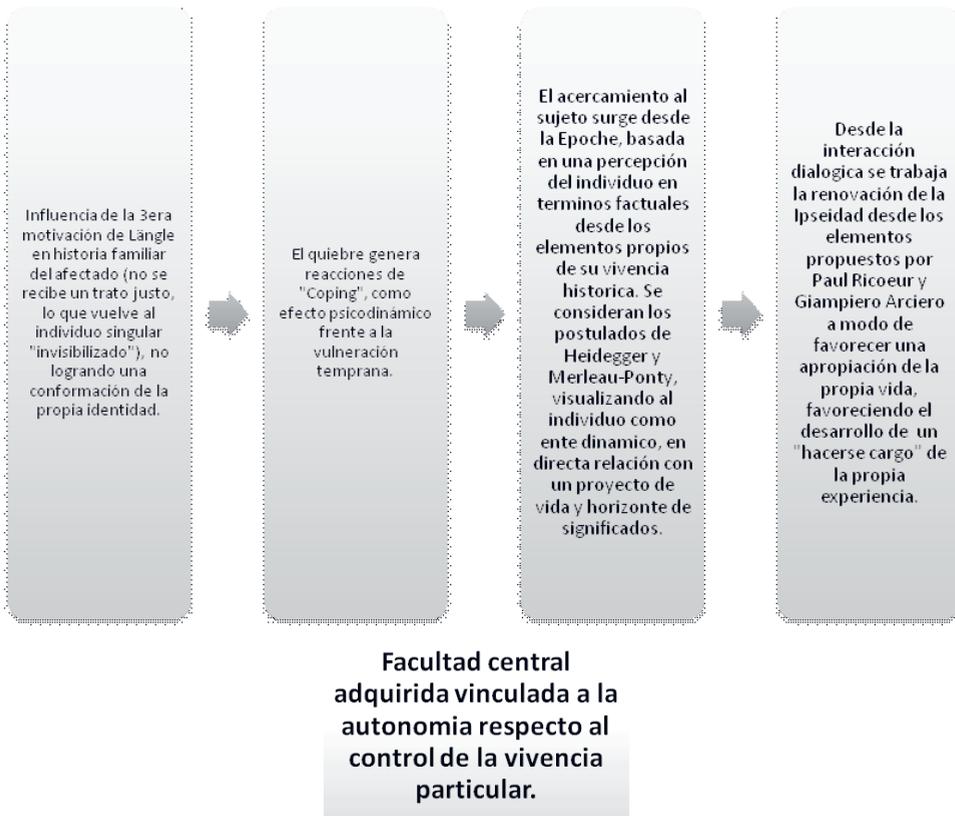


Figura 3. Modelo integrado de intervención fenomenológica hermenéutica para TLP.

La figura 3 sintetiza de manera estructurada, los elementos a partir de los cuales se compone la presente propuesta, estableciendo una dimensión comprensiva y explicativa, que permite comprender el origen del TLP desde las teorías propuestas en la presente investigación. Además, se pretende entregar una visión clarificadora respecto a la capacidad desarrollada por el paciente, una vez trabajado los elementos que se establecen como necesarios a abordar por con el consultante en la presente propuesta.

Discusión

Las distintas etapas de esta sistematización, han permitido visualizar que, desde la fenomenología, es factible presenciar el impacto que representa el desarrollo de un ejercicio de "rescate" de un sujeto perdido en un horizonte de representaciones sociales, visualizándolo en los elementos propios de la vida fáctica (Heidegger, 2008), como también en la excesiva dependencia técnica por parte de un "experto" en el encuentro con un sujeto encarnado en el mundo de la vida. En el desarrollo de un encuentro con lo esencial de un sujeto, surge la

necesidad de brindar un papel central a la instancia del “encuentro de miradas”, como parte central de una mirada hermenéutica, fundada en la posibilidad de profundizar en una visión que representa el origen y sentido de una visión individual, comprendiendo al sujeto más allá de los límites de la consciencia, considerando el “Horizontverschmelzung”, propuesto por Gadamer (2010), brindamos un giro interpretativo de un horizonte de significados desde el lenguaje y la tradición.

Como una visión representativa de las tradiciones abordadas en la presente investigación, se responde al sentido de fundamentar la comprensión del “ser” desde una visión centrada en el enfoque propuesto por las ciencias del espíritu de Dilthey (1986), como una respuesta cabal a las pretensiones de una visión mecanicista, fundadas en el establecimiento de una explicación y fundamentos positivista en la comprensión del ser humano, como un ente explicable y en consecuencia predecible. Es la base de esta investigación, poder responder a la necesidad de traer un sentido de particularidad a la percepción interior y vivencia personal de lo individual, desde una perspectiva no explicativa, que propicie un encuentro interpretativo.

Los resultados muestran que la tarea de desarrollar una propuesta fenomenológica hermenéutica para el abordaje de patologías mentales, surge como una necesidad de recobrar un sentido perdido desde la emergencia de la tradición Cartesiana imperante en el desarrollo técnico moderno, espacio en el cual sobreviene un triunfo de la razón instrumental, donde el lenguaje pasa a tomar un rol mecanicista, propio de una racionalidad burocrática (Picó, 1988). Desde una posición Postmoderna, podemos establecer una crítica clara respecto al concepto de “verdad”. Sobretudo desde una perspectiva dialógica de encuentro terapéutico, podemos suponer que a partir de la utilización del lenguaje, desde los planteamientos de los juegos del lenguaje (Wittgenstein, 1953), surge una indeterminación de la verdad, en la consecución de un espacio terapéutico, dividido entre la figura del experto, poseedor de la verdad, y el consultante, dependiente de la verdad del profesional.

Una posmodernidad psicoterapéutica surge a partir de la idea de la co-construcción, la cual fluye, desde el desarrollo de una mutua retroalimentación basado en los planteamientos de Ricoeur (1996), como una oportunidad para generar una interacción dialógica que permita la emergencia de “diálogos generativos” capaces de crear nuevos horizontes de significado en base a un proceso de interacción discursiva, en la cual el terapeuta no presenta un rol de experto dueño de un lenguaje privilegiado (Fried Schnitman, 2000). Desde los planteamientos del Construccinismo Social (Gergen, 1985) cuyas raíces surgen de los supuestos de la fenomenología social de acuerdo a lo establecido por Berger y Luckman (1966), se puede referir como principio central que el rol del experto se anula en pos de favorecer un encuentro entre dos actores activos orientados a la generación conjunta de acciones que propicien, en el caso de la psicoterapia, el desarrollo del bienestar por parte del consultante, implicando una renovación de posibles esferas de

significado a nivel personal.

En el desarrollo de la presente propuesta no se ha buscado invalidar de manera alguna los modelos terapéuticos existentes en la actualidad, para el tratamiento del TLP, los cuales han evidenciado efectividad. Es desde esta perspectiva que la posibilidad de que un modelo fenomenológico-hermenéutico pueda considerar algunos conceptos o prácticas propias de estos modelos, lo que enriquece la presente propuesta, la cual surge como una nueva alternativa de tratamiento basada sobretodo en la relación terapeuta-consultante.

Se ha visualizado que el rol de la mentalización, como la capacidad de distinguir estados emocionales internos, como también los estados emocionales de otros, representa una importante capacidad a trabajar en la propuesta realizada, considerando los elementos que Fonagy y Bateman (2006) exponen como centrales en su terapia centrada en la Mentalización. En cuanto al desarrollo de ejercicios que permitan una regulación a nivel emocional, no se debe descartar el ejercicio de prácticas asociadas al Mindfulness, el cual propicia una apropiada reducción de sintomatología asociada al estrés, ansiedad y depresión, en su aplicación a nivel psicoterapéutico, mediante un trabajo centrado en la toma de consciencia del momento presente (Khoury et al., 2013). Dichas prácticas se encuentran integradas a los planteamientos establecidos por la terapia dialéctica conductual de Marsha Linehan (1993), en vista de los positivos efectos que puede encontrar en el desarrollo de ejercicios de autorregulación tanto a nivel emocional, como conductual. La presente propuesta se ha desarrollado como una posibilidad de psicoterapia integrativa, a partir de los planteamientos expuestos por Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson y Hyun-nie (1997), respondiendo a la constatación fundamentada en la “paradoja de la equivalencia”, la cual se funda en que, con independencia del fundamento teórico u orientación, todas las formas de psicoterapia tendrían el mismo efecto en el paciente. En base a las presentes premisas, se contribuye a enriquecer el repertorio de los clínicos para adaptar de mejor manera las prácticas psicoterapéuticas, centradas en las vivencias particulares y necesidades de los usuarios.

Notas

- 1 Desde una mirada conceptual del componente intrapsíquico, asociado a un acercamiento a las dimensiones hermenéuticas centrales en la presente investigación, se aborda desde las concepciones de Ricoeur (1996), lo intrapsíquico como el encuentro desde lo narrativo con el mundo interno a partir de la definición del sí mismo.
- 2 El concepto de mentalización, desde una adaptación a una concepción hermenéutica, podrá comprenderse desde los planteamientos de Ricoeur (1996), como la posibilidad de lograr una identificación desde las narrativas personales, asociadas a aspectos emocionales propios y desde la capacidad de comprender estados de otros en la interacción social, se adaptara la mentalización al “principio de caridad” desde los planteamientos de Davidson (2001), en cuanto la comprensión se base en la aceptación de los planteamientos o características de un otro, por sobre un análisis racional de los mismos planteamientos o características constitutivas.

Referencias bibliográficas

- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. *Anales de Psiquiatría*, 17(9), 53-60.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Evolving ideas about the implications for theory and practice. *Family Process*, 27(4), 371-393.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Inquiries in social construction. Therapy as social construction* (pp. 25-39). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arciero, G. (2014). *Apuntes Seminario Articulación metódica de la psicoterapia fenomenológica*. Santiago de Chile, Chile.
- Berger, P. y Luckmann T. (2008). *La Construcción Social de la Realidad*. Madrid, España: Amorrortu.
- Chavez-León E, Ng B. y Ontiveros-Uribe M. (2006) Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, 29(5), 16-24.
- Davidson, D. (2001). *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Dilthey, W. (2015). *Introducción a las ciencias del espíritu. Obras I*. Ciudad de México, México: Fondo de cultura económica.
- Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.
- Frankl, V. (1926). Zur Psychologie des Intellektualismus. *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*, 4(1926), 326-332.
- Fried Schnitman, D. (2000). *Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos. Perspectivas y prácticas*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Gadamer, H. G. (2010). *Verdad y método II*. Salamanca, España: Sígueme.
- Gadamer, H. G. (2013). *Truth and Method*. Nueva York, NY: Bloomsbury Academic.
- Gergen, K. (1985). The Social Constructionist Movement In Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Heidegger, M. (2012). *Ontología, hermenéutica de la facticidad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Heidegger, M. (2015). *Ser y Tiempo*. Madrid, España: Create Space Independent Publishing.
- Husserl, E. (2016). *La idea de la fenomenología. Cinco lecciones*. Ciudad de México, México: Fondo de cultura económica.
- Jaspers, K. (1912). *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Z gesamt Neurol Psychiat*, 9, 391-408.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M. A., Paquin, K. y Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-761.
- Längle, A. (1990). Existential analysis psychotherapy. *International Forum for Logotherapy*, 13(1), 17-19.
- Längle, A. (2000). *Las motivaciones fundamentales de la existencia*. Seminario Buenos Aires, Argentina.
- Längle, A. (2009). *Seminario Trastorno Límite de la personalidad (Borderline)*. Seminario realizado en Hospital Metropolitano, Santiago de Chile, Chile.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Merleau-Ponty, M. (2000). *Fenomenología de la percepción*. Madrid, España: Ediciones Península.
- Picó, J. (1988). *Modernidad y Posmodernidad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Ricoeur, P. (1996). *Si mismo como otro*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. y Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 963-950.
- Wampold, B., Mondin, G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Hyun-nie, A. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- Winnicott, D. (1965). *El valor de la consulta terapéutica*. Londres, Reino Unido: Pergamon Press.
- Wittgenstein, L. (2017). *Investigaciones Filosóficas*. Madrid, España: Trotta.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377.

DOS MODELOS DE CRISIS SUICIDA. UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

TWO MODELS OF SUICIDAL CRISIS. A CLINICAL PERSPECTIVE

Juan García-Haro

FEA Psicología Clínica

Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias
Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

Marta González González

Psicóloga Interna Residente

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

Henar García-Pascual

Enfermera Especialista en Salud Mental

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

García-Haro, J., González González, M. y García-Pascual, H. (2018). Dos modelos de crisis suicida. Una perspectiva clínica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 167-185.

Resumen

La problemática suicida es sin duda una de las más difíciles para los profesionales de salud mental. En la ayuda a personas con riesgo suicida se camina muchas veces a tientas, desprovistos de un esquema conceptual que sirva para explicar-comprender dicha conducta. Sin un entendimiento de la vulnerabilidad de la persona y de los procesos de la crisis suicida, difícilmente se podrá dar una ayuda que sea efectiva, por mucho que la investigación apunte a diversos parámetros biomédicos supuestamente explicativos de la conducta suicida. En este artículo se presentan dos modelos psicológicos para la comprensión clínica de la crisis suicida: el modelo psicoanalítico y el existencial. Se concluye que ambos modelos, solos o en combinación, pueden ser de gran utilidad en la evaluación y planificación de la ayuda terapéutica que reciben las personas que consultan por motivos suicidas.

Palabras clave: existencial, psicoanálisis, psicopatología, suicidio, intento de suicidio

Abstract

The suicidal problem is undoubtedly one of the most difficult for mental health professionals. In helping people at risk of suicide, they often walk blindly without a conceptual framework that serves to explain-understand such behavior. Without an understanding of the persons vulnerability and the processes of suicidal crisis, it will be difficult to give effective help, no matter how much the research points to various supposedly explanatory of the suicidal crisis biomedical parameters. In this article, we present two psychological models for the clinical understanding of the suicidal crisis: the psychoanalytic model and the existential one. It is concluded that both models, alone or in combination, can be very useful in the evaluation and planning of the therapeutic help received by people who consult for suicidal reasons.

Keywords: existential, psychoanalysis, psychopathology, suicide, attempted suicide.

Fecha de recepción: 18-07-2018. Fecha de aceptación v1: 05-10-2018. Fecha de aceptación v2: 17-10-2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: juanmanuel.garciah@sespa.es

Dirección postal: C/ Alonso Ojeda, 9, 6º B. 33208 Gijón, Asturias. España

© 2018 Revista de Psicoterapia



El amor tiene la virtud, no de desnudar, uno frente a otro, a los dos amantes, sino a cada uno de los dos frente a sí mismo
(El oficio de vivir, C. Pavese, 1976, p. 158).

Todos saben muy bien, en alguno de los rincones de su alma, que el suicidio es, en efecto, una salida, pero muy vergonzante e ilegal, que en el fondo es más noble y más bello dejarse vencer y sucumbir por la vida misma que por la propia mano
(El lobo estepario, H. Hesse, 1987, p. 53).

Introducción

“Mi vida no tiene sentido. No veo futuro. No tengo ganas de nada. Sólo pienso en morir. A todas horas. En cada momento. Creo que sería lo mejor. Así al menos me quitaría de encima todos estos problemas”.

“Me falta una razón para querer vivir, no es que me quiera suicidar, es que no sé para qué vivir, no tengo ninguna satisfacción, mi vida es una mierda, emocionalmente no tengo ninguna relación, no tengo trabajo, necesito una motivación”.

“Ya me da todo igual. Todo me agota, todo me cansa. Estoy harta de tirar para adelante. Ya no me importa nada. No veo futuro. Me siento una carga para los demás. A veces pienso que si me muriera todos estarían mejor”.

Estas declaraciones pertenecen a tres consultantes recientemente atendidas en un Centro de Salud Mental de Asturias. Todas ellas apuntan a la problemática del suicidio si bien lo hacen con diferentes matices y desde diferentes perspectivas, pues el suicidio no es un fenómeno unitario sino heterogéneo.

La problemática suicida es sin duda una de las más difíciles que enfrenta el profesional sanitario. En el desarrollo y mantenimiento de las conductas suicidas se imbrican numerosos factores: culturales, sociales, psicológicos, clínicos y biológicos. Esto dificulta una adecuada evaluación y, por tanto, la aplicación de una ayuda efectiva.

Cuando se trata de entender la experiencia y conducta suicida, hay básicamente dos modelos: un modelo biomédico que tiene su foco de interés en el análisis de parámetros neuronales, bioquímicos o genéticos asociados al suicidio, y un modelo contextual-fenomenológico (García-Haro, García-Pascual y González González, en prensa) que sitúa la experiencia y conducta suicidas en el afronte dramático del sujeto con los embates de su vida y donde la sintomatología presentada funcionaría más como un indicador o dimensión de gravedad del sufrimiento biográfico y fracaso de las soluciones.

Para que la prevención y la ayuda terapéutica, más allá de la detección y diagnóstico, sea lo más efectiva posible, se precisa conocer los procesos implicados en la crisis suicida. En este sentido, desde la investigación psicológica se han formulado diferentes modelos explicativos denominados “multidimensionales”

que pretenden arrojar luz al proceso suicida. Los modelos que cuentan con más apoyo empírico son los de diatesis-estrés (van Heringen, 2012). Habría una interacción entre factores de vulnerabilidad (factores distales del suicidio) y factores de estrés (factores proximales). Si los primeros son muy fuertes, un suceso vital negativo pequeño podría precipitar la conducta suicida y lo contrario: si el suceso negativo es muy fuerte, aún con poca vulnerabilidad se puede precipitar la conducta suicida. Con todo, son modelos formulados desde la abstracción teórico-científica que apenas tienen aplicaciones prácticas o pistas de aterrizaje en la clínica-asistencial.

En la monografía de Rendueles dedicada al análisis de suicidios consumados, se consigna que el comentario más habitual entre los familiares es “nadie lo podía esperar, ni explicar” (Rendueles, 2018, p. 137). Con esto, se estaría apuntando a que en todo suicidio siempre hay un núcleo íntimo refractario a la investigación científica y que la pretensión de acceder al mismo, ya sea desde las causas biológicas o desde las motivaciones psicológicas, son arrogancias “psi” con escasa realidad (Rendueles, 2018, p. 187). Si bien admitimos que en muchas ocasiones es difícil poder llegar a entender el proceso implicado en el acto suicida, pensamos que no por ello hay que dejar de investigar y comprender esta compleja conducta humana. Más aún cuando su frecuencia se ha disparado en los últimos años.

El objetivo de este artículo es presentar dos modelos de crisis suicida: el modelo psicoanalítico y el existencial. Se eligen por su utilidad a la hora de entender-explicar la experiencia y conducta suicidas en el contexto clínico. Los dos enfoques tienen como paisaje de fondo la depresión vital o melancólica, si bien no se limitan a entender el suicidio desde la depresión, pues la misma depresión debería ser explicada contextualmente, toda vez que no es causa del suicidio sino más bien efecto de una psico-biografía determinada. Ambos modelos cuentan con el apoyo de numerosos relatos de personas que acuden a los servicios públicos de salud mental. También cuentan con el apoyo numerosas narraciones literarias. Se hablaría de “evidencia-basada-en-la-práctica”, si bien faltaría aún la “evidencia” experimental. Aunque cada enfoque pone el énfasis en unas variables u otras, se pueden complementar. Se cierra el trabajo con algunas de las principales conclusiones.

Modelo Psicoanalítico

Se plantean dos enfoques: el clásico o freudiano y el enfoque relacional.

1. Teoría freudiana

Por lo que se refiere al suicidio, la teoría freudiana sigue una secuencia. Parte de la experiencia de pérdida de un objeto o relación valiosa, ya sea por muerte, frustración, decepción amorosa, etc. Continúa con el deseo de recuperar dicho objeto o relación perdida. Luego, ante la verificación de la imposibilidad real de recuperar dicho objeto (tristeza), tiene lugar una identificación del yo con el objeto perdido (identificación narcisista). Si la ambivalencia amor/odio inherente a toda

relación afectiva es intensa, aparecerán elementos de culpa, los cuales estarán a la base de diferentes conductas autodestructivas (autodesprecio, autorreproches, autolesiones, etc.), que acabarán por introducir al sujeto en la depresión melancólica (Freud, 1972). En el límite de estas conductas autodestructivas estaría la conducta suicida como una forma de dirigir la agresión hacia el objeto interno antes idealizado.

La conducta suicida puede responder a múltiples motivaciones. Así, también puede verse como una forma de unión con el objeto perdido (Garma, 1973). Esta puede ser la motivación del suicidio de Melibea. Aquí, habría una identificación del yo con la persona querida y hasta con el modo de morir de dicha persona. Tras la muerte accidentada de su amado Calisto al descender por la escala que lo había llevado a su habitación, Melibea decide suicidarse tirándose de una torre.

Melibea: *“Cortaron las hadas sus hilos, cortáronle sin confesión su vida, cortaron mi esperanza, cortaron mi gloria, cortaron mi compañía. Pues ¡qué crueldad sería, padre mío, muriendo él despeñado, que viviese yo penada! Su muerte convida a la mía. Convidame y fuerza que sea presto, sin dilación, muéstrame que ha de ser despeñada, por seguille en todo. No digan por mí: “a muertos y a idos...”* Y así, contentarle he en la muerte, pues no tuve tiempo en la vida” (De Rojas, 1991, p. 334).

Una variante del esquema anterior (el suicidio como autoagresión) es cuando el suicidio procede de una frustración o abuso continuado del contexto relacional inmediato, continúa con la imposibilidad de descargar la agresión al exterior, entonces, dado ese bloqueo, al no ser liberada la agresión, esta vuelve contra el yo del sujeto. Esto es lo que da sentido a la siguiente cita de Freud: *“ninguna persona experimenta impulsos al suicidio que no hayan sido primero impulsos homicidas hacia otras personas y vueltos luego contra el yo”* (Freud, 1972). Siendo así, cuando el contexto relacional inmediato deja de ser frustrador o abusador, desaparece la incubación de la agresión y con ello cesan también los deseos suicidas.

También, puede verse la conducta suicida como una manera de satisfacer una venganza, ya sea esta activa (consigue dañar al otro con su propia muerte) o pasiva (consigue evitar ser objeto del daño que viene del otro) (Garma, 1973).

La tesis de la agresión primaria al exterior, secundariamente vuelta contra el yo, puede verse en la literatura. Como dijo Augusto Pérez, personaje principal de la novela de Unamuno *Niebla*, en un paradójico encuentro con el autor de la misma novela: *“Los más de los suicidios son homicidas frustrados; se matan a sí mismos por falta de valor para matar a otros...”* (Unamuno, 1982, p. 213). El escritor italiano Cesare Pavese dejó escrito unos días antes de suicidarse en su diario íntimo lo siguiente: *“Los suicidas son homicidas tímidos. Masoquismo en lugar de sadismo”* (Pavese, 1976, p. 314).

A favor de esta interpretación psicoanalítica se señala lo siguiente: analizando en consulta episodios de autointoxicaciones en adultos, y de autolesiones en adolescentes, se verifica que coinciden con conflictos familiares o de pareja que

activan intensos deseos destructivos hacia figuras importantes de relación pero cuya descarga queda inhibida en última instancia. La persona dice no sentir ninguna emoción de enfado o rabia. Cabe interpretar, no sin cierto riesgo de trapeicista, que la autolesión dirige la destructividad hacia el yo, al tiempo que alivia culpas inconscientes. Por otro lado, el consumo de alcohol o de fármacos protegería anestesiando dicho estado de agresividad y culpa. En ambos casos se cortocircuita la actuación heteroagresiva.

Aunque parezca contradictorio, lo cierto es que para suicidarse hay que tener cierta distancia respecto a la situación-límite. Cuando el sujeto está lidiando con un conflicto del exterior pone en marcha mecanismos de supervivencia que funcionan en el aquí-y-ahora inmediato. Durante la Segunda Guerra Mundial la tasa de suicidio disminuyó. La existencia de actitudes agresivas externalizadas preserva, al menos temporalmente, del cambio de dirección hacia sí mismo. Esto da sentido a las palabras del novelista norteamericano Ernest Hemingway cuando decía que se pasaba la vida matando animales en la caza y la pesca para no matarse a sí mismo (Martin, 2006). Desde una perspectiva psicoanalítica se propone que al descargar la agresión al exterior, la disposición suicida se atenúa. Sólo cuando la lucha con el exterior ha caído, cuando hay una pérdida del “objeto” sobre el que descargar la agresividad, al quedar bloqueada su liberación, la retrae, la culpa y la vergüenza se ceba sobre uno mismo, se abre la puerta del suicidio.

A veces esas figuras abusadoras o persecutorias que han dañado profundamente al sujeto han sido figuras importantes de su infancia y como consecuencia de sus actos han dejado en el niño o niña un déficit y un núcleo de agresividad que va a perturbar sus relaciones afectivas. En la infancia este núcleo se puede manifestar en forma de fantasías asesinas y narraciones catárticas en diarios y cuentos. A medida que pasan los años, esta agresividad muchas veces sigue ahí, a modo de “mochila”, acompañando al sujeto a lo largo de su viaje vital, dispuesta siempre a encontrar una víctima de descarga. Cuando esa víctima es el self, se comete suicidio.

Visto así, el suicidio, lejos de ser un acto de autoaniquilación, encerraría siempre una dimensión relacional; vendría a convertirse en el “homicidio” de un objeto interno que antes era externo. Esto explicaría los intentos más/menos explícitos de culpabilizar a figuras del medio que muchas veces rodea al suicidio.

Mucho se ha hablado de la influencia de la culpa en el suicidio. Sobre todo de la influencia de las culpas depresivas. Una frase común de los suicidas es la siguiente: *“Lo siento mucho; he hecho daño a todo el mundo; estarían mejor sin mí”* (Grinberg, 1983). Aquí conviene señalar que, desde el punto de vista de la investigación, se verifica que los efectos patogénicos de la culpa se producirían o serían mayores cuando esta emoción aparece fusionada a la vergüenza (deterioro de la autoimagen) (Tangney y Dearing, 2002). Sería entonces cuando la culpa llevaría a la rumia obsesiva, a la evitación social, a la autocondena y a la autocrítica destructiva del self. Se sugiere a partir de esto, que muchas de las interpretaciones de Freud sobre las implicaciones de la culpa en los trastornos psicológicos serían

en propiedad interpretaciones sobre la culpa-fusionada-a-vergüenza. Véase la descripción que hace Freud de la melancolía en *Duelo y melancolía*:

“Este nos describe su yo como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso alguno y moralmente condenable. Se dirige amargos reproches, se insulta y se espera la repulsa y el castigo. Se humilla ante todos los demás y compadece a los suyos por hallarse ligado a una persona tan despreciable. No abriga idea ninguna de que de que haya tenido efecto en él una modificación, sino que extiende su crítica al pasado y afirma no haber sido nunca mejor” (Freud, 1972, p. 2093).

Se deja aquí la hipótesis de si la depresión melancólica no es acaso una auto-depreciación como consecuencia de su fracaso en conseguir los objetivos del yo o la imagen de un self ideal.

Hasta aquí el modelo freudiano.

Los elementos anteriores (pérdida del objeto, idealización, deseo de unión con la persona fallecida, inhibición de la agresividad, culpa, etc.), se entrecruzan y quedan entreverados en el siguiente relato clínico:

Clara (los nombres son ficticios) es una mujer de 47 años, vecina de un pueblo de Asturias, casada, madre de un hijo de 25 años. De figura redonda y cara afable. Tiene un hermano mayor que también está casado.

Acude a consulta derivada por el servicio de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de Asturias que recomienda ayuda psicoterapéutica tras ingresar por un intento de suicidio. Lleva varios años diagnosticada de depresión melancólica y ha realizado varios intentos de suicidio con múltiples ingresos. Vive con su marido Mario y su hijo en casa de los padres de Mario. Se fueron a vivir a casa de los suegros tras la muerte de la madre de Mario a los pocos años de casados. Según cuenta, esto fue un gran cambio para ella. Refiere haberlo llevado mal al principio aunque luego dice que lo aceptó. En los últimos años Clara se ha ocupado sumisamente de los cuidados del suegro. Comenta que en ocasiones éste la trata mal pero que ella lo calla y pone buena cara.

En el análisis de su historia personal comenta que tuvo una infancia difícil con una madre que no daba afecto, ni reconocimiento, y que tenía una clara preferencia estimativa por el hijo varón. De sus recuerdos infantiles a la única persona que salva es a su padre. Sin embargo, este falleció de un cáncer cuando Clara tenía 8 años. Poco después su madre inicia una nueva relación con Jorge, un vecino del pueblo, con quién acaba casándose. Clara comenta que Jorge le dio el afecto que le faltaba de su madre. Refiriéndose a Jorge dice: “fue como un padre, se volcó en mí y yo en él”. Así fue que consiguió tirar adelante y hacer su vida como mujer adulta sin que la falta de reconocimiento y el rencor que sentía hacia su madre le impidieran evolucionar. Dice que no es rencorosa, que tiene capacidad para perdonar y olvidar los daños recibidos. Clara se casa joven y tiene un hijo. Todo va aparentemente bien hasta que fallece Jorge de forma inesperada hace 8 años. Entonces aparecen los primeros deseos y tentativas de suicidio de Clara hasta

entonces desconocidos. Lo explica diciendo: “quería irme con él”. En su discurso idealiza la figura de Jorge. Esto hace que Mario se sienta minusvalorado. Piensa que las cosas no fueron así como las cuenta Clara. Según Mario, Jorge nunca se ocupó de ella. Clara responde: “era muy bueno conmigo aunque a veces llegaba borracho”.

Luego descubrimos que no todo iba bien en la pareja. Cuando fallece Jorge, Clara y Mario habían tenido una crisis de pareja que motivó el regreso de Clara al domicilio de su madre. Tras la primera tentativa suicida volvieron a unirse como familia.

Por otro lado, la madre de Clara, que lleva años viuda, sigue manteniendo un contacto preferencial por el hijo varón. Esto enfada a Clara, pero lo guarda en silencio. Cuando su madre la visita, cosa que hace muy a menudo, y muchas veces para criticar, Clara la recibe amistosa y servicialmente. En las muchas ocasiones en que ha estado hospitalizada, en ninguna ocasión su madre ha ido a verla.

Mientras tanto, el hijo ha pasado a ser el cuidador principal de la madre y la relación de Clara con su marido pasa a un segundo plano.

En el análisis de la secuencia de hechos que rodea a la última tentativa se pone de manifiesto lo siguiente: En los últimos años Mario tiene la rutina de salir con frecuencia de la casa sin decir el destino ni el para qué. Clara cree que sale a beber y a jugar a las máquinas. Esto enfada a Clara pero lo guarda y adopta una postura de resignación: “siempre fue así”. A veces Mario llega bebido. La última vez llegó de madrugada. Clara lo recibió con indiferencia, pero esa noche con toda tranquilidad, se toma una caja entera de pastillas con intención suicida. Avisan al 112 y la vuelven a ingresar. Tras el alta dice que es consciente de su enfermedad y que no concibe su vida sin su marido y sin su hijo: “Yo creo que no lo voy a hacer porque me necesitan”. Dice con tono triste no querer molestar a nadie, desea que los demás hagan su vida, que no se preocupen de ella, se hace autorreproches de que hace sufrir a todos, de que todos estarían mejor sin ella.

2. Enfoque relacional

Desde la psicología del self, se piensa que una de las motivaciones principales del suicidio viene del fracaso a la hora de lograr la identidad o imagen que impone el ideal del yo. Este fracaso puede precipitar una vergüenza insufrible (asociada a una crisis narcisista) y una desesperación que sería la que precede al acto suicida. Esto ocurriría sobre todo cuando la distancia entre el self actual y el self ideal no se elabora o se compensa con otros módulos del self o ámbitos de relación que puedan suturar la herida narcisista y ayudar a recuperar la autoestima perdida. Un prototipo en este sentido de compensación podría ser el caso del escritor japonés Yukio Mishima con el culto a la estética corporal como compensación de una autoimagen deteriorada (Mishima, 2010).

Cuando se invierte un gran esfuerzo vital en conseguir la imagen idealizada, pero esta no se logra, la persona puede quedar invadida por el odio hacia sí misma.

Este odio puede expresarse a través de numerosos de mecanismos autodestructivos, desde los autorreproches, hasta la aniquilación total de sí mismo. Este podría ser el caso de Hemingway. Se dice que la imagen idealizada del novelista cristalizó en torno a la búsqueda de la maestría, de un triunfo vengativo que le elevara por encima de los demás (Yalom y Yalom, 1971). También podría encajar aquí el caso de Mishima: dedicó sus últimos años a una frenética obsesión; conseguir un cuerpo imponente y una musculatura de “sol y acero”. Trataba así de lograr el ideal del samurái o del guerrero trágico. Según declaración propia, a medida que su físico ganaba en musculatura y fuerza, fue desarrollando una tendencia a la aceptación del dolor y un interés cada vez mayor por el sufrimiento físico y la muerte (Mishima, 2010). Esta tendencia, junto con su proyecto fracasado de influir políticamente en los jóvenes japoneses, le llevaría hasta la autodestrucción final en forma de seppuku.

Como decíamos, ante el fracaso del logro del self ideal, se cae en lo que Morrison (2008) llama “depresión de vergüenza”. Esta modalidad de depresión puede estar a la base de diferentes conductas autodestructivas, incluyendo como límite el suicidio. Vergüenza y auto-desprecio humillante (junto a proyección de la grandiosidad en el otro idealizado aunque perdido) hacia la persona que uno es, estarían relacionadas con la caída del narcisismo y con el suicidio. El suicidio sería aquí la forma agresiva que tiene el sujeto de acabar con una vergüenza intolerable que inunda al self o que anticipa.

Morrison (2008) habla de la “dialéctica del narcisismo” para describir la tensión siempre presente entre dos estados del self: el polo expansivo (asociado a lo grandioso) y el polo contraído (asociado a la depreciación). Cada polo puede retroceder o bien hacerse más dominante. Si en el polo expansivo los elementos de autodesprecio están silenciados, en el polo contraído son los aspectos grandiosos los que permanecen en la sombra. Ambos siempre están, pero unos y otros se ocultan el protagonismo.

Kinston ha señalado que la propensión a la vergüenza y la vulnerabilidad narcisista, aunque relacionadas entre sí (Morrison, 1997, 2008), son dos nociones diferentes. Si bien todos los sujetos propensos a sentir vergüenza, son narcisísticamente vulnerables, lo contrario no es cierto. La razón es que muchas personas narcisísticamente vulnerables se encierran en una invulnerabilidad defensiva (Kinston, 1983) o en una grandiosidad defensiva (Morrison, 2008). Esto ocurriría especialmente en las llamadas personalidades narcisistas de “piel fina”, más que en las de “piel dura”. Esto es, en personas hipersensibles a la evaluación y a la crítica, que se sienten heridas con facilidad y, por tanto, más vulnerables a reaccionar con rabia, vergüenza o humillación. Pueden mostrar incluso un estado de ánimo triste fusionado con el enfado intenso y que conviene no confundir con la depresión clínica, por mucho que exista riesgo de suicidio. Este narcisismo de “piel fina” sería más propio de las personalidades del núcleo confusional (fóbica, confusa, explosivo-bloqueada) que de las del núcleo esquizoide (esquizoide,

agresiva, narcisista) (Caparrós, 1992a, 1992b).

La agresividad y la venganza rabiosa hacia los demás podría funcionar aquí como una forma de evitar la toma de conciencia de una autoimagen deteriorada o como una forma de ocultarse a sí mismo la distancia entre el self actual y el self ideal (Lansky, 2007; Morrison, 2008). También podría funcionar como un intento de recuperar la autoestima perdida (Kinston, 1983). Y a nuestro juicio, como una manera de no suicidarse. Se trataría en cualquier caso de una vergüenza-rabiosa o una rabia-fusionada-a-vergüenza.

Las heridas narcisistas pueden generar estados de profunda desesperación que pueden estar a la base distal o proximal de la vulnerabilidad suicida. Aquí, se destacarían sobre todo las heridas debidas a fracasos amorosos. En estos casos, la víctima puede quedar profundamente afectada llegando incluso a elegir renunciar a seguir viviendo sin el objeto de amor. Esto pasaría si se elige la fusión-amorosa-con-un-otro-idealizado como único proyecto de ser o como la única razón para vivir. El caso de la joven escultora Marga Gil Roësset lo ilustra perfectamente: tras verificar la imposibilidad de su amor por el poeta Juan Ramón Jiménez decidió dispararse un tiro en la cabeza en 1932. Véase en este sentido el “Diario de Marga” (Jiménez, 2015). Aunque no se llegue a tal extremo, lo cierto es que cuando se analizan estos fracasos amorosos, se advierte enseguida que no se trata tanto del objeto perdido, cuanto de la herida narcisista que implica el haber sido rechazado como sujeto. En este caso el self se autodeprecia porque ha sido depreciado. Este parece haber sido el caso del escritor italiano Cesare Pavese: rechazado primero por Tina (“la mujer de la voz ronca”), al final de su vida por la actriz Constance Dowling (Lester, 2006; Pavese, 1976) y por él mismo a través del suicidio. Desde esta perspectiva, el suicidio sería la culminación de la serie autodestructiva.

Otro ilustre suicida (aunque aquí hay dudas de si realmente lo fue) que debió enfrentar importantes heridas narcisistas (y no pocas y graves heridas físicas), fue Ernest Hemingway: mientras se recuperaba de una lesión en la Primera Guerra Mundial se enamoró profundamente, probablemente por primera vez, de Agnes von Kurowsky, una de las enfermeras que le atendía. Después de la guerra, Hemingway regresó a los Estados Unidos dispuesto a casarse con ella, pero finalmente nunca se vieron. Agnes había elegido a otra pareja (Martin, 2006; Yalom y Yalom, 1971).

Con todo, quizás lo importante no sea, con serlo, el hecho de haber sufrido pérdidas o abusos en la infancia, si no el vínculo de apego en los primeros años. Así tendríamos una tabla de cuatro variables categóricas: haber sufrido o no pérdidas o abusos en la infancia y haber tenido un apego seguro o inseguro. Un apego inseguro (modelo interno negativo, o en otras palabras: vulnerabilidad narcisista-sensibilidad a la vergüenza y por tanto confusión de identidad y tendencia al auto-desprecio) asociado a factores de pérdida suicida y abusos en la infancia sería lo más propicio para un desarrollo suicida. Esto es, para iniciar un proceso de incubación de la idea suicida que acompaña al sujeto el resto de su vida.

Se podría decir por tanto que antes del acto de quitarse la vida hay todo un

recorrido que se inicia en la infancia-adolescencia y atraviesa sin abandonarla la vida entera de la persona. Así se puede leer el diario íntimo de Cesare Pavese (Pavese, 1976), la biografía de Hemingway (Martin, 2006, Yalom y Yalom, 1991) y la novela autobiográfica “Confesiones de una máscara” de Yukio Mishima (1985, Ushijima, 1987), entre otros.

Como ejemplo de apego inseguro tendríamos el caso de Hemingway. Se dice que de niño su padre era autoritario y maltratador mientras que su madre le vestía de niña y lo descalificaba, lo cual podría haber estado a la base de un intenso rechazo hacia ambos del que derivaban intensas fantasías agresivas contra su padre. Cuando su padre se suicidó de un tiro en la cabeza en 1928, Hemingway no dudó en culpabilizar a su madre y desde entonces la odió abiertamente (Martin, 2006) y por extensión, añadimos nosotros, a todas las mujeres, y quizás también a sí mismo.

Para terminar:

Desde la óptica psicoanalítica y situados ahora en el punto de vista de la evaluación y la ayuda terapéutica, convendría reparar en lo siguiente:

1. La inhibición de la agresividad así como la vergüenza y la autodepreciación del self serían variables fundamentales a considerar en la evaluación del riesgo suicida.
2. En la atención a personas con riesgo suicida, sobre todo si se trata de personas narcisísticamente vulnerables, se precisaría establecer una relación terapéutica segura, empática y confirmatoria que haga que la persona se sienta acogida y reconocida.
3. Ayudar a vaciar la “mochila” de su carga “explosiva-agresiva”, moderar la autodepreciación (autoaceptación) y elaborar la vergüenza, pueden ser tareas u objetivos terapéuticos a tener en cuenta.

Modelo Existencial

El modelo existencial procede de la pérdida o conciencia de pérdida y fracaso del proyecto y la imposibilidad para rehabilitar el mismo, y que luego, desde ese vacío y desesperanza (depresión vital), se comete la conducta suicida como una forma de solución existencial (Castilla del Pino, 2013).

Para saber qué es el suicidio quizás conviene empezar por saber qué es la vida humana. Sirva para este propósito la analítica de la razón vital de Ortega (1966, 1974).

La vida humana –dice Ortega– la de cada persona, la mía, la tuya, la de él, la de ella, es lo que hacemos y nos pasa. Su sustancia consiste en estar-ahí-haciendo algo para llenar ese vacío-de-ser con el que nos encontramos de pronto en la existencia. En efecto, cada persona no tiene otro remedio que estar-ahí-haciendo algo para sostenerse en la existencia, enfrentando o achicando la angustia incesante que viene de las preocupaciones existenciales básicas. Desde la Psicoterapia Existencial (Yalom, 1984, 2000, 2008), estas preocupaciones serían: 1) la muerte, 2) la libertad, 3) el aislamiento-soledad y 4) la falta de un sentido vital o proyecto

de vida.

Este estar-ahí-haciendo-algo consiste por de pronto en la tarea y responsabilidad (intransferible) de construir un proyecto de vida, una identidad, ser un “quién”, que permita amortiguar a modo de defensa la inseguridad y la amenaza inherente a nuestra vulnerabilidad existencial y finitud personal. Más aún en tiempos de “modernidad líquida” (Bauman, 2017). La vida humana es, pues, anticipación de futuro, es ese estar de continuo decidiendo (libertad) lo que vamos a hacer (la agenda) y la-persona-que-queremos-ser (la identidad). En efecto, estar-decidiendo-la-persona-que-queremos-ser, es una tarea que sirve para enfrentar la inseguridad de estar-ahí sumergidos en una vida que no nos es dada hecha y acabada, sino vacía, indeterminada, por-hacer. Eso sí, se trataría de una tarea, brega o viaje sin garantía ninguna de éxito; o mejor, donde el riesgo de mal-lograr el proyecto, de llegar-a-ser, de naufragar, siempre está al acecho, lo cual, bien mirado es bastante obvio, pues un proyecto lo es en tanto que puede no llevarse a cabo, y de ahí la angustia existencial. Esta angustia funcionaría no tanto como un síntoma mental a apagar (ruido psicopatológico) según entiende el modelo biomédico de salud mental, sino como un indicador del afronte dramático yo-mundo. Esto es, como expresión de las dificultades en la tarea de estar-decidiendo-la-vida, de estar-llegando-a-ser, y, por tanto, como un elemento biográfico-existencial a descifrar y asumir.

A modo de excursus: *¿Se suicidan los animales?*

Desde la analítica de Ortega, sólo el ser humano se encuentra existiendo en una vida vacía e indeterminada, por hacer. Sólo el ser humano tiene conciencia y obligación de tener que construir su proyecto de vida. Al animal le es dado un repertorio más o menos invariable de conductas con las que vive. El animal vive, no “hace” su vida. Según lo anterior: ¿qué es el suicidio? Desde la analítica orteguiana cabría afirmar que es el acto de acabar con la angustia-sufrimiento que inunda o impide continuar con la vida biográfica hasta entonces valiosa. Visto así, sería bastante lógico pensar que el suicidio es un acto exclusivamente humano. Sería una opción del campo antropológico. Esta es la tesis del filósofo Simon Critchley (2016) entre otros. Los suicidios colectivos, las epidemias de suicidios, los suicidios por honor y venganza, etc., así lo atestiguan. Siendo el suicidio una conducta voluntaria dirigida contra la propia vida en busca de su autodestrucción, de no-ser, de ser-nada, de querer librarse del sufrimiento quitándose la vida, sería raro encontrar casos de animales que ejecuten la conducta suicida. Salvo en fábulas antropomórficas, claro está. Quizás la etología desmienta esta tesis. Con todo, se aluden a ciertos casos de escorpiones, delfines, etc., que cuando están en un contexto de amenaza de muerte inminente, ejecutan supuestamente una conducta suicida (véase el escorpión que se clava su propio aguijón al estar rodeado de fuego). Obligados como estamos, en el caso de los animales, a hacer análisis sólo-desde-fuera, diríamos que el fenómeno de los suicidios animales caería del lado de mecanismos estímulo-respuesta sin conciencia. Que cometan suicidio buscando voluntariamente la muerte y sabiendo que ese será el resultado presupone la

autoconciencia de la muerte, lo cual es difícil saber en los animales. La tesis de que los animales no se suicidan es también la posición que defienden autores como Durkheim en su libro clásico sobre el suicidio (2004), Primo Levi (2005) o Jean Améry (2005).

Desde la óptica existencial, la raíz de toda conducta suicida estaría en la ruptura del yo con su proyecto o la conciencia de pérdida total. *“Mi vida es un fracaso”* dicen muchos suicidas. Cuando esta conexión se rompe surge la angustia y la lucha por engancharse a la vida. Habría un periodo de lucha o de “desesperación”, entendida como búsqueda agónica de una salida a la situación presente. Esfuerzo natatorio ante la posibilidad de ser tragado por las olas. Cuando esta lucha desfallece, a modo de agotamiento según las fases del síndrome general de adaptación al estrés del Selye, se cae en la “des-esperanza”, y desde ese vacío o derrota existencial (depresión vital o melancolía), se activa la idea del suicidio (que ya estaba ahí de alguna manera) como salida o escapatoria a un yo-mundo que se vive insoportable. Visto así, no debe confundirse “desesperación” con “desesperanza” (Laín Entralgo, 1978). Tampoco con “cansancio de la vida” (Laín Entralgo, 1975). En la desesperación se combate todavía. Hay una brizna de esperanza. En la desesperanza no sólo “no hay” (o uno siente que no hay) proyectos o perspectivas de futuro, sino que la persona “cree” estar segura o cierta de que nunca los tendrá, que nada en adelante va a cambiar el sentido de las cosas (Rojas, 1978). La desesperanza significa haber perdido toda posibilidad, no esperar nada, no tener proyecto de futuro (Castilla del Pino, 2013). Los proyectos hacen posible la vida como tarea, como empeño dirigido al futuro. Vale decir que quien no tiene proyectos es que ya la vida no le ofrece nada capaz de sacarlo de su letargo y lanzarlo hacia adelante, por tanto, está como en la antesala del dejar-de-ser: abocado a la muerte (Rojas, 1978). En un estudio sobre el suicidio, Rojas (1978) diferenciaba entre desesperanza y desesperación. Se encontró que en los suicidios frustrados el porcentaje de desesperanza era del 46,9%. Mientras que el porcentaje de desesperación era del 17,3%. Si sumamos sus porcentajes en el suicidio frustrado tenemos 64,2%. Se apunta a que ante la imposibilidad de proyectar la existencia, se acaba uno suicidando. Así, pues, la desesperanza sería una caída del proyecto total de existencia, si bien nada quita que puedan existir ciertas metas parciales, puntuales, subsidiarias (hacer un viaje, aprobar un examen, hacer un curso, etc.). Es la misma distinción que establece la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015), entre valores (viajes que duran toda la vida) y metas (acciones que se pueden tachar de una lista). En la depresión melancólica, la des-motivación sería un síntoma de la ruptura del sujeto con su proyecto. Siendo así, el suicidio sería una solución a una pérdida total del proyecto. Esta pérdida de contacto con el proyecto junto con la sensación de pérdida de esperanza en el futuro sería lo que activa en el depresivo el suicidio. Sería contraproducente aquí el comentario banal de querer señalarle a la persona en crisis que las cosas no son así, que el proyecto elegido sigue siendo valioso a pesar de todo, que otros proyectos serán posibles.

Cuando, por el motivo que sea, se cae en la cuenta (fundada o infundada) de haber equivocado el proyecto, y de que ya no hay tiempo (biográfico) para subsanarlo (edad avanzada), se cae en la depresión o en el suicidio. El suicidio, en esta perspectiva, sería, como decimos, un intento de huir del error existencial o de evitar la realidad (fracaso) del proyecto vital (Castilla del Pino, 2013). Es duro admitir que uno estaba equivocado, que ha vivido buena parte de la vida arrastrado por una concepción equivocada que nunca había cuestionado. Se pone aquí a prueba la capacidad de elaborar las heridas narcisistas.

La falta de un horizonte proyectivo en “mi vida” personal, de poder-ser, sería pues una antesala del suicidio. Esto ocurriría sobre todo si además hay soledad o desamparo. Esto es, cuando al sentimiento de desesperanza le acompaña una percepción de nulo apoyo social. El alcohol aquí puede levantar el freno conductual y facilitar el acto suicida.

Desde luego, como señala Rendueles (2018), la idea de un decisor racional que realiza cálculos objetivos entre beneficios y desventajas está muy desacreditada en la ciencia experimental. Ahora bien, fuera del laboratorio de la ciencia, en la vida ordinaria de la persona, no se ve claro cómo se podría saber a ciencia cierta si uno es o no un decisor racional. ¿En qué nos basamos para juzgar si nuestra vida ha sido valiosa o no, o si lo volverá a ser en el futuro? ¿Acaso hay un criterio externo y objetivo al que recurrir para evaluar este asunto? La racionalidad objetiva es más un mito sobrehumano sólo al alcance de los dioses. Los juicios cognitivos muchas veces están tamizados por los afectos. Habría que hablar más bien de un decisor “pático”, en lugar de racional, aunque a veces resulte un decisor más bien patético. Utilizamos el término “pático” en el sentido estimativo de aceptación/rechazo, simpatía/antipatía, etc., que nos provocan los objetos de la circunstancia (Castilla del Pino, 2000). En efecto, es muchas veces el “cómo yo lo siento” la base de nuestras decisiones-acciones. De ahí el riesgo suicida aumentado cuando se cae en estados de depresión, pues la tristeza vital y la culpa matizan todas las percepciones biográficas y balances existenciales. Esto es lo que hace el escritor Cesare Pavese unos días antes de suicidarse; hacer balance de su persona y obra. Véase lo escrito los días 16 y 17 agosto de 1950 en su Diario íntimo “El oficio de vivir” (Pavese, 1976).

“Veo hoy claramente que desde los veintiocho años hasta viví siempre bajo esta sombra, alguien diría un complejo. Y que lo diga: es algo mucho más simple” (Pavese, 1976, p. 314).

Véase también:

“Ya no tengo nada que desear en esta tierra, excepto aquella cosa excluida por quince años de fracasos. Este es el balance del año no terminado, que no terminaré” (Pavese, 1976, p. 315).

Esta parada en el camino a modo de “epojé”, que permite valorar la propia existencia, es válida también para el joven y para el adulto, pues nadie está exento de realizar balances existenciales. Eso sí, a medida que avanza la edad hay más

materia a examen sobre lo que ha sido “mi vida”. También podría ocurrir lo contrario: que el balance vital sea posterior a la decisión de suicidarse y en este caso sería más su efecto. Primero se tomaría la decisión y luego, para evitar la disonancia cognitiva, se buscarían las razones biográficas o las culpas para inclinar la balanza hacia la muerte.

Como se dijo antes, cabría pensar en un desarrollo suicida incubado desde mucho tiempo antes, quizás desde la adolescencia o juventud, acaso a modo de elección originaria del Psicoanálisis Existencial sartreano (Sartre, 1996). Esto es, a modo de una decisión de ser que es la que funda y determina un destino. El diario íntimo de Pavese (1976) y la novela autobiográfica “Confesiones de una máscara” de Mishima (1985), admiten esta lectura.

¿Cómo se articulan entre sí la esperanza y el proyecto? La esperanza lanza la flecha de la vida hacia el futuro. Es el andamio o cimbra que sirve a construir el proyecto. Es el puente que une el presente con el futuro, actuando como un empuje que pide que el proyecto se concrete de algún modo. El proyecto –dice Laín Entralgo– es la forma propia y primaria de la espera humana (Laín Entralgo, 1978). No tener esperanza es tanto como no tener vida. El lenguaje popular lo dice claramente: “la esperanza es lo último que se pierde”. Y “mientras haya vida, hay esperanza”. La esperanza es la confianza más/menos firme o segura que tenemos en que se cumplirán las distintas posibilidades existenciales que proyectamos en el futuro. En cambio, sin esperanza (des-esperanza) no hay puente, ni andamio, ni proyecto, ni futuro, ni vida, ni posibilidad de ser. Sin proyectos no hay vida humana. La desesperanza sería un terreno fértil donde germinan las ideas y conductas de suicidio. Es lo que se llama “diselpidia” (de “elpis”, esperanza); la incapacidad para proyectarse en el futuro, para vivir la vida con esperanza (Laín Entralgo, 1978). Este factor se podría indagar con la siguiente pregunta: *¿Hasta qué punto sientes que los problemas que te agobian se van a solucionar en el futuro?* Se recordará a este propósito que Van Gogh dejó escritas estas palabras justo antes de suicidarse: *“El futuro es cada vez más sombrío y no veo ninguna esperanza de felicidad”* (Jaspers, 2003, p. 240).

Por tanto, en la comprensión existencial del suicidio depresivo habría cuatro momentos:

1. Caída del proyecto de vida.
2. Angustia y lucha por reconstruir el proyecto.
3. Vacío y desesperanza (depresión vital).
4. Deseos y acto de suicidio.

Cuando el sujeto logra andamiar un nuevo proyecto, la crisis suicida disminuye. Ayudar a llenar los aljibes y albercas del alma de sentido y esperanza sería pues una vía de ayuda para las personas en situación de riesgo o vulnerabilidad suicida. Transformar la desesperanza en esperanza. Deseo de más vida y no sólo prevención de la muerte.

Desde el punto de vista preventivo y terapéutico, la Terapia Existencial tendría

aquí su utilidad. Se podrían situar tres perspectivas terapéuticas:

1. La Terapia del Desarrollo Moral (TDM) (Villegas, 2011, 2013 y 2015) y su énfasis en la libertad y la autonomía como eje de los diversos subsistemas de regulación moral. Según Villegas, la TDM aporta dos dimensiones básicas que estaban ausentes en la perspectiva existencial: la evolutiva y la estructural (Villegas, 2018). En este sentido, la autonomía significa una redefinición del proyecto existencial. “Lo contrario supone la formación de un vacío que clínicamente se conoce con el nombre de depresión y que frecuentemente lleva a hundirse en la posición prénómica o a considerar, incluso, la alternativa del suicidio” (Villegas, 2018, p. 5).

2. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 2015) en su idea de ayudar a las personas a desarrollar una vida plena y basada en valores. Se han señalado ciertas afinidades de ACT con la línea existencial (véase García-Haro, García-Pascual y González González, 2018). Se trataría aquí de visualizar un horizonte de sentido que se puede haber perdido como consecuencia del combate con los problemas de la vida, a menudo por abuso de estrategias de control y/o evitación de experiencias internas indeseadas. Para visualizar este horizonte de sentido se requiere identificar valores, experiencias, recuerdos o aspectos valiosos que hayan dado sentido a su vida, razones de vivir que tuvo (pasado), tiene (presente) o tendría (futuro) si todo fuera bien. Crear vidas que merezcan la pena ser vividas, vidas con sentido, sería desde esta óptica un antídoto frente al vacío y la crisis suicida. Hay estudios que apuntan a la utilidad de ACT en personas con conducta suicida (véase Ducasse et al., 2014; Ducasse et al., 2018).

3. La Logoterapia (Frankl, 1988, 1990, 1996, 2008, 2016) en su dimensión de búsqueda y realización de sentido y dirección hacia los valores. Se diferencia tres clases de valores: 1) *valores creativos* (capacidad de trabajar y crear obras o aportar nuevos conocimientos), 2) *valores experienciales* o *vivenciales* (entrega amorosa a una persona o causa, velar por la calidad de los vínculos) y 3) *valores actitudinales*. Estos últimos son para Frankl los más importantes. Se ponen a prueba cuando el sujeto tiene que enfrentar una circunstancia externa inesperada y que no está en sus manos poder cambiar. Ante este sufrimiento trágico hay que tomar postura; aceptar dando sentido o rechazar condenándose a una lucha sin fin. Plasmado en una fórmula sintética: *desesperanza = sufrimiento - sentido* (Frankl, 1985). Una aplicación de la Logoterapia al suicidio puede verse en Rocamora (2017).

A Modo de Conclusión

Se han presentado dos modelos de crisis suicida: el modelo psicoanalítico y el existencial. El primero apunta a la agresividad inhibida y la crisis narcisista como variables fundamentales en la dinámica del suicidio. El segundo sitúa como elementos clave de comprensión-explicación del suicidio la caída del proyecto, el vacío existencial y la desesperanza. Podemos encontrar cierta relación entre el modelo freudiano y el modelo existencial. Esta relación se pondría de manifiesto si

cambiamos la “pérdida de objeto” por el “fracaso del proyecto”. Se concluye que ambos modelos solos o en combinación pueden ser de gran utilidad en la orientación y planificación de la ayuda a personas con vulnerabilidad suicida. Descargar la agresividad, moderar la autocrítica (autoaceptación), elaborar la vergüenza, construir un proyecto de futuro, conectarse con valores y transmitir esperanza pueden ser dianas terapéuticas (“targets”) que bien pueden aliviar la crisis suicida y posponer la opción de matarse.

Epílogo: de la vida y el suicidio

Queremos terminar con unas reflexiones a partir de la literatura y la poesía. Empezamos con una cita del escritor norteamericano Paul Bowles.

*“Como no sabemos cuando vamos a morir,
llegamos a creer que la vida es un pozo inagotable.
Sin embargo, todo sucede solo un cierto número de veces, y no demasiadas.
¿En cuántas ocasiones te vendrá a la memoria aquella tarde de tu infancia?
Una tarde que ha marcado el resto de tu existencia.
Una tarde tan importante que ni siquiera puedes concebir tu vida sin ella.
Quizás cuatro o cinco veces, quizás ni siquiera eso.
Y ¿Cuántas veces más contemplarás la luna llena?
Quizás veinte. Y sin embargo, todo parece ilimitado”.*
(Paul Bowles, El cielo protector, B. Bertolucci, 1990).

Esta narración aparece en la escena final de la película “El cielo protector”. Trata de la finitud y la temporalidad del ser, de la memoria y la omnipotencia. El tema de fondo es el modo ordinario en que vivimos la existencia y que se resume con la cita de Freud que dice: *“en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad”* (Freud, 1972, p. 2110). En efecto, vivimos de espaldas a la muerte como si nunca fuera a pasar en “mi vida”. Uno procura estar ocupado en mil tareas, distraerse, ocultarse el vacío que nos habita, en definitiva; escamotear la muerte. Entonces llega la muerte de la persona querida y con su duelo nos despierta del sueño letárgico en que vivíamos, nos coloca ante la conciencia desnuda de nuestra mortalidad, más allá de “la gente muere”. Así, no hay escape de la muerte. Un cuento sufi dice: “Hay quién vive como si nunca fuera a morir y muere como si nunca hubiera vivido”. Se hace por tanto necesario vivir (hacer la vida) “contando con” la finitud y aceptación de la propia mortalidad.

*“Sin miedo a morir,
la vida es un caballo desbocado que no sabe a dónde va”.*

En efecto, ser conscientes de la muerte, contar con la mortalidad, es la condición o a priori (y no sólo el límite) de mis proyectos futuros. Como decía Yalom (1984, 2008), si la muerte nos destruye, la idea de la muerte nos puede salvar.

La importancia de la muerte en la vida humana puede verse en la siguiente meditación sobre el suicidio:

“Como uno sabe que puede poner fin a su vida cuando quiera no tiene prisa en morir.
 Vive como si fuera dueño de su destino.
 Soporta sin miedo los agobios y frustraciones de la existencia, pues tiene siempre a su disposición un arma para poner fin al sufrimiento. Esta solución permite paradójicamente una actitud vitalista frente a la existencia; Ayuda a vivir”.

En efecto, la idea de suicidio puede tener cierto papel positivo al animar al náufrago a seguir nadando entre las olas de la vida. La opción del suicidio es la que permite a Harry Haller, protagonista del “El lobo estepario” (Hesse, 1987), a Ellen West, la famosa paciente de Binswanger (1977) y al escritor Cioran (1990), entre otros muchos, elegir seguir viviendo, a pesar de todo.

Cioran dijo: “*Vivo únicamente porque puedo morir cuando quiera: sin la idea de suicidio, hace tiempo que me hubiera matado*” (Cioran, 1990, p. 71).

Y la joven Ellen West: “*Sin la esperanza del fin la vida sería intolerable. Lo único que me consuela un poco es la certeza de que tarde o temprano vendrá la muerte*” (Binswanger, 1977, p. 295).

La escena final de la película “Frantz” (Ozon, 2016) condensa perfectamente la idea que queremos transmitir. La protagonista camina por una sala de museo. Se sienta frente al “El suicida” de Manet. Allí hay un joven que le pregunta:

“¿También le gusta este cuadro?”

Respuesta: “*Sí, me da ganas de vivir*”.

Referencias bibliográficas

- Altmayer, E. y Altmayer, N. (Productores) y Ozon, F. (Director). (2016). *Frantz* [Película]. París, Francia: Mandarin Cinema.
- Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia, España: Pre-Textos.
- Bauman, Z. (2017). *Modernidad líquida*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- Binswanger, L. (1977). El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. En R. May, E. Angel y H.F. Ellenberger (Eds.), *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 288-434). Madrid, España: Gredos.
- Caparrós, N. (1992a). *Psicopatología analítico-vincular. Tomo I*. Madrid, España: Quipú.
- Caparrós, N. (1992b). *Psicopatología analítico-vincular. Tomo II*. Madrid, España: Quipú.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona, España: Tusquets.
- Castilla del Pino, C. (2013). Un estudio sobre la depresión. En C. Castilla del Pino (Ed.), *Obras Completas, Volumen I-II (1946-1966)*. Córdoba, España: Fundación Castilla del Pino-Universidad de Córdoba.
- Cioran, E. M. (1990). *Silogismos de la amargura*. Barcelona, España: Tusquets.
- Critchley, S. (2016). *Apuntes sobre el suicidio*. Barcelona, España: Alpha Decay.
- De Rojas, F. (1991). *La celestina*. Madrid, España: Anaya.

- Ducasse, D., Jausse, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., Calati, R., Carrière, I., Guillaume, S., Courtet, P. y Olié, E. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for the Management of Suicidal Patients: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 211-222. doi: 10.1159/000488715
- Ducasse, D., Rene, E., Beziat, S., Guillaume, S., Courtet, P. y Olie, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(6), 374-376. doi: 10.1159/000365974
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio. Estudio de sociología*. Madrid, España: Losada.
- Frankl, V. E. (1985). Logos, paradoja y la búsqueda de significado. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia* (pp. 283-299). Barcelona, España: Paidós.
- Frankl, V. E. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1990). *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (1996). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2008). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Frankl, V. E. (2016). ... *A pesar de todo, sí a la vida. Tres conferencias y un esbozo autobiográfico*. Barcelona, España: Plataforma.
- Freud, S. (1972). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VI* (pp. 2101-2117). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1972). Duelo y melancolía. En S. Freud, *Obras Completas, Tomo VI* (pp. 2091-2100). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 39-67. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/1481/s/rp109-02/category/3/>
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (en prensa). Enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*.
- Garma, A. (1973). Los suicidios. En M. Abadi, A. Garma, E. Garma, A. J. A. Gazzano, E. H. Rolla y N. Tampey, *La fascinación de la muerte. Panorana, dinamismo y prevención del suicidio* (pp. 63-104). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión*. Madrid, España: Alianza.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Hesse, H. (1987). *El lobo estepario*. Barcelona, España: Circulo de Lectores.
- Jaspers, K. (2003). *Genio artístico y locura. Strindberg y Van Gogh*. Barcelona, España: Acanalido.
- Jiménez, J. R. (2015). *Marga*. Sevilla, España: Fundación José Manuel Lara.
- Kinston, W. (1983). A theoretical context of shame. *Int J Psychoanal*, 64, 213-226.
- Lain Entralgo, P. (1975). Cansancio de la vida y desesperanza. En J. Rof Carballo, *El cansancio de la vida* (pp. 259-275). Madrid, España: Karpos.
- Lain Entralgo, P. (1978). *Antropología de la esperanza*. Madrid, España: Guadarrama.
- Lansky, M. R. (2007). Unbearable shame, splitting and forgiveness in the resolution of vengefulness. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 571-593.
- Lester, D. (2006). Understanding suicide through studies of diaries: the case of Cesare Pavese. *Arch Suicide Res*, 10(3), 295-302. doi:10.1080/13811110600583750
- Levi, P. (2005). *Trilogía de Auschwitz. Si esto es un hombre. La tegua. Los hundidos y los salvados*. Barcelona, España: El Aleph.
- Martin, C. D. (2006). Ernest Hemingway: A Psychological Autopsy of a Suicide. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69(4), 351-361.
- Mishima, Y. (1985). *Confesiones de una máscara*. Barcelona, España: Seix Barral.
- Mishima, Y. (2010). *El sol y el acero*. Madrid, España: Alianza.
- Morrison, A. P. (1997). *La cultura de la vergüenza. Anatomía de un sentimiento ambiguo*. Barcelona, España: Paidós.
- Morrison, A. P. (2008). Fenómenos narcisistas y vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional*, 2(1), 9-25.
- Ortega y Gasset, J. (1966). *¿Qué es filosofía?* Madrid, España: Revista de Occidente.
- Ortega y Gasset, J. (1974). *Unas lecciones de metafísica*. Madrid, España: Revista de Occidente.
- Pavese, C. (1976). *El oficio de vivir. Diario (1935-1950)*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veinte.
- Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid, España: Grupo 5.

- Rocamora A. (2017). *Cuando nada tiene sentido. Reflexiones sobre el suicidio desde la Logoterapia*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer.
- Rojas, E. (1978). *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona, España: Salvat.
- Sartre, J. P. (1996). *El ser y la Nada. Ensayo de ontología y fenomenología*. Buenos Aires, Argentina: Losada.
- Tangney, J. P. y Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Thomas, J. (Productor) y Bertolucci, B. (Director) (1990). *El cielo protector* [Película]. Londres, Reino Unido: Warner Bros.
- Unamuno, M. (1982). *Niebla*. Barcelona, España: Orbis.
- Ushijima, S. (1987). The narcissism and death of Yukio Mishima-from the object relational point of view. *Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 41(4), 619-28.
- van Heeringen, K. (2012). Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. En Y. Dwivedi (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona, España: Herder.
- Villegas, M. (2018). La teoría del desarrollo moral en el marco del análisis existencial. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 1-38. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/1480/s/rp109-01/category/3/>
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.
- Yalom, I. D. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós.
- Yalom, I. D. y Yalom, M. (1971). Ernest Hemingway: a psychiatry view. *Archives of General Psychiatry*, 24(4), 585-494.
- Yalom, I. D. (2008). *Mirar al sol. La superación del miedo a la muerte*. Buenos Aires, Argentina: Emecé.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 29, Number 111, November, 2018 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

APEGO Y PSICOTERAPIA EN SITUACIONES COMPLICADAS

Attachment and psychotherapy in complex situations

Ignacio Serván

(Coordinador)

EDITORIAL: APEGO Y PSICOTERAPIA EN SITUACIONES COMPLICADAS

From the Editor: Attachment and psychotherapy in complex situations

LA CONTRIBUCIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Attachment and Systemic Family Therapy
Matteo Selvini y Anna María Sorrentino

UNA FORMULACIÓN FUNCIONAL FAMILIAR USANDO EL MODELO DINÁMICO MADURACIONAL DEL APEGO Y ADAPTACIÓN

A Family Functional Formulation using the Dynamic Maturational Model of Attachment and Adaptation
Inés Valero Rivas

PARTICULARIDADES DEL DIÁLOGO CLÍNICO EN LAS INTERVENCIONES CENTRADAS EN EL VÍNCULO

Particularities of the Clinical Dialogue within Attachment-Centered Interventions
Carlos Pitillas Salvá

LA ECOLOGÍA NARRATIVA DEL TRAUMA RELACIONAL

The Narrative Ecology Of Relational Trauma
F. Javier Aznar Alarcón y Nuria Varela Feal

APEGO Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Attachment and Eating Disorders: Implications for Psychotherapy Intervention
Laura Hernangómez Criado

APEGO Y ORGANIZACIONES LÍMITE: AJUSTES EN PSICOTERAPIA

Attachment and Borderline Organizations: Adjustments in Psychotherapy
Ignacio Serván García

MÚLTIPLES SISTEMAS MOTIVACIONALES: INTERVENCIÓN EN UN CASO COMPLEJO DESDE EL ENFOQUE MODULAR TRANSFORMACIONAL

Multiple Motivational Systems: Intervention in a Complex Case from the Transformational Modular Approach

Carlos Habif y Carolina Scarafía

Artículos fuera de monográfico (Acceso Abierto)

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA PERIMENOPAUSIA MEDIANTE UN PROGRAMA BASADO EN MINDFULNESS

Improvement of the quality of life in Perimenopause through a program based on mindfulness

Juan Francisco Espejo Zamora y Montserrat Conde Pastor

PROPUESTA FENOMENOLÓGICA HERMENÉUTICA PARA EL ABORDAJE DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD. UN ABORDAJE DESDE LOS PLANTEAMIENTOS TEÓRICOS DE HEIDEGGER, GADAMER, LÄNGLE, RICOEUR, MERLEAU-PONTY Y ARCIERO

Hermeneutical phenomenological proposal for the approach of borderline personality disorder. An approach from the theoretical approaches of Heidegger, Gadamer, Längle, Ricoeur, Merleau-Ponty and Arciero
Cristóbal Pacheco

DOS MODELOS DE CRISIS SUICIDA. UNA PERSPECTIVA CLÍNICA

Two models of suicidal crisis. A clinical perspective
Juan García-Haro, Marta González González y Henar García-Pascual

