

### III JORNADAS PITIUSAS PRO SALUD MENTAL

Días 7, 8 y 9 de octubre del 2010, en Ibiza.

Tema: **“ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y SUS DESVIACIONES HACIA LA PSICOPATOLOGÍA”**

#### RESÚMENES DE LAS PONENCIAS

**Jueves 7 de octubre**, de 16h30 a 19h: 2 Talleres simultáneos

Taller 1- **“Personalidad, aprendizaje y rendimiento escolar”**

*Ponente: Vicent Pi Navarro. Psicólogo y Psicoanalista. Director de los Servicios Psicopedagógicos Escolares de L’Horta Sud. SPE Vo4. Torrent. Conselleria de Educación de la Generalitat de Valencia. Valencia.*

Desde siempre, en la escuela, el rendimiento escolar ha estado asociado a la inteligencia, sobre todo al C.I., aunque éste ha ido evolucionando e intentando adaptarse a la realidad escolar. Así, se han ido definiendo diferentes inteligencias como la cognitiva, emocional o social, dentro de una evolución que intenta comprender a los alumnos “inteligentes” con fracaso escolar.

Sin embargo, en la cultura escolar, sigue siendo válido en la mayoría de los casos, que no rendir en la escuela es sinónimo de torpeza, baja inteligencia o causa de algún síndrome neurológico, genético o deficiencia intelectual.

Los trastornos mentales de tipo psicótico, y en especial los TEA, son registrados como deficiencia intelectual si son graves, y si no lo son, como algo incomprensible, que inquieta y hay que encontrar un diagnóstico físico que de cuenta de las dificultades psicológicas y calmen la culpa, evitando la responsabilidad de enfrentar lo que nos extraña.

En realidad, alumnos TEA o alumnos psicóticos, ajenos a la cultura social, al aprendizaje curricular impuesto e intrusivo, se derivan como deficientes mentales, a los recursos de pedagogía terapéutica, logopedia, cuando no a centros de EE. Estos alumnos “inteligentes”, que definimos como “conductuales”, que teniendo mejores aprendizajes son recluidos en centros de EE o aulas especiales por su dificultad en la escolarización en centros ordinarios, su aprendizaje tendría que ser muy especializado.

Nos preguntaremos sobre sus procesos de aprendizaje, propondremos metodologías y sobre todo plantearé nuestras dudas.

Taller 2: **“Los trastornos depresivo-ansiosos de la personalidad”**

*Ponente: Ana Minieri Palau. Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta. ACPP, Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica. Barcelona.*

En la actualidad hay una gran preocupación por la creciente incidencia del trastorno depresivo en la población, de tal manera, que la Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad y baja laboral en el mundo tras las enfermedades cardíacas.

No obstante y a pesar de constatar en los puntos de salud pública la alta frecuencia de consultas por depresión, resulta discutible su diagnóstico y, en consecuencia, su abordaje terapéutico basado prioritariamente en la medicalización, no siempre en correspondencia a la necesidad terapéutica del paciente, y a menudo debido a un automatismo defensivo del profesional potenciado desde la institución donde ejerce (sobrecarga y excesiva presión asistencial, falta de tiempo para favorecer y estimular los recursos terapéuticos que surgen de la propia relación profesional-paciente como son la escucha, la contención, la empatía, etc.)

Un primer objetivo a desarrollar en este grupo de trabajo será plantear, lo más claramente posible, qué entendemos por depresión, depresión clínica, personalidad depresiva o melancólica, su relación con el duelo patológico. Cómo evoluciona un duelo sano. Intentaremos comprender qué papel ocupan los episodios de ansiedad asociados al trastorno depresivo.

En los trastornos afectivos, se ha de considerar en qué grado queda comprometida la autoestima de la persona afectada. El narcisismo es un componente de la personalidad que ha de mantenerse dentro de unos niveles óptimos, en relación a uno mismo y a los demás. Cuando este equilibrio bascula a la baja, el trastorno tenderá a ser depresivo. Por el contrario, si bascula al alza el trastorno se acercará a la manía, reverso de la depresión.

Todas estas cuestiones serán abordadas teniendo en cuenta la vertiente evolutiva del individuo, centrada en el análisis de dos ejes primordiales: Los procesos de vinculación a los objetos-sujetos relacionales primarios y los procesos de separación de los mismos.

MESA REDONDA ABIERTA AL PÚBLICO. De 19.30 h a 21.30 h

**“La atención de los trastornos de la personalidad en la comunidad desde los distintos ámbitos de intervención, sistema sanitario, socio-sanitario, educativo, y asociaciones de afectados y familiares” ¿Qué se hace? ¿Qué no se hace? ¿Qué se debería y podría hacer? ¿Qué se hace en otros lugares?**

1- **“Hacia una intervención en red a las personas con trastornos de personalidad”**

*Ponente: José Leal Rubio. Psicólogo Clínico. Psicoanalista. Consultor Clínico e Institucional.*

Los trastornos de la personalidad en su distintas modalidades y muy especialmente los llamados trastornos límites y patologías fronterizas aparecen como los de mas difícil explicación, por la intensidad de su emergencia actual, y los que presentan mas altos retos a los servicios de salud mental. Pero no solo a éstos. Por las características de sus comportamientos de una alta aparatosidad con frecuencia y por las dificultades de control de la vida impulsiva presentan también grandes desafíos a los demás sistemas de atención (servicios educativos, sociales, justicia, etc.)

Muy frecuentemente estos servicios así como las propias familias se ven desbordados por unas expresiones sintomatológicas de difícil comprensión y de difícil contención.

Los sistemas más o menos clásicos de atención a las personas con trastornos neuróticos o psicóticos expresan muy altas limitaciones frente a una forma de sufrimiento que, sin ser nueva, está dando muestras de una muy alta prevalencia. Posiblemente no sea ajeno a ello las características de una sociedad actual

singularmente frágil en la que los tradicionales sistemas de contención de ansiedades están fallando (familia, trabajo, creencias y valores) o están en crisis. El paso de una sociedad sustentada en valores sólidos a otra donde éstos adoptan formas menos precisas y que tan exitosamente Barman denominó líquida, no se hace sin costes. Creo que la explicación de la alta prevalencia de trastornos fronterizos en jóvenes no puede entenderse sin apelar a los profundos cambios sociales que se vienen desarrollando en los últimos tiempos.

Si no es fácil definir una clara etiología de éstos trastornos menos, si cabe, lo es ofrecer soluciones a los mismos y al sufrimiento de las personas que los padecen. De estos altos sufrimientos se habla poco quizás porque el impacto de sus comportamientos es muy alto. Y porque muy frecuentemente se piensa que los sujetos que los padecen lo que buscan es la permanente felicidad o satisfacción de sus impulsos a cualquier coste y se olvida decir que mas en el fondo lo que les sucede es que no pueden soportar el malestar porque lo viven como derrumbe.

Yo quisiera plantear en este trabajo un acercamiento tanto a la explicación de la patología como al tratamiento y trato de las personas que los padecen.

Las prácticas en la atención a las personas que padecen trastornos de salud mental son necesariamente interdisciplinarias. Superadas, felizmente, las instituciones totales los problemas de salud mental y los derivados de éstos han de ser afrontados desde una perspectiva interinstitucional e intersectorial. Esta perspectiva es especialmente necesaria, diría imprescindible, en la atención a los adolescentes y jóvenes cuya patología les hace especialmente vulnerables y que, con frecuencia, reciben la hostilidad que generan en una especie de actuación contratransferencial, comprensible pero no justificable, de aquellos sujetos e instituciones con quienes están en contacto.

El trabajo coordinado y en red es imprescindible no solo para facilitar contención en el sujeto que padece el trastorno sino de los múltiples servicios que intervienen en su atención.

Me gustaría señalar también algunas de las cuestiones éticas con las que se encuentran los profesionales e instituciones embarcados en dichas prácticas de red y de continuidad de cuidados.

## **2- “Aprender a nadar en medio de la tormenta perfecta: La metamorfosis adolescente”**

*Ponente: Boro Miralles i Valero. Psicólogo. Jefe del departamento d'Orientació Educativa. IES Marratxí. Mallorca.*

La psicología de la Educación y la psicopedagogía, desarrollan campos profesionales de manera paralela, cuyo objetivo de trabajo fundamental es el análisis y la intervención sobre el comportamiento en contextos educativos de formación, desarrollo personal y grupal.

Los procesos psicológicos del aprendizaje que afectan y se derivan en lo educativo se componen también del ámbito personal, familiar, organizacional y sociocomunitario. Un paso más allá y vemos que la estructura de la personalidad y su organización en los adolescentes-alumnos, es una dimensión primordial del éxito o fracaso de su tránsito académico formal. Y uno de los puntos que más nos interesa tratar en esta comunicación es una aproximación a cómo los aspectos motivacionales, las

interacciones sociales y las potenciales manifestaciones de la personalidad patológica enhebran la lanzadera con la que los adolescentes-alumnos tejen el tapiz de su vida en el sistema educativo.

Desde la perspectiva del nicho ecológico que representa la etapa vital como estudiantes, lo que nos interesa es que los TP implican importantes síntomas que afectan a su transitar discente:

- alteraciones emocionales
- la ausencia de habilidades sociales, deterioro en la resolución de problemas interpersonales, pérdida de agencia experiencial
- rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico
- trastruque agudo de los aprendizajes curriculares y de utilización de pensamiento abstracto

Todo ello genera patrones disfuncionales de experiencias académicas, de procesos socializadores de interacción entre iguales y con el entorno.

#### *Medida de la inteligencia y psicopatología*

El instrumento psicométrico más utilizado en educación para determinar el CI y el factor G de inteligencia cristalizada –la que surge de la experiencia por procesos de culturización y aprendizajes-, el WISC-IV, se compone de 4 categorías de análisis como factores de la inteligencia:

1. Comunicación verbal
2. Razonamiento perceptivo
3. Memoria de trabajo
4. Velocidad de procesamiento

El análisis del CI mediante estas escalas establece la curva de población normal en el segmento de puntuación 90-109, donde se encuentran el 50% de los porcentajes de casos. A partir del segmento estándar, va bajando a "normal bajo", "inferior" y "muy bajo", donde ya nos encontraríamos con adolescentes-alumnos con deficiencias psíquicas relevantes y que les integraríamos en los programas NESE de Necesidades Educativas Especiales.

¿Pero podemos establecer alguna relación entre puntuaciones bajas en alguna o en todas estas categorías y los desórdenes de la personalidad adolescente? No es difícil inferir que déficits importantes en alguno de estos componentes de la inteligencia, pueden ser la antesala de algún TP.

#### *Adolescentes-alumnos con Altas Capacidades y su relación con los TP*

En marzo de este año, se realizaron en la UIB unas jornadas sobre Altas Capacidades donde se actualizaron datos estadísticos de mucho interés: se calculan un 15% de personas con altas capacidades de los cuales aproximadamente un 3% son por sobredotación y el resto talentosos. De este porcentaje solamente un 0,1 % son detectados y diagnosticados. Por otra parte, del 15% de AC, hay un 60% de fracaso escolar y un 80-90% con problemas conductuales y psicológicos derivados de la no detección. Pero no acaba ahí la cosa, de los superdotados diagnosticados, el 60% rinde muy por debajo de sus posibilidades y el 30% sufre fracaso escolar. Y aunque hay otros datos de que no existe entre los superdotados mayor índice de trastornos mentales que entre el resto de la población, las dificultades emocionales y sociales

crecen con un CI superior a 150 (se considera el segmento promedio estandarizado 90-109, y sobredotación intelectual a partir de 130)

Si las AC van ligadas a la precocidad e inteligencia acelerada, que se manifiestan durante las primeras etapas de desarrollo hasta los 18 años -el final de la adolescencia-, es competencia del sistema educativo priorizar la detección de estos niños y chicos escolarizados como alumnos para no desperdiciar ese capital intelectual, para evitar el aburrimiento, la desconexión, la frustración y la incompreensión –principales factores del fracaso académico en la educación obligatoria-, y procurarles las mejores condiciones formales para su desarrollo y bienestar personal, porque a menudo en ellos se producen disincronías, en las que las altas capacidades intelectuales no encuentran correspondencia con la inteligencia emocional o un desarrollo psicomotor equilibrado.

Si estos adolescentes-alumnos logran transformar su potencial en destrezas útiles en su entorno académico, familiar, personal, social y tiene pista libre para su curiosidad y creatividad natural, su satisfacción y realización personal está bien encaminada. Sin embargo, cualquiera de estos rasgos puede adquirir sesgos exacerbados si llegan a la disfunción de un trastorno en la estructura de su personalidad. En el clima de aula, estas son las señales de alerta a tener en mayor consideración: distracciones continuas, desconexión del ritmo de clase, dispersión, falta de interés, descuido en las tareas, desorganización, falta de habilidades para el trabajo en equipo, decremento de la participación en el grupo-clase, inseguridad emocional, ansiedad, bloqueos cognitivos, caída en picado de la motivación, problemas conductuales (impertinencia, verborrea, comportamientos disruptivos, pereza, apatía, mutismo selectivo...)

Pero también en su proceso de socialización hay otros indicios del abismo: ser suspicaz hasta la desmesura, el retraimiento que acongoja y le deja sin respiración, la agresividad que le descalifica continuamente, la autoexigencia inapropiada, el ser anodino hasta la invisibilidad, la pasividad que provoca sudoración en los huesos, el buscador de aprobaciones continuas para no sentir la devastación de la contra, etc. son esquemas interpersonales que abundan entre nuestros adolescentes-alumnos.

### *La psicoeducación como factor clave*

La OMS, en su propuesta de política de Salud 21 para la UE, prioriza la atención a los trastornos mentales, la prevención de las drogodependencias, los estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, salud afectivo-sexual...) y el abordaje de las transiciones vitales. La psicoeducación está en el centro neurálgico para alcanzar estas metas.

En este sentido, un aspecto diferenciador de los centros educativos es que trabajamos con población cautiva adolescente como mínimo hasta los 16 años, y por lo tanto un sector reducido respecto la población general, por lo tanto, nos encontramos con poca incidencia de los TP, de los cuales un porcentaje alto presentan versiones atenuadas, funcionando la mayor del tiempo con una actividad global aceptable e incluso relevante.

¿Los equipos profesionales educativos bastan par atender la mayoría de los conflictos adolescentes? Tienta una respuesta afirmativa, pero no es tan sencillo. Desde las instituciones académicas, tenemos un papel activo para detectar y realizar una aproximación diagnóstica – en estrecha colaboración con los SS y el Centre Base de l'IBAS-, después entra la red de derivación para los casos que requieren de intervención clínica: USMIJ, UTES, clínicas, consultas y despachos profesionales...

¿Qué tratamos de hacer con alumnos adolescentes con TGD, TDAH, Trastorno negativista desafiante, T disocial, T depresivos, T de ansiedad por separación, T por duelo, T de ansiedad generalizada, Fobias, TCA, TP...? Les intentamos ayudar a contemplar sus problemas desde nuevas perspectivas que no han considerado y no encuentran en sus contextos habituales para que, en la medida de lo posible, aprendan a atribuir nuevos significados *útiles* a los acontecimientos que están causando sus problemas, cuya etiología suele estar muy cerca de las *creencias* que aquel o aquella adolescente tiene de la realidad, de su realidad tan cargada de exclusivismo subjetivo, de confusión ensayo-error, de escalada de una autonomía compleja y difícil. Pensamientos, sentimientos, actitudes, patrones de conducta... modelados por la riqueza o pobreza inherente de los acontecimientos de su biografía, de sus experiencias vitales, de su nutrición amorosa o del vacío sin ternura, del caminar suave de su corta vida todavía o de su desierto afectivo que les hacen herederos del infierno pese a su juventud.

En los centros educativos, donde los adolescentes alumnos pasan 7h diarias y una miríada de vivencias entre iguales y con el reto de los umbrales mínimos de aprendizaje en forma de objetivos de curso y de etapa, necesitamos más consenso en la visión de tratar los trastornos en todo momento y no solamente en los momentos de crisis. Eso forma parte de una psicoeducación imprescindible para los profesionales que nos dedicamos a esto.

### 3- “El punto de vista de la familia de los afectados”

*Ponente: Irene Escandell Manchón. Presidenta de APFEM.*

En esencia, la cuestión se ha de centrar sobre las carencias del sistema sanitario, socio-sanitario, educativo y de las propias asociaciones de afectados y familiares, cuando se trata del bienestar y atención de las personas que padecen Trastorno de la personalidad.

**El primer nivel** lo ocupa la asistencia SANITARÍA. La red de salud, ofreciendo una cobertura total para la mayoría de enfermedades, presenta injustificados déficits en materia de salud mental. No se han desarrollado CENTROS Y UNIDADES DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS de calidad ni tratamientos que sean lo menos restrictivos posible que permitan implicar a las personas con trastorno de la personalidad en las decisiones que les conciernen. Todo ello requiere un modelo de intervención terapéutica, tal y como ha propuesto FEAFES en 2009, fundamentado en la coordinación eficaz desde la Atención Primaria a la Atención Especializada, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios socio-sanitarios y un Plan de atención que ha de incluir seguimiento y tareas de soporte individualizado. Esto requiere una suficiente y adecuada dotación de recursos con el fin de promover la rehabilitación y autonomía.

A principios de este año 2010, ADISAMEF, DEFORSAM y APFEM elaboraron un amplio documento para la ponencia de la subcomisión de Servicios Sociales del Parlament Balear, en el cual se reflejan las necesidades y carencias de la red de servicios Sanitarios y Socio-Sanitarios de Ibiza y Formentera, así como las dificultades en que se encuentran las personas con problemas psiquiátricos desde la infancia a la ancianidad.

Desde la asociación APFEM, a lo largo de muchos años venimos reivindicando que la adecuada atención de la salud mental infante-juvenil favorece la prevención de las enfermedades mentales graves. En APFEM trabajamos en esta dirección y los resultados han sido muy satisfactorios, por lo que desde aquí quiero aprovechar para

dar las gracias al equipo de profesionales que dirigidos por el Dr. Larbán realizan esta magnífica labor en nuestra asociación.

**El segundo nivel** corresponde a la asistencia SOCIO-SANITARIA. Es preciso reformar el modelo de servicios del sistema social, pues es muy importante que haya coordinación y complementariedad entre los profesionales de las distintas administraciones y los profesionales de las asociaciones y representantes de afectados y familiares, que intervienen en la atención de la persona con trastornos psiquiátricos. Una sociedad moderna no puede tener un Sistema de Salud y de Servicios Sociales trabajando de forma independiente e ignorando los servicios que ofrecen las asociaciones. Por ello tiene que haber coordinación, si queremos buenos resultados. Ibiza y Formentera son pequeñas, por lo que sólo falta voluntad para llevarlo a cabo.

A menudo, es muy doloroso ver qué poco pueden hacer los profesionales de Salud Mental, porque los recursos y los medios de que disponen, por razones políticas, económicas o de alguna que otra índole, son casi siempre insuficientes. Por eso, vaya desde aquí también nuestro agradecimiento hacia ellos.

**El tercer nivel** lo ocupa el sistema EDUCATIVO. En este ámbito se ha reaccionado con más prontitud y sensibilidad ante los trastornos psiquiátricos infantiles y juveniles, lo cual merece asimismo nuestro agradecimiento. Sin embargo, no olvidemos que el retraso en un diagnóstico y la falta de atención adecuada por omisión de responsabilidades por parte de Sanidad han sido la causa de la agravación de los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos. Si bien es cierto que las personas que se dedican a la docencia están cada vez más preparadas y los equipos más formados para atender estos casos, no se puede caer en el error de considerar que su labor es suficiente para la recuperación de los niños con trastornos psiquiátricos, por leves que éstos sean.

**El cuarto nivel** lo ocupa la FAMILIA. Ésta, ante todas las carencias expuestas, vive la enfermedad de su familiar con trastorno de personalidad en situación de total desamparo. De la misma forma que se afirma que los profesionales sin **conocimientos** hacen que sus pacientes sean **incurables**, los familiares que **no aceptan** la enfermedad o no reciben una atención y una formación, colaboran a que su familiar enfermo **sea irrecuperable. Y esto es así con el beneplácito y consentimiento de las instituciones públicas que tienen que velar por los derechos humanos, y con la aceptación de los profesionales.**

Así, la atención desde el ámbito familiar y el especializado son los ejes más importantes para la atención y recuperación de la persona que padece la enfermedad. Por parte de los familiares es hora de empezar a cuestionarse dónde se falla y poner remedio; por parte de los profesionales, es preciso mejorar la ética profesional, corrigiendo actitudes que colaboran a la estigmatización, desde la formación continua y la supervisión por parte de otros profesionales expertos que no pertenezcan al equipo correspondiente ni a la institución.

No se deben escatimar esfuerzos para devolver su dignidad a las personas afectadas por una enfermedad que provoca tan elevado grado de sufrimiento.

Afortunadamente, cada día se van generando más alianzas en la sociedad para afrontar los problemas de salud mental, desde la asunción de la responsabilidad colectiva. Todos tenemos la obligación de reaccionar y fomentar la higiene mental.

Debemos promover que se atienda con el mismo celo la salud física y la psíquica, sin restar a ésta los recursos que necesita y dejándola de tratar de forma cicatera como se ha venido haciendo.

Por último, familiares, profesionales y sociedad en general no hemos de olvidar que debemos saber ganarnos la confianza de la persona enferma, pues, cuando esto se consigue, rara vez vuelve a caer en una grave crisis. Pero la confianza sólo puede depositarse en quien, con hechos, nos demuestra que es merecedora de ella y, por sus actos, **TE HACE SENTIR QUERIDO**.

#### 4- **“Otro punto de vista de la familia de los afectados”**

*Ponente: María Gracia Furniet Muriel. Presidenta de DEFORSAM.*

Uno de los grandes problemas que observamos desde las asociaciones con las personas que padecen trastornos de la personalidad son los derivados de la escasez de recursos y de la problemática que estos trastornos tienen sobre las personas que lo padecen.

Los trastornos de la personalidad precisan de tratamientos con equipos comunitarios de salud mental. Con estas intervenciones conseguiremos una importante reducción de las tasas de ingreso en los hospitales y con ello evitar el empeoramiento de todo lo que rodea a la persona con enfermedad mental. El coste de esta atención a los trastornos de la personalidad no es significativo si se considera el impacto masivo que tiene el impulso hacia la atención comunitaria en los pacientes, los cuidadores, los médicos y la comunidad en general.

En pleno S. XXI, una sociedad como la nuestra no puede permitirse mirar hacia otro lado cuando hablamos de los trastornos mentales, y especialmente con los trastornos de la personalidad. El tema debate de esta mesa redonda es una realidad, y es responsabilidad de todos afrontar las necesidades y ofrecer las garantías que se merece esta problemática.

**Viernes 8 de octubre.**

### **JORNADAS CIENTÍFICAS**

#### **CONFERENCIAS DE APERTURA**

##### **1- "La psicogénesis de los trastornos de la personalidad en el desarrollo del bebé y del niño en edad pre-escolar"**

*Ponente: Francisco Palacio Espasa. Psiquiatra y Psicoanalista. Ginebra. Suiza.*

En esta exposición vamos en primer lugar a reconsiderar el concepto de trastornos de la personalidad según las clasificaciones actuales DSM e ICD y como se presentan en el adolescente y en el niño de edad escolar con nuestro método diagnóstico (con varios ítems clínicos y psicodinámicos) para tratar de establecer un diagnóstico estructural y no meramente sintomático a partir del rasgo más llamativo del carácter.

A continuación vamos a considerar el papel de las interacciones padres-niños en función tanto de los conflictos de parentalidad como del “equipamiento de base” del niño (disposición genética). Los problemas de los vínculos del bebé a sus padres y en general a las personas próximas con funciones parentales se traducen frecuentemente



por trastornos depresivos en el bebé, de diversa severidad, con problemas más o menos evidentes del desarrollo y de la identidad, manifestaciones que se encuentran a menudo en los antecedentes de los trastornos de la personalidad.

## **2- Desde dónde, desde cuándo y cómo se presenta la personalidad en la infancia y la adolescencia**

*Ponente: José Luis Pedreira Massa. Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños y adolescentes. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid*

Los sistemas de clasificación de los trastornos mentales más utilizados señalan que no se debe hablar de trastornos de la personalidad hasta pasados los 18 años. De esta conceptualización se ha generalizado la impresión e interpretación que no se debe hablar de personalidad como tal hasta que no se superen los 18 años.

Los psiquiatras y psicoterapeutas de niños y adolescentes, por el contrario, utilizamos el término personalidad con bastante asiduidad, pero se nos reprocha que hacerlo no es "políticamente correcto".

Pero sería más correcto, clínica y científicamente hablando, señalar qué entendemos por personalidad en la infancia y adolescencia y por qué lo señalamos así.

Es muy diferente concebir la personalidad como algo estático y fijo, o bien como algo dinámico en cambio, evolución y desarrollo y, por lo tanto, ligado a las características del sujeto en cada momento concreto.

Las bases de la personalidad se sitúan en la infancia: desde lo psicobiológico en el temperamento y desde lo psicosocial en el carácter. De aquí que en la infancia vayamos viendo, identificando los rasgos constitutivos de la personalidad, rasgos que apuntan y señalan hacia la organización y estructura de la personalidad que termina de consolidarse en la adolescencia.

Las puertas de entrada a ese concepto, desde las etapas infantiles, tiene que articularse con los modelos vinculares y en el funcionamiento de la mente. La nueva teoría de la mente nos aporta sugerentes aportaciones que, de forma curiosa, señalan a algunas conceptualizaciones que, inicialmente, se originaron en el psicoanálisis. Puerta abierta hacia un mundo sugerente y nuevo.

Aportamos el perímetro de esos rasgos de personalidad: la etapa del desarrollo, los componentes intrapsíquicos, los mecanismos de defensa o de afrontamiento y todo ello viéndolo evolucionar con flexibilidad y desde la realidad de (re)conocer esos funcionamientos en cada momento: características pulsionales, rasgos temperamentales, estructura y funcionamiento vincular, capacidad de simbolización, mecanismos de defensa utilizados, síntomas que se presentan.

De esta suerte el dónde se sitúa en las formas de expresión para cada etapa del desarrollo, el cuándo en cada momento evolutivo y el cómo no será más que la diferencia entre característica y síntoma.

### 3- “Trastornos de personalidad y organizaciones de la relación”

*Ponente: Jorge Luis Tizón García. Psiquiatra, Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista. Director del Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz a los Pacientes con Riesgo de Psicosis. (EAPPP). Instituto Catalán de la Salud. Barcelona.*

El capítulo de trastornos de la personalidad es uno de los capítulos en crisis de las modernas clasificaciones psiquiátricas. La crisis afecta no sólo a las características de los trastornos englobados en él, o a la clasificación de los mismos, sino tal vez al concepto en sí: ¿Qué diferencia hay entre un trastorno de la personalidad y un trastorno clínico, un trastorno en el Eje I?

Hay una pseudo-solución al dilema, consistente en medicalizar abusivamente las conceptualizaciones de la psico(pato)logía: Para todo habría determinantes genéticos y electroquímicos ¿menos para los trastornos de personalidad? Pero esa postura, amén del reduccionismo biologista que implica, es puesta en duda por el mismo impetuoso avance del biologismo, que también reivindica ya el imperio de lo biológico en esos trastornos.

El concepto está aún más en duda en el caso de la infancia y la adolescencia pues, como se debatirá en este congreso, hay discusiones sobre si las nociones de “personalidad” y “trastorno de la personalidad” son aplicables en esas edades.

Y, sin embargo, esa noción de los “trastornos de la personalidad”, desde otra perspectiva, es la que, a mi entender, encaja mejor con los replanteamientos actualizados de la psico(pato)logía, tanto la psicoanalítica como con la cognitivo-conductual. Porque, como llevo defendiendo hace decenios, ¿qué es la psico(pato)logía sino una forma anómala de organizar las relaciones internas y externas, el mundo interno y las conductas? De ahí que lleve decenios trabajando en una perspectiva de la *psico(pato)logía psicoanalítica especial* basada en las *organizaciones o estructuras para la relación* como una de las vías de progreso para una psico(pato)logía, una psicoterapia, y una psiquiatría no fagocitadas por el biologismo de la “biomedicina”.

#### **“Programa de Detección y Atención Precoz de las Psicosis y el Riesgo de Psicosis: El EAPPP, una perspectiva comunitaria de atención a las psicosis”**

*Ponente: Jordi Artigue Gómez. Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Psicoanalista. Barcelona. Prevención en Salud mental. Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Riesgo de Psicosis (EAPPP). Generalitat de Catalunya.*

El estudio de la aparición de los primeros síntomas prodrómicos y de los primeros contactos con los sistemas sanitarios ha permitido establecer que los síntomas psicóticos son el resultado de una trayectoria de desarrollo anormal. En este sentido la falta de estructuración de un sistema de pensamiento y la ausencia de una organización del “sí mismo” facilitan que determinados factores de riesgo y acontecimientos vitales generen ansiedades catastróficas y alteren un desarrollo normal.

En diferentes estudios se muestra que existe un período de tiempo de meses y años entre la aparición del primer síntoma y el primer tratamiento específico administrado. Es lo que se ha denominado DUP (Duration of Untreated Psychosis) y períodos de DUP largos pronostican peor evolución del trastorno y mayor cronicidad. Así se deben mejorar las estrategias de captación y la accesibilidad de los servicios especializados. Con esta finalidad intermediadora se crea, en el año 2005, en Barcelona, el Equipo de Atención Precoz al Paciente en riesgo de Psicosis (EAPPP). Es un servicio del

Instituto Catalán de la Salud. Es un equipo singular, dedicado a esta doble vertiente de detección y tratamiento, con la finalidad de captar y facilitar el acceso al sistema sanitario a aquellos casos que permanecían inaccesibles a él por no consultar, estar aisladas, con conductas extrañas y otros síntomas. Son personas en riesgo de psicosis o Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).

Los objetivos generales del servicio son: 1) Atender los síntomas prodrómicos y primeros episodios (PE) de trastornos psicóticos; 2) Prevenir, si es posible, el desarrollo del trastorno psicótico atendiendo a los Estados EMAR y 3) Disminuir el sufrimiento mental individual, familiar y social que comporta este tipo de trastornos. La población a la que está dirigido el servicio se agrupa en tres perfiles: A) Personas en Primer Episodio (PE) psicótico, de no más de un año de evolución; B) Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) y C) Menores Altamente Vulnerables (MAV): niños y niñas con acumulación excesiva de factores de riesgo. Por ejemplo, niños cuyos progenitores padecen trastornos mentales severos.

La detección se hace difícil debido a la complejidad del trastorno psicótico. Con el objetivo de facilitar este proceso se utiliza un “check-list”, el EIRAOS (Early recognition inventory) de 15 ítems. Valora la presencia/ausencia de síntomas inespecíficos, del pródromo tardío y de síntomas psicóticos durante los últimos 12 meses, así como también sus cambios de intensidad, y la presencia o ausencia de algunos factores de riesgo. Este cuestionario está dirigido a médicos, enfermeras, profesores, trabajadores sociales, educadores, etc. Una vez rellenado pueden constatar sus impresiones sobre la gravedad de los síntomas e indicar la derivación al EAPPP. En los dos primeros años de funcionamiento los ítems más frecuentes fueron el humor depresivo, la reducción de la motivación, la disminución de las habilidades para mantener relaciones sociales y el retraimiento social.

A partir de esta información y junto a las exploraciones realizadas en el EAPPP se valora el perfil diagnóstico del paciente: PE, EMAR o MAV. EL protocolo de exploración incluye exámenes médico-biológicos y instrumentos como la escala PANSS, el índice GAF, la entrevista semiestructurada SIPS-SOPS, una escala de calidad de vida y un cuestionario sobre factores de riesgo, el LISMEN.

La intervención y el tratamiento se realizan bajo un modelo multidimensional de base psicoanalítica que integra el nivel individual, familiar y social. En las fases de acogida y exploración participan diferentes profesionales de enfermería, trabajo social, psicología y psiquiatría. Se incluye también una entrevista familiar diagnóstica. Cuando finaliza la fase de exploración se realiza una propuesta de intervención denominada Tratamiento Adaptado a las Necesidades del paciente y la Comunidad (TANC). También es una entrevista familiar el marco escogido para plantear el TANC, aunque en algunos casos se incluya a las personas con las que conviven sino lo hacen con la familia o se han roto los lazos con esta. Las diferentes intervenciones pueden combinar desde la psicoterapia individual, la psicofarmacología integrada en la terapia combinada, la orientación socio-laboral, los grupos psicoeducativos y multifamiliares, las visitas a domicilio y las entrevistas familiares. Además el servicio mantiene un dispositivo de “Atención abierta” donde la persona o sus familiares pueden consultar sin cita previa.

## **"Organización psíquica y vulnerabilidad psicosomática: diagnóstico y tratamiento temprano"**

*Ponente: Pascual Palau Subiela. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Psicosomatólogo. Presidente de ASMI. Valencia.*

El término psicosomática remite por una parte al funcionamiento psicosomático saludable, presente de manera permanente como una unidad en todas las personas, desde antes de nacer, en el contexto de los intercambios e interacciones que se producen de manera habitual entre el cuerpo y la mente, en sus diferentes niveles psicobiológicos, entre el yo y el otro y entre el yo y el sí-mismo.

Por otra parte, remite a los trabajos de investigación básica de la psicofisiología, y a aquellos de la clínica psicológica que señalan, en ciertos sujetos, la existencia de un desequilibrio psíquico capaz de provocar una desregulación ó desorganización psicosomática que puede afectar funciones, sistemas u órganos, en el contexto de la interacción del sujeto con su entorno y consigo mismo.

En ése sentido podemos hablar de interacciones y diálogos que se establecen en diferentes niveles complementarios, entre el entorno y el organismo, entre el entorno y los genes, entre el funcionamiento del cerebro y las actividades mentales y entre el yo y el sí-mismo.

La riqueza de los conocimientos científicos generados en las últimas décadas señalan la existencia de interacciones complejas entre todos esos niveles, pero también la gran dificultad que existe a menudo de percibir, a priori, la existencia de lazos de causalidad entre esos diferentes elementos y niveles.

Los efectos de la interacción entre el psiquismo y el soma, en el marco de las relaciones del Ser con su entorno, son observables desde la vida fetal[1].

El ámbito de la relación entre nuestro funcionamiento cerebral, nuestros estados emocionales y mentales y el funcionamiento de nuestro sistema inmunitario es un campo que viene siendo objeto de numerosas investigaciones por parte de la neuropsicoimmunología desde una perspectiva bidireccional, que investiga cómo nuestro funcionamiento cerebral puede influir sobre nuestro sistema inmunitario, pero también cómo nuestro sistema inmunitario puede influenciar el funcionamiento de nuestro cerebro.

Tratar la cuestión de la personalidad psicosomáticamente vulnerable nos lleva a preguntarnos por los diferentes factores, de naturaleza psíquica y emocional, implicados en la aparición de las patologías somáticas, por el lugar que ocupan las tempranas y las actuales experiencias de la interacción, por sus consecuencias en la organización evolutiva del psiquismo y por los aspectos prioritarios a cuidar cuando atendemos a una persona enferma.

**Sábado, 9 de octubre.**

## **JORNADAS CIENTÍFICAS. (CONTINUACIÓN)**

### **“La psicoterapia focalizada en la transferencia y su adaptación para el tratamiento de adolescentes”**

*Ponente: Montserrat Picanyol Roig. Psiquiatra y Psicoterapeuta. ACPP. Barcelona.*

Todos los que hemos trabajado en psiquiatría y psicología infantil sabemos la importancia y trascendencia de la interacción de la mamá con el bebé, y en general de lo que sucede durante los primeros años de la vida en la salud mental del individuo.

Lo que resulta evidente en la práctica clínica, se ha ido demostrando empíricamente en la última década. La organización de la personalidad es un proceso que tiene lugar desde el nacimiento por la continua interacción del individuo con el ambiente. A la edad de 3 años ya se pueden observar rasgos del temperamento que predicen la estructura de la personalidad y la cualidad de las relaciones interpersonales al inicio de la edad adulta. Los TP tienen sus precursores en otros diagnósticos propios de la infancia, y el trastorno límite de la personalidad se puede diagnosticar en la adolescencia. Los adolescentes que presentan trastornos de ansiedad, depresivos, de conducta y por abuso de tóxicos, sobre todo cuando se acompañan de un trastorno de personalidad concomitante, tienen alto riesgo de trastornos psiquiátricos en los 20 años siguientes. Paulina Kernberg elaboró un modelo para comprender la patología de identidad en niños y adolescentes. Enfatizó la importancia de diferenciar a los adolescentes que pasan por una crisis de identidad normal de los que presentan una difusión de identidad. Otto Kernberg considera que la difusión de identidad es el criterio central de la organización límite de la personalidad. Por lo tanto, su diagnóstico y tratamiento precoz podría reducir el número de individuos que están en riesgo de desarrollar un trastorno límite de la personalidad.

La TFP, psicoterapia focalizada en la transferencia, es un tratamiento basado en conceptos psicoanalíticos, diseñado especialmente para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, del que se ha demostrado empíricamente su eficacia en el tratamiento de pacientes adultos. Actualmente se está realizando una adaptación para el tratamiento de adolescentes.

TFP es un tratamiento sistematizado en estrategias, tácticas y técnicas, que enfatiza el diagnóstico y el contrato terapéutico. El contrato tiene una cualidad conductual; es un acuerdo entre terapeuta y paciente en cuanto a cómo se va a proceder en caso de que surjan, durante el curso del tratamiento, amenazas de interrupción o riesgo para la integridad física del paciente. Una característica diferencial de TFP comparada con otros tratamientos para TLP, es la convicción de que hay una estructura psicológica subyacente a los síntomas. El foco del tratamiento es la escisión fundamental en la mente del paciente, que divide las percepciones de sí mismo y de los demás en extremadamente buenas o extremadamente malas.

TFP, al mismo tiempo que se basa en la interpretación de la transferencia, reconoce el posible rol de tratamientos auxiliares (p.e. para trastornos de la conducta alimentaria o

abuso de tóxicos) e incluye el tratamiento de síntomas específicos con psicofármacos, en caso necesario.

Se ha realizado una adaptación de la TFP para tratar adolescentes y adultos jóvenes (13-21 años) que presentan difusión de identidad y conviven con su familia parental. Las principales modificaciones de la TFP para adolescentes incluyen cambios en algunas estrategias (p.e., el objetivo es superar bloqueos en el desarrollo de la integración normal de la identidad), tácticas (p.e., siempre se incluye a la familia en las fases del diagnóstico y del contrato terapéutico, sistematizando aspectos a observar y trabajar) y en la frecuencia y duración de técnicas específicas (p.e., más clarificación y más trabajo sobre las relaciones extra-transferenciales antes de interpretar la transferencia).

### **“Patrones transgeneracionales de violencia y trastornos de la personalidad: el devenir de la cuarta generación”**

*Ponente: Teresa Suárez Rodríguez. Psiquiatra y psicoterapeuta de Orientación Sistémica. Madrid.*

Hace años la violencia intrafamiliar era para nosotros, profesionales de la Salud Mental, un hecho asistencial ocasional, objeto de interés mediático y abordado en el campo de lo psico-social por el conjunto de profesionales interesados por la asistencia a los menores maltratados y más tarde a los que se han venido ocupando de la violencia de género.

El concepto de violencia intrafamiliar ha ido incluyendo a lo largo de años de investigación múltiples hechos y comunicaciones que van mucho más allá del maltrato físico: carencias y negligencias en la infancia como formas de violencia pasiva y ese vasto campo de la violencia psicológica, expresión de diferentes trastornos de apego, tanto cualitativas como cuantitativas.

Esta conciencia de que el hecho de la violencia, en tanto que atentado a la identidad del otro y de modo especial de la de aquellos otros que aún están en fase de constitución de esta identidad, la encontramos de un modo marginal sino como un fenómeno ampliamente extendido, nos hace ver hoy la violencia intrafamiliar como un fenómeno cuasi epidémico. Esto nos permite interrogarnos si esta violencia que aparece como epidemia social la percibimos así como resultado de una mayor sensibilidad hacia este fenómeno socio-relacional, por lo que cada vez se detecta más, o más bien la hallamos porque su incidencia y prevalencia ha aumentado, fruto de una evolución social que ha modificado los patrones relacionales entre familia y sociedad, entre sistemas y subsistemas familiares, y donde los patrones de crianza actuales se han visto variados y afectados por dichos cambios.

Extrapolado este hecho social al interior de la familia, podemos intuir que seguramente si analizamos como en cada generación ha sido percibida y expresada la violencia, encontraremos cambios radicales, no solo en los modos de expresión de la violencia en las relaciones familiares, sino también en como en cada generación ha sido percibida, connotada y gestionada la violencia intrafamiliar.

En 1995 iniciamos en Móstoles el proceso de puesta en marcha de un Hospital de Día para el área 8 de Madrid. En 1995 los Hospitales de Día se concebían como estructuras intermedias dirigidas a pacientes psicóticos adultos no cronificados. Los trastornos de personalidad no eran admitidos en estos programas, incluso este diagnóstico podía ser considerado como contraindicación de Hospital de Día.

En nuestro Hospital de Día la frecuencia creciente de estos diagnósticos nos hizo concebir un programa específico para pacientes con trastornos de personalidad y, algo insólito en ese momento, consideramos necesario flexibilizar la atención ofreciendo sub-programas específicos dirigidos a diferentes periodos etarios: jóvenes y adultos.

- Nuestra hipótesis inicial fue el considerar estos síntomas (que podemos denominar de contra-violencia) como vestigios, huellas de formas particulares de violencia vividas por estos chicos (chicas mayoritariamente) durante la infancia o, lo que seguramente se ajusta más a lo que encontramos, sería más bien una particular forma de adaptarse y sobrevivir a la violencia, y que en estas formas de gestión influirían factores ligados a roles de género.

- La búsqueda de información, comenzó con la indagación de lo acaecido en la primera generación, la de los abuelos, y abarcó estos ítems:

- Ver si la violencia se expresaba en la relación de pareja, la paterno-filial o en ambas

- Considerar como afectó esta violencia a la siguiente generación (segunda generación en nuestra observación), buscando las formas a través de las cuales gestionaron los padres este aprendizaje a lo largo de su infancia, adolescencia y adultez, así como las huellas de estas formas de gestión en sus relaciones de pareja y en sus interacciones con los hijos.

- Finalmente, se buscaron los modos de inscripción de los síntomas de la tercera generación, es decir de los jóvenes diagnosticados de trastornos límite de la personalidad, en las pautas relacionales encontradas, indagando el “encaje” de los comportamientos sintomáticos en el juego de violencia familiar transgeneracional.

- Un seguimiento a largo plazo nos dio la oportunidad de confrontarnos con el actual rompecabezas: nuestras pacientes se han emparejado y algunas, fruto de estas relaciones, se han embarazado y tenido hijos. Estamos ante la observación de los modos relacionales entre la tercera y cuarta generación. Disponemos de hipótesis retrospectivas para explicar lo acaecido previamente, debemos contar ahora con hipótesis prospectivas ya que ante nuestros ojos se pueden estar tejiendo las siguientes formas de trastornos psicopatológicos graves.

- Querría aprovechar el marco de estas jornadas para compartir una reflexión acerca del resultado de esta análisis, así como las vías que se pueden abrir a la hora de realizar intervenciones terapéuticas más ajustadas y establecer programas preventivos (tanto en la vertiente de prevención primaria como secundaria) dirigidos a la cuarta generación: los hijos de nuestras pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

## CONFERENCIA DE CLAUSURA DE LAS JORNADAS

### **“Las organizaciones neuróticas de la personalidad: Conflictos y angustias del desarrollo”**

*Ponente: Alberto Lasa Zulueta. Psiquiatra y Psicoterapeuta. Vizcaya.*

Serán abordados tres aspectos:

1. Una distinción básica: los signos diferenciales entre funcionamiento psicótico y funcionamiento neurótico.
2. Descripción de los conflictos universales que afectan a los niños en cada etapa del desarrollo.
3. Características clínicas esenciales de las diversas formas clínicas de manifestaciones neuróticas (que ilustraré con algunos ejemplos clínicos).