

---

# CUESTIONAMIENTO DE LOS VÍNCULOS Y CRISIS\*

## THE QUESTIONING OF BONDS AND THE CRISIS

José Manuel Martínez Rodríguez\*\*

---

### RESUMEN

La relación entre la demanda de atención en salud mental infantojuvenil y la provisión de servicios habitualmente se articula entono a una crisis relacional individual y del grupo familiar. En ella se hace más evidente el tipo de vínculos establecidos entre los miembros de la familia y se entienden mejor las adaptaciones defensivas del niño/a/a o el adolescente a las presiones conscientes e inconscientes de su grupo familiar. Un análisis en profundidad de la psicopatología de niño/as/as y adolescentes muestra que en la mayor parte de los casos nos encontramos ante un conjunto de reacciones normales frente a situaciones excepcionales que dificultan la consecución de alguna de las tareas evolutivas del desarrollo. En este contexto adquiere relevancia el tipo de relación terapéutica que los servicios de salud mental infantojuvenil establecen con los usuarios, así como la reflexión sobre sus potencialidades y sus límites.

**Palabras clave:** Crisis, niño/as y adolescentes, apego, vínculo, psicoterapia.

### ABSTRACT

The relationship between mental health requests made by clients and professional service provision often revolves around an individual or family relational crisis.

Former attachment patterns become more evident during crisis and children and adolescent defensive adaptive reactions to conscious and unconscious family group pressures are better understood at crisis time. Deep analysis of children and adolescent psychopathology show that in most cases we are dealing with normal reactions to exceptional situations that make it difficult for the child to achieve some developmental tasks in emotional maturation. In this context is highly relevant the kind of therapeutic relationship that mental health teams establish with clients, being very important to reflect about its potentialities and limits.

**Keywords:** Crisis, children and adolescents, attachment, bonding, psychotherapy.

### LA DEMANDA ASISTENCIAL COMO PRODUCTO DE LA CRISIS DEL SUJETO Y SU FAMILIA

El contacto con los servicios públicos se produce en un momento de crisis del sujeto y de la familia. La interficie de contacto entre la demanda asistencial y los servicios públicos de salud mental infantojuvenil viene caracterizada por un momento de desequilibrio, un período de estrés, que no se produce en el vacío sino en el campo de las relaciones interpersonales. Caplan (1964)

---

\* Ponencia presentada en el XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Relación y grupo. Implicaciones psicoterapéuticas" tuvo lugar en Valladolid los días 17 y 18 de abril de 2015. Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de Profesiones sanitarias de la Junta de Castilla y León.

\*\* Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital Rio Hortega. Valladolid. Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. E-mail: inst.atpi@gmail.com

consideraba que una crisis viene dada por la percepción de un conflicto o problema importante como algo amenazante, no resoluble por medio de los mecanismos de defensa disponibles y que genera un estado de desequilibrio social. Como consecuencia es esperable un aumento de la tensión y la ansiedad, disminuyendo la actividad cognitiva y produciéndose una desorganización de la conducta. Otro de los pioneros en el estudio de las crisis, Donald Langsley (1968), definía la crisis como: “... una respuesta a un estrés externo o interno que no puede ser dominada por los mecanismos que permiten, en la persona estresada, hacer frente a esta dificultad”. Este autor señalaba como el Yo sufre el riesgo de incurrir en un desequilibrio, incluso en una desorganización.

Si concebimos las demandas en salud mental infantojuvenil como inscritas en un amplio continuum de crisis de variable intensidad, podemos entender la solicitud de ayuda como un fracaso relativo de la estructura del grupo familiar para contener una situación generadora de ansiedad. Nos encontramos ante una situación en la que los mecanismos de defensa previos del sujeto no resuelven el conflicto. Tradicionalmente se considera que la crisis que está en el origen de la demanda es una oportunidad de progresión o bien una señal de peligro en la que el individuo no puede responder más que con la descompensación o la regresión.

A la vez en la demanda de atención podemos apreciar la falta de resignación a la insatisfacción de una necesidad y por tanto el cuestionamiento de un sistema de vínculos que la dejan insatisfecha. Por otra parte es útil tener en cuenta que la crisis es un fenómeno intersubjetivo, de puesta a prueba de los mecanismos de defensa de los miembros de la familia que expresa a la vez la intensidad de la resistencia, y la lucha contra la discontinuidad. Esta defensa conlleva el riesgo de impedir las transiciones y ritos de paso madurativos y, aunque no siempre, a menudo coincide con una crisis del grupo natural o con una crisis evolutiva. En estos casos se presenta como un desbordamiento o como el resultado de la imposibilidad de elaborar la crisis evolutiva constituyéndose como una “barrera al tratamiento” potencial (Andreoli y cols., 1986; Diatkine y cols., 1991).

*Una mujer de 35 años consulta porque está muy ansiosa y se da se da atracones. Tiene un hijo de doce meses que está comenzando a caminar. “A veces pienso que mi hijo es tonto porque quiere correr en lugar de que le lea cuentos”. Es la pequeña de cuatro hermanos varones. Nació por “accidente” cuando su madre tenía 49 años. No la esperaban. Nació con una luxación congénitade*

*cedera que no le diagnosticaron hasta el año y necesitó llevar una prótesis hasta los tres: unos pantalones de escayola y una barra en los pies correctora que tenía 24 horas al día. A los tres años aprendió a caminar. Antes no la dejaban y luego no podía correr al nivel que otras niñas de su edad ni estar a su altura. También en el colegio era difícil para ella el hacer actividades físicas por lo cual se refugió en la lectura, que pasó a ser su actividad favorita y actualmente forma parte de su identidad. En el momento actual, el desarrollo de su hijo moviliza vivencias arcaicas no resueltas que condicionan su forma de percibir y responder a las necesidades evolutivas de su hijo.*

La crisis es un momento de puesta a prueba de la eficacia de los patrones de apego previos e incluso de reexperimentación de los momentos cruciales que condujeron en la historia del sujeto al establecimiento de una forma particular de vinculación con las figuras significativas. Permite visualizar con la mayor claridad los patrones de apego que articulan en profundidad las modalidades relacionales de los sujetos que demandan atención, sus posibilidades, sus debilidades y los riesgos que conllevan.

## LA CODIFICACIÓN NEUROLÓGICA DE LAS ADAPTACIONES PREVERBALES

Hoy en día podemos decir que las primeras adaptaciones relacionales se producen ya en el período de lactancia y que dichas adaptaciones preverbales revisten una importancia crucial para el desarrollo del sujeto. Se considera que un tercio del genoma directamente configura las conexiones intracerebrales (Siegel, 2006). Así como los genes son muy importantes para promover el desarrollo sabemos que la experiencia también configura las conexiones neuronales. Los genes nos dotan de posibilidades que la experiencia modula a través del aprendizaje. La especie humana nace con una prematuridad que requiere de la existencia de una matriz social en la que el neonato encuentre la protección y la estimulación necesarias para que se produzca su supervivencia, se garantice su desarrollo, se promueva el aprendizaje y que permita la transmisión de pautas, saberes y comportamientos no codificados genéticamente.

Diversos autores han establecido la búsqueda de relaciones como el impulso primero y básico de los seres humanos (Fairbairn, 1952; Bowlby, 1969; Berne, 1961; Klein, 1997; Erskine, 1999, 2015). Bowlby (1969) es el autor que dio una forma etológica a las concepciones

relacionales de autores como Fairbairn (1952). Estudió el sistema de apego en los seres humanos como un dispositivo neurobiológico que se activa en orden a establecer relaciones con otros seres humanos:

*“El apego es un sistema cerebral innato que se desarrolla organizando e influyendo en los procesos motivacionales, emocionales y mnésicos con respecto a las figuras de cuidado primarias significativas”.*

Se trata de un sistema que articula en las primeras etapas de vida la relación con los cuidadores primarios y que se estabiliza muy pronto ya que antes de transcurridos los primeros 12 meses de vida todo bebé ha desarrollado un fuerte lazo específico y diferencial con una figura materna. A través de diversas conductas observables como el grito, la movilidad, etc. se percibe la forma en la que los bebés buscan la proximidad con un individuo específico de su entorno, en este caso su madre. También se puede observar la manera en que las madres sintonizadas responden con una conducta materna recíproca. Bowlby planteó el carácter filogenético que fundamenta el desarrollo ontogenético de estas pautas de aproximación mutuas en la díada madre-hijo ya que se pueden también observar en distintas especies de aves, mamíferos y primates prolongándose hasta la pubertad y en algunos casos durante toda la vida como en las especies unguladas tales como ovejas, ciervos, bueyes, etc.

Para Bowlby el apego es un Sistema motivacional asentado en el Sistema Nervioso Central que mantiene la proximidad con los cuidadores que protegen de amenazas externas y regulan el estado interno del organismo de forma que el infante se pueda dedicar a otras actividades (Bowlby, 1969).

Hay una evidencia creciente de que el sistema de apego es un sistema nuclear con un papel organizador en el cerebro de los mamíferos sociales, que permite a sus crías utilizar a sus pares para regular sus estados internos hasta que sus propias funciones psiconeurobiológicas maduren y se vuelvan autónomas. Para Siegel (1999) *“La mente en proceso de desarrollo usa los estados de una figura de apego para que le ayuden a organizar el funcionamiento de sus propios estados”.* El diseño u organización del apego en la infancia se asocia con la eficiencia futura en la regulación emocional, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica, el desarrollo de la autorreflexión y la narración coherente de las propias experiencias (Main y cols, 1985; Main, 1995; Fox, 1995; Oppenheim y Waters, 1995).

Como han señalado Amini y cols. (1996) el sistema nervioso central en desarrollo requiere regulación externa y sintonía por parte de otros. Desde el punto de vista fenomenológico esto corresponde con los estados de sintonía compartida en forma de estados “diádicos de conciencia” de madre e hijo. Estas experiencias tempranas de apego se codifican como memoria procedimental y se internalizan estableciendo un patrón relacional con otros seres humanos a partir de las primeras experiencias intersubjetivas del lactante.

Nuestro cerebro es el órgano social del cuerpo (Siegel, 2006). La naturaleza intersubjetiva del cerebro humano viene subrayada por el descubrimiento de un Sistema de neuronas espejo en el córtex premotor y en otras áreas del cerebro que sirve como un correlato neurobiológico de la comprensión de las acciones de otros, de la comunicación no verbal y de la empatía (Rizzolatti y col., 1995; Rizzolatti y cols., 1996; Rizzolatti y Arbib, 1998; Pally, 2000; Pally, 2007; Wolf y col., 2001). Rizzolatti y Arbib (1998) sugieren que las neuronas espejo proporcionan un mecanismo de “reconocimiento de la acción”: las acciones del que actúa se reproducen en la corteza premotora del que las observa. Wolf y col., (2001) sugieren que, mediante las neuronas espejo, el observador mejora su capacidad para reconocer la intención del que actúa. Pally (2000) lo expresa de este modo: “yo comprendo tus intenciones al darme cuenta de cuál serían mis intenciones si estuviera haciendo lo que tú estás haciendo”. El Sistema de neuronas espejo se cree pues que es esencial para explicar las bases neuronales de la empatía y de la sintonía afectiva (Gallese, 2003; Iacobini y Siegel, 2004). Percibiendo las expresiones de otro, el cerebro es capaz de crear en el cuerpo del observador un estado interno que “resuena” con el de la otra persona. Esta resonancia conlleva un cambio en los estados fisiológicos, afectivos e intencionales del observador participante que están determinados por la percepción de los estados de activación del otro de la relación. De esta manera las respuestas mutuas entre la madre y el bebé se producen de manera sintónica y promueven el desarrollo evolutivo.

Cuando se produce una falta de sintonía crónica entre la madre y el bebé hay un riesgo de que éste realice adaptaciones limitantes de su desarrollo. Varios autores han estudiado como el impulso innato hacia el apego se modifica, se adapta y se diferencia en función de la eficacia de la interacción del bebé en desarrollo con su medio ambiente humano. Por ejemplo, Fraiberg (1980) describió ya a los tres meses una respuesta de evitación

selectiva y discriminativa, en virtud de la cual el bebé llega a evitar a la madre pero no al padre, escaneando el entorno y eliminando selectivamente la percepción de su madre. El bebé no busca su mirada ni sonríe o vocaliza en respuesta a su rostro y su voz. También describió a los cinco meses una respuesta de congelación en situaciones amenazantes en la que el bebé muestra una inmovilización completa postural, de la motilidad y de la articulación. El bebé no busca reaseguramiento en su madre, no la toca ni la mira y permanece con la mirada fija perdida en el vacío.

En el Estudio de Baltimore Ainsworth, Blehar, Waters, y Wall (1978) mostraron que los bebés a los 12 meses, antes de la adquisición del lenguaje, ya han diferenciado diferentes patrones de apego con otros seres humanos. Además describieron la relación entre los diversos tipos de apego y el comportamiento de las madres: las madres de los niño/as seguros habían mostrado ser las más sensibles a sus reacciones domésticas durante los tres primeros meses de vida. Las madres de los niño/as evitativos habían mostrado más rechazo, especialmente del contacto corporal estrecho. Las madres de los niño/as ambivalentes habían respondido muy inconsistentemente en respuesta a las conductas de apego de sus hijos comportándose a veces de manera sensible pero muchas otras ignorando o rechazando a sus hijos. Más tarde en el primer año de vida, los niño/as seguros tenían las interacciones más armoniosas con sus madres, mientras que las de los niño/as evitativos y ambivalentes eran más problemáticas.

Así pues, el sistema de apego innato, genéticamente preprogramado, se ve modelado por la experiencia. Cada una modalidad de apego es una forma de adaptación al entorno temprano. Hoy en día sabemos que los primeros vínculos, los más profundos y que se convierten en el molde para el establecimiento de futuras relaciones, son preverbales. Éstos vínculos se sitúan entre lo innato y lo adquirido inscribiéndose en el sistema de memoria procedimental como procedimientos neurológicos preverbales. Podríamos decir que el modelo de vínculo que influirá en el resto de las relaciones del/a niño/a a lo largo de su infancia y posteriormente en su vida adulta es una forma de equilibrio relacional preverbal codificado como una pauta de memoria procedimental. Este tipo de vínculo afectará también las adaptaciones y aprendizajes posteriores que el niño/a/a realice tras la adquisición del lenguaje y a todo lo largo de su desarrollo evolutivo.

## EL SISTEMA DE APEGO COMO ANTÍDOTO CONTRA EL ESTRÉS

El Sistema de apego protege contra el estrés tanto en la infancia como en la vida ulterior. Rutter (1985) introduce esta dimensión tranquilizadora en su definición de las conductas de apego. Para este autor la respuesta diferencial a la madre es un aspecto necesario pero no suficiente para definir las conductas de apego. Las características específicas del vínculo para este autor son cuatro. La primera es que en situaciones de estrés la conducta de aproximación se intensifica con independencia de la respuesta de la persona de apego, mientras que el juego social se inhibe por la ansiedad. La segunda es que el vínculo proporciona un efecto de base segura: el niño/a/a se aparta de su madre en excursiones exploratorias volviendo a ella a intervalos en busca de seguridad. La tercera es que los niño/as/as sienten menos estrés y malestar en una situación extraña si está presente un familiar. La cuarta es el conocido fenómeno de la protesta por la separación que se desarrolla entre los 6 y 7 meses y que se muestra en la secuencia de reacciones observada en los niño/as en sanatorios: Fase de protesta, Fase de desesperación y Fase de desapego.

Para este autor hay otras tres características que definen la naturaleza de los objetos de vínculo: La primera es que es irrelevante que el objeto de apego alimente o no, por ejemplo pueden ser objeto de vinculación tanto madres como padres e incluso objetos inanimados. La segunda es que el maltrato aumenta considerablemente la conducta de aproximación. La tercera es que es importante la cantidad de tiempo en interacción recíproca activa con el niño/a.

Sabemos que la conducta de apego se desencadena y observa mejor en situaciones que son estresantes, amenazantes, que inducen miedo o que evocan esos estados en la memoria del niño/a/a (Solomon y George, 1999). Especialmente en el momento de la primera consulta realizada a los servicios de salud mental infanto-juvenil estamos en buenas condiciones para observar las características particulares del patrón de apego de un niño/a y el de sus padres, así como el grado de eficacia o de ineficacia en la interrelación mutua de dichos patrones.

Los padres con elevado sentimiento de desvalimiento experimentan niveles de estrés elevados diariamente (George y Solomon, 1997) y esto les pone en dificultades para ayudar a sus hijos/as en periodos críticos del desarrollo. Solomon y George (1999) muestran que los patrones de apego son débiles o sin estabilidad en muestras de madres sometidas a elevado estrés ambiental

(Schneider-Rosen y Rothbaum, 1993; Lyons Ruth y cols., 1991) o que sufren cambios importantes en las circunstancias familiares.

Cuanto más tempranas son las dificultades mayor el impacto en el neurodesarrollo a través del sistema neurobiológico sensible al estrés que es el Sistema Límbico-Hipotálamo-Hipófisis-Glándulas suprarrenales. Hoy en día sabemos que el estrés tiene efecto tóxico sobre el cerebro joven: la descarga de hormonas de estrés conduce a una muerte excesiva de las neuronas en vías cruciales que incluyen el neocórtex y el sistema límbico, las áreas responsables de la regulación emocional. (Sigman y Siegel, 1992; Perry, 1995, 1997; Karr-Morese y Wiley, 1997). El estrés tiene un gran impacto sobre el cerebro en desarrollo dado que el cerebro alcanza el 80-90% de su volumen definitivo durante el primer año de vida (Allen, 2000). Este autor señala como el desarrollo del córtex orbitofrontal, importante para la memoria autobiográfica, depende de que el bebé reciba una estimulación apropiada por parte de sus figuras de apego mediante sintonía afectiva, comunicación cara a cara y contacto visual. La amígdala y el córtex orbitofrontal, especialmente en el hemisferio no dominante, tienen células que responden a la expresión facial y a la dirección de la mirada (Brothers, 1997). Hay además una evidencia de una reducción del volumen del hipocampo en niño/as/as abusados/das (Perry y cols., 1995). Incluso acontecimientos menos severos puede producir defectos en la capacidad para interpretar la entonación vocal y las expresiones faciales así como para comprender la mente de los otros (Fonagy y Target, 1997). De hecho las personas con historia de un patrón de apego inseguro evitativo son propensas a comprender mal las señales no verbales que reflejan los estados emocionales de los demás (Allen, 2000).

Las modalidades de apego inseguro son adaptaciones que no consiguen eliminar la ansiedad interna y que implican el riesgo de que el infante experimente niveles de estrés más elevado que los que disponen de modalidades de apego seguro. De hecho los estilos de apego establecidos por el bebé en la primera infancia modulan la vulnerabilidad a diversos acontecimientos vitales a lo largo de su desarrollo, y esto tanto directamente como de forma indirecta a través de la capacidad para utilizar el apoyo social disponible (Brown y Harris, 1978). El apego inseguro al año se correlaciona significativamente con el desarrollo de psicopatología a los seis años ante acontecimientos vitales estresantes (Lewis y cols., 1984). Más adelante al final de la adolescencia, en la juventud y

en la vida adulta el estilo de apego influye en el inicio de un problema psiquiátrico de tres maneras (West y cols., 1986): dando origen a una vulnerabilidad no específica al estrés, reduciendo la capacidad del individuo para establecer y utilizar redes sociales de ayuda y por consiguiente para obtener apoyo en momentos de estrés, e influyendo en la forma en la que el sujeto evalúa los acontecimientos vitales y reacciona ante ellos.

### **ADAPTACIONES INFANTILES A LAS FUENTES DE ESTRÉS Y CRISIS EN EL DESARROLLO EVOLUTIVO ULTERIOR**

Tras el establecimiento de un patrón específico de apego en el primer año de vida el infante realizará ulteriores adaptaciones al entorno en que tiene lugar su desarrollo evolutivo. Estas adaptaciones tienen por objeto reducir su ansiedad pero pueden limitar el desenvolvimiento de sus capacidades personales bien de manera generalizada o en situaciones específicas. Las adaptaciones infantiles se producen ante situaciones anómalas provenientes de la desestructuración del entorno pero también ante la presión de los deseos y temores inconscientes de los padres. Esta presión se acrecienta en las crisis evolutivas y también en aquellos periodos evolutivos que evocan en los padres recuerdos de situaciones emocionales no resueltas como hemos visto en la primera viñeta clínica presentada arriba.

Los infantes están expuestos a estrés crónico cuando se dan circunstancias de negligencia continuada, abuso continuado físico, sexual o emocional. Pero también cuando hay falta de sintonía continuada en la respuesta parental a las necesidades básicas y relacionales tanto durante el desarrollo preverbal como en el periodo posterior a la adquisición del lenguaje. Algunos autores (Bowlby, 1973, Barach, 1991; Liotti, 1992, 2009; Ogawa y cols, 1997; Dutra y cols., 2009) han señalado la importancia de la cualidad de la relación en los primeros años de vida, de forma que la falta de respuesta afectiva positiva o el aplanamiento afectivo generan en el niño/a el terror de no ser visto o escuchado. Estudios prospectivos y de seguimiento han puesto de manifiesto como, no sólo los traumas, sino también “la cualidad de la comunicación materna en la infancia explica la mitad de la varianza en los trastornos disociativos a los diecinueve años”(Dutra, Bianchi, Siegel y Lyons-Ruth, 2009).

Quizá una de las tareas de aprendizaje más importantes que los niño/as/as tienen en la primera y segunda infancia sea el adaptarse a los deseos y temores inconscientes de los

padres. El tipo de adaptación realizada va a determinar la imagen de sí mismo, de los demás y de la vida, una matriz en la que se contextualizarán el resto de aprendizajes y adquisiciones. Buena parte de la psicopatología infantil se puede entender como un conjunto de respuestas normales que los niño/as dan a situaciones excepcionales originadas por conflictos parentales inconscientes.

Berne (1957) subrayó la forma en la que los niño/as/as en la primera infancia, inmersos en una matriz de relaciones presimbólicas y subsimbólicas, son capaces de intuir los conflictos parentales que se relacionan con la crianza a través de lo que denominó la imagen primaria y el juicio primario. La Imagen primaria en las relaciones con los padres es “...la imagen presimbólica, la representación no verbal de transacciones interpersonales...” (Berne, 1955). Es la impresión corporal en el niño/a de la forma de relacionarse que tiene un otro significativo. Otros autores la entienden como “... un conjunto de sensaciones, organizadas al margen de la conciencia, que reflejan su experiencia de otro antes de que el niño/a haya tenido acceso a palabras o símbolos”. (Cornell y Landaiche, 2006).

A su vez el juicio primario es “... una imagen de la realidad que afecta a la conducta y a los sentimientos hacia la misma. Se forma combinando entre sí impresiones sensoriales con tensiones internas basadas en las necesidades presentes y en experiencias pasadas” (Berne, 1955).

En los períodos preedípico y edípico el sujeto dispone ya de una representación, un protocolo, del drama familiar que le concierne. En la observación del desarrollo podemos apreciar como “... el drama original, el protocolo se completa generalmente en los primeros años de la infancia, a menudo a la edad de cinco años, y ocasionalmente antes” (Berne, 1963). Otros autores se refieren con posterioridad a este protocolo infantil como “... la encarnación literal de los patrones de relación repetitivos y a menudo afectivamente intensos que preceden al desarrollo de las capacidades del ego infantil” (Cornell y Landaiche, 2006).

En el análisis de niño/as y de adultos podemos comprobar la importancia que tienen las decisiones defensivas y creencias infantiles que se elaboran en la primera infancia acerca de sí mismo, los demás y la vida sobre la base de un protocolo familiar específico. Para Berne (1964, 1966, 1973) implican una aceptación discrecional de las directrices parentales y son una adaptación defensiva en favor de la supervivencia

biológica y social. Conllevan la ilusión de un premio en el futuro pero limitan la autonomía del sujeto y condicionan el plan de vida del mismo en sus aspectos más importantes, por ejemplo cómo vivir, de qué manera, con qué tipo de personas, etc. por lo que pueden concebirse como una forma de preprogramación inconsciente o guión del comportamiento del sujeto en circunstancias de estrés. “Un guión es un programa progresivo creado en la infancia del individuo bajo influencias parentales que dirige la conducta del individuo en los aspectos más importantes de su vida (Berne, 1973). Este autor describe las sucesivas adaptaciones que estas defensas arcaicas sufren a lo largo de la segunda infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta para responder al estrés y la angustia que diversas circunstancias ambientales reevocan en el sujeto. Esta preprogramación inconsciente del sujeto determina el grado de vulnerabilidad en su vida al estrés, tanto al inherente a factores evolutivos como al que proviene de factores externos como pérdidas, requerimientos sociales, catástrofes, etc. Erskine (1979, 1993, 1997, 1999, 2003, 2015) describe la forma en que se establecen estas defensas ante rupturas relacionales tempranas por dificultades en la sintonía con las necesidades de la persona en desarrollo. Estas rupturas estimulan la formación de reacciones corporales de supervivencia, conclusiones y decisiones cognitivas, así como introyecciones autorreguladoras, que si bien favorecerán una adaptación a corto plazo limitarán el funcionamiento del sujeto a lo largo de su vida.

Estas defensas establecidas en la primera infancia pueden ser en sí mismas perturbadoras y condicionar el bienestar del sujeto en el día a día, especialmente cuando comportan la búsqueda de estímulos para mantener el sentimiento del self. También cuando condicionan una agitación permanente para descargar la angustia, o si implican conductas autodestructivas.

Otra fuente de estrés en la infancia es el generado por las limitaciones internas para resolver problemas derivadas de los propios patrones de apego inseguros, reacciones de supervivencia, conclusiones y decisiones infantiles. La preprogramación inconsciente del sujeto supondrá un factor de presión interna adicional que determinará que el sujeto viva como amenazantes situaciones que no lo son. Es el caso del fracaso escolar en niño/as con estructura obsesiva. Cuando las defensas del niño/a le limitan para afrontar situaciones clave puede que las demandas escolares o del grupo social excedan la capacidad de respuesta.

## LA INTEMPORALIDAD DE LAS CRISIS

La crisis del grupo familiar que demanda cuidados de salud mental pone en evidencia de manera dramática la existencia de desequilibrios previos que eran inaparentes y que se manifiestan en la incapacidad para realizar nuevas adaptaciones que tengan en cuenta los requerimientos de la realidad y/o las necesidades de sus miembros. Puede que la situación que está en el origen de la consulta requiera realizar transformaciones internas o interpersonales que cuestionan el equilibrio relacional previo. En otros casos la etapa de desarrollo evolutivo del niño/a o del adolescente puede ser un estímulo muy potente capaz de reavivar los conflictos parentales no resueltos y convertirse así en “un problema”. En cualquier forma el estímulo actual amenaza con evocar recuerdos reprimidos, sentimientos dolorosos, experiencias preverbales o experiencias no resueltas de un período verbal que el sujeto había rechazado previamente, situación que genera desequilibrio interno y angustia.

Las defensas habituales se reavivan bloqueando la transformación interna o interpersonal necesaria para adaptarse a la realidad. La persona está entonces en el riesgo de repetir antiguos patrones de comportamiento que resultan desadaptativos puesto que no se ajustan a lo requerido por la situación actual. Este fracaso adaptativo activa el funcionamiento de estructuras introyectadas que añaden una presión adicional en forma de sentimiento de crítica interna o de culpa en un intento desesperado por volver a desconectarse internamente de las experiencias inconscientes que amenazan con irrumpir. Esto puede suponer una experiencia desbordante que genera estrés en el sujeto.

En definitiva la persona vuelve a experimentar internamente, intrapsíquicamente, un drama interpersonal antiguo evocado por la situación actual. Esta es percibida y entendida desde el marco de referencia correspondiente a dramas del pasado que colorean el significado del estímulo actual para el sujeto (Martínez, 2013).

*X tiene quince años y ha solicitado tratamiento por “falta de entendimiento y conflictos con su madre” que se han acentuado tras haber realizado recientemente una IVE y que hacen la convivencia casi imposible.*

*Los conflictos con su madre se entienden mejor al conocer la historia dramática de su propio nacimiento que otorga un significado adicional a su desencuentro actual. Cuando su madre quedó embarazada de X fue presionada a abortar por su marido pero se negó por lo que él les dejó. El abuelo materno, que tenía carácter*

*autoritario, no aceptó que la niña naciera y también se negó a verla. La madre era considerada el “garbanzo negro” en su familia. La madre relata lo siguiente sobre sí misma: “Yo era la rebelde en mi familia y me enfrentaba a mi padre”. “Mi padre me maltrataba físicamente, me trataba con desprecio e insultos en público”. También la abuela materna participaba en el maltrato físico que sufría la madre de X.*

*A lo largo de la primera infancia de X hay indicios de que fue la depositaria de proyecciones maternas que la situaban en un rol de chivo expiatorio. Cuando X tenía cinco años su hermano, de once e hijo de un padre distinto, la maltrataba a diario: le tiraba del pelo, le daba bofetadas y la pateaba; a los siete años trató de estrangularla en dos ocasiones. La madre negó la situación durante un tiempo para pasar luego a culpabilizar a X de “provocar” a su hermano. “Mi madre me echaba la culpa porque decía que le contestaba y le provocaba”. “Al principio pensaba que era culpa mía y que hacía cosas que le molestaban, luego me di cuenta de que no había razones...”. X fue maltratada hasta los quince años. “Jugaba con mis muñecas a enterrarlas en la arena y luego a salvarlas”. “Me aliviaba el rescatarlas... como si no pudieran respirar... yo entonces las salvaba...”.*

La crisis actual viene pues a revelar aspectos de otras crisis previas no resueltas que caracterizan el estilo relacional de las personas implicadas. A través del juego de proyecciones e identificaciones proyectivas mutuas se mantiene un estado de simbiosis interpersonal que impide responder a las demandas adaptativas del problema actual (Martínez, 2013). En esta simbiosis interpersonal el presente y el pasado se entremezclan y el sujeto está internamente confundido.

Los estados no resueltos en relación con pérdidas previas o negligencias en el desarrollo personal pueden tener efectos en la generación subsiguiente: desorganización, inversión de roles y ansiedad a pesar de que los padres no maltraten a los hijos (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Hesse, y cols. 2003; Siegel y Hartzell, 2003). A la inversa, los déficits de apego resultan en repertorios comportamentales desorganizados y en una capacidad deficiente para la autorregulación del estrés y de las emociones.

*I. es una chica de dieciséis años. Ha solicitado consulta porque se siente afectada por la situación emocional de su madre. Está irritable y enfadada con ella. Siente*

que su madre se hace la víctima ante ella y su padre. “Mi madre me acusa de que no me preocupo de ella ni me importa...”. “Se pone a llorar y nos culpa de lo que la pasa,... a veces ha tomado muchas pastillas para dormir... o para calmarse...”. “No aguanto que se ponga a llorar...”. “Mi madre me exige que la cuide como ella hizo con su madre...”.

I relata la forma en que su madre abusa de tranquilizantes así como episodios de gestos autolesivos con un cuchillo que consiguió frenar su padre. “Mi madre es muy dependiente y ya debería ser autónoma...”. “En esta semana a mi padre y a mi nos ha tocado ir a comer fuera... porque ella se pasa el día en la cama...”. “Pongo la música alta para no escuchar su llanto... y ahora me enfado con ella... le he perdido el respeto... la forma en la que le hablo es despectiva...”. “Luego me siento culpable...”. “Mi padre es la autoridad, mi madre es ... uno más”. “Mi padre es más tranquilo...”. Siente que la madre utiliza al padre para reñirla y esto contribuye a alimentar su resentimiento con ella.

A I. le gusta ser independiente y se queja de que la sobreprotegen excesivamente. Paradójicamente busca protección en una relación homosexual con una chica muy segura de sí misma. “Me perturba más la idea de que se canse de mí...”. “Es esta relación la que ha determinado que su madre haya entrado en crisis. “Nos llevábamos bien hasta que empecé a salir con esta chica...”. “Me dice que me hace daño, porque me ve llegar seria y cansada a casa...”.

En la relación con su pareja está en un rol de dependencia ansiosa que provoca el rechazo de ésta y el fracaso de la relación. En identificación con su madre dramatiza los gestos de rechazo de su amiga. “Exagero muchos las cosas en la relación con mi amiga”. En momentos de frustración se muestra impulsiva, y ha tenido episodios de autoagresión con un cutter o de golpear las paredes.

En la investigación sobre apego se sabe que el predictor más fuerte de un apego seguro es que los padres dispongan de una narrativa coherente de su propia vida que tenga sentido para ellos (Sroufe y cols., 2005). Esto les permite además estar abiertos a las señales de la mente del niño/a. Este patrón refleja la importancia de la sintonía intersubjetiva para el desarrollo del bebé. Sin embargo los patrones de apego inseguros generan un desequilibrio permanente que el sujeto experimenta como un estrés a largo plazo y que le hace vulnerable a nuevas situaciones de estrés.

## LAS PARADOJAS QUE HA DE AFRONTAR EL EQUIPO ASISTENCIAL ANTE LA DEMANDA DE ATENCIÓN

El Equipo asistencial se encuentra ante la necesidad de mantener contacto con un grupo en el que se dan varias paradojas. Por un lado el problema parece actual pero en términos relacionales puede que sea antiguo. Es decir la demanda de los padres y/o del niño/a viene influida por y actualiza disfunciones relacionales previas que se remontan incluso al escenario del nacimiento. Otra situación paradójica es que frecuentemente la demanda de la familia es la de reducir el estrés sin transformar los vínculos previos, anhelo que puede constituir en sí mismo una “barrera al tratamiento” (Scott, 1967, 1973). Además las medidas adoptadas por el equipo de tratamiento paradójicamente conllevan el riesgo de agravar la herida narcisista del paciente y de la familia y romper la relación terapéutica originando el abandono del tratamiento.

J viene a consulta traída por su madre porque ha abandonado las clases en el Instituto. Se pasa el día en la cama. Su madre habla por ella en la primera consulta: “J no se fía de nadie porque le han hecho mucho daño y ahora desconfía de todos... quiere tener amigas en el Instituto pero las compañeras la rechazan”. Su madre justifica que en estas condiciones haya dejado de asistir a clase, aunque sin embargo no comprende que persistan los anhelos relacionales de su hija: “No entiendo que mi hija esté obsesionada porque no consigue tener amigas. Es mejor estar sólo que mal acompañada”. “Yo no soporto tener amigas, la vida me ha enseñado que es mejor no tener relaciones”. Su madre habla con un tono reivindicativo y alberga un sentimiento de injusticia por la “forma en la que ha sido tratada” por la vida. Proyecta en su hija su propio sentimiento de victimización quejándose de lo injusto que ha sido para la niña el haber nacido “en un mundo donde su familia no le ofrece ni “el mínimo” para ser feliz”.

El embarazo de J no fue deseado. La madre pensaba separarse del padre, entonces con problemas de drogodependencia, y quedarse con el bebé que resultara de esta relación. Sin embargo el embarazo lo llevó con gran disgusto y deprimida. Ya a los seis años llevó a su hija a consulta a un Equipo de Salud Mental por presentar fobias a la escuela, a juguetes con sonidos, a la oscuridad y a quedarse sólo. Ya a esa edad J evitaba a otros niños/as y no parecía disfrutar con los juegos.

En la actualidad tiene 14 años y se muestra muy sensible a los signos en las relaciones con sus compañeros

que pudiera interpretar como rechazantes. Se siente marginada. Está nerviosa en el colegio y se marcha del aula antes de acabar el horario escolar. La madre la apoya y ha tratado de conseguir autorización de la Dirección provincial de Educación para que no asista más que unas horas.

La madre presenta a su hija en términos altamente ambivalentes. En ocasiones se muestra litigante defendiendo los derechos de su hija. En otros momentos emplea términos peyorativos cuando se refiere a ella incluso en su presencia: “Está en clase ocupando un sitio... no se entera de nada... no comprende, no sabe ni sumar... Esta chica no tiene futuro... ¿Qué va a ser de ella?”. Madre e hija se niegan a ser entrevistadas por separado. Las intervenciones terapéuticas son sobreestimulantes para madre e hija. Las observaciones a la madre corren el riesgo de estimular respuestas paranoides y de alarmar a la chica. Por otra parte las intervenciones con ésta son vividas con angustia por parte de la madre. El riesgo de que abandonen la terapia, y que repiten su comportamiento relacional y escolar con el equipo asistencial, es alto.

Cómo profesionales hemos de reflexionar sobre las oportunidades y riesgos que plantea esta situación paradójica en la clínica diaria. Es necesario que el Equipo asistencial pueda renegociar la demanda en términos aceptables para las personas implicadas y redefinirla en términos realistas. Esta redefinición habría de hacer posible una intervención terapéutica que vaya más allá de la simple reestructuración del sistema relacional previo a la crisis. Una intervención meramente restaurativa del equilibrio previo restablecería los elementos relacionales de riesgo que frenan el desarrollo emocional de los niño/as y adolescentes. Por lo tanto algo en la intervención ha de hacer patente la realidad del trastorno relacional y cuestionar su eficacia y los riesgos que conlleva.

Es imprescindible evitar la inclusión del sistema de cuidados en la lógica de la “barrera al tratamiento” implícita en el anhelo inconsciente a no transformar los vínculos previos y con ello evitar la reorganización patológica de la familia que estimula las fijaciones evolutivas de los pacientes.

La reflexión sobre el alcance y prestaciones en psicoterapia por parte de los servicios públicos es de primer orden, especialmente cuando está en juego la eficiencia de la atención pública a los usuarios en condiciones de presión asistencial y de listas de espera. Con ello es necesario plantearse la reestructuración del

equilibrio relacional previo como un objetivo asistencial mínimo y necesario, si bien esto plantea un problema ético cuando no se considera la transformación de las relaciones previas o cuando se actúa únicamente con fármacos sin poner el foco en los aspectos interpersonales y vinculares de la crisis. Aunque los servicios públicos tienen límites asistenciales que dificultan el poder reestructurar y reconfigurar de manera completa el sistema vincular, al menos es necesario identificar y señalar los aspectos relacionales que suponen un factor de estrés crónico y de riesgo para el desarrollo evolutivo de la persona en tratamiento.

Desde luego es necesario que los profesionales, incluso el equipo y su funcionamiento, no lleguen a estar alcanzados por el estilo de apego del niño/a y la familia, lo que frenaría su eficacia terapéutica entrando a formar parte de la lógica relacional que se trata de transformar.

P viene a consulta por padecer irritabilidad basal, reacciones agresivas y a veces paranoides con sus compañeros de clase, enfrentamiento con sus profesores, expulsiones reiteradas del colegio, apatía y falta de motivación, desobediencia en casa, fugas, y frecuentes crisis de agresividad contra su madre y su hermana. Convive con ellas y con las parejas esporádicas de la madre. Esta se aferraba a la niña cuando su marido, alcohólico, la pegaba, y cuando, posteriormente las abandonó. La relación entre ambas es ahora altamente ambivalente. La madre, ahora viuda, se ha refugiado en la niña para aliviar su angustia ante las dificultades con sus sucesivas parejas, y a la vez la ha culpado de los fracasos con ellas. Por otro lado la chica necesita a su madre, si bien se siente muy irritable con ella cuando no responde a sus exigencias. A lo largo del proceso terapéutico ha mejorado progresivamente la adaptación social de la chica. Como parte del programa terapéutico se cita regularmente a la madre para elaborar los aspectos personales que contribuyen a las dificultades entre ambas. En ocasiones la madre, incapaz de contener su angustia, se presenta en el Centro de Salud Mental Infantojuvenil, incluso varias veces en una misma mañana, para “recibir asesoramiento” ante las crisis de agresividad de la chica. Cuando debido a denuncias previas el Juzgado envía a su hija a un Centro de Menores la madre deja de acudir a las citas programadas previstas con ella como parte del tratamiento. La no intervención en esta situación reforzaría la idea materna de que el problema sólo tiene que ver con su hija pero no con su incapacidad para contener su propia angustia.

El equipo ha de plantear un proyecto de tratamiento viable y ayudar al paciente y a la familia a precisar su demanda, a identificar los factores de riesgo en las interacciones interpersonales de la familia y a establecer una alianza terapéutica que permita colaborar en la transformación de los aspectos relacionales que contribuyen a la patología.

Es imprescindible abordar la elaboración de la crisis como un proceso interactivo, relacional e intersubjetivo algo que resulta de importancia crucial cuando la seguridad del paciente se encuentra en riesgo (Martínez, 2013; Martínez y Fernández, 2013). Por lo tanto el profesional ha de disponer de las habilidades psicoterapéuticas suficientes que le permitan conseguir este objetivo y facilitar un abordaje psicoterapéutico intersubjetivo y relacional, tanto individual como familiar. En orden ha reelaborar el sistema de adaptaciones preverbales de la persona en tratamiento es importante tener en cuenta que la psicoterapia individual puede considerarse como una nueva relación de apego capaz de regular la homeostasis afectiva y reestructurar los recuerdos implícitos ligados a las experiencias arcaicas de apego (Amini, 1996, Gabbard, 2000). Desde este punto de vista el núcleo de la interacción terapéutica reside en la comunicación afectiva mediada por la resonancia corporal, el tono de voz y la atmósfera mucho más que en el lenguaje simbólico, más apropiado para abordar aquellas acaecidas tras la adquisición del lenguaje.

Paradójicamente, desde esta perspectiva, y especialmente en los trastornos graves, no es tanto el pasado explícito lo que está en el foco del proceso psicoterapéutico sino más bien el pasado implícito que inconscientemente organiza y estructura el campo procedimental del paciente en su relación con los otros. Esto requiere tener conciencia de los aspectos experienciales de la relación terapéutica en el presente como agentes de cambio y de la importancia de la implicación del terapeuta en contraste con la neutralidad afectiva requerida en el pasado que deprivaría a la nueva relación de apego de su dimensión actual operativa (Amini, 1996).

*M tiene 16 años. Para él la irritación en la relaciones es desbordante. Hoy durante la sesión, mientras comparte conmigo los recuerdos traumáticos que le acosan, experimenta ondas de excitación e irritabilidad que se suceden como en un pulso periódico. La relación terapéutica se ha convertido en un sitio donde puede ponerse en contacto con recuerdos sobreestimulantes sin realizar acting outs. En la sesión de hoy se siente*

*asaltado por recuerdos de este tipo que me narra uno detrás de otro. Sin embargo me doy cuenta de que si intervengo su ira se incrementa. Se siente interrumpido como si yo fuera un estímulo irritante más. Siento que más importante que el contenido es la necesidad de que haya un otro que le ayude a autorregular su estado emocional mediante una escucha atenta que valide la importancia de su experiencia y le ayude a contener la experiencia. Este tipo de escucha atenta le ayuda a aliviar su estado interno. Poco a poco va evocando a lo largo de la sesión recuerdos cada vez más lejanos en el tiempo siguiendo el “pulso” rítmico citado. Hacia el final de la sesión comienza a conectar con recuerdos positivos en la casa de sus abuelos. Lentamente su rostro se cubre de tristeza que lucha con la ira por expresarse.*

La afectación de los patrones de memoria implícita implica un riesgo de reactivación en el proceso terapéutico bajo la forma de acting outs. De acuerdo con ello Stern (1998) y otros autores han hecho hincapié en la importancia que tienen para el tratamiento los momentos de interacción en el presente que facilitan la convergencia del insight en el contexto de un reaprendizaje procedimental. El papel de la relación terapéutica se hace así más prominente si cabe.

Siegel (2006) ha mostrado la naturaleza profundamente social del cerebro y la importancia que este hecho tiene en la técnica y el proceso psicoterapéuticos. Este autor ha subrayado el papel de las regiones prefrontales medias, que facilitan la integración de los inputs provenientes de otras personas con los procesos de regulación del organismo, de los estados emocionales y de creación de una conciencia de sí mismo. Para el autor nuestras mentes vendrían a ser el resultado del entrelazamiento e integración de aspectos de la realidad, físicos, interpersonales, sociales, y corporales que aparentemente son muy dispares. Cuando dos mentes se sienten conectadas durante un proceso psicoterapéutico, cuando juntas pueden llegar a estar más integradas, el estado de encendido cerebral de cada sujeto tiene la posibilidad de llegar a ser más coherente. La activación del cuerpo, de las áreas del circuito límbico e incluso las representaciones corticales de los estados intencionales del otro, entran en un estado de “resonancia” en la que cada uno se empareja con el estado del otro.

Asistimos en la actualidad a una corrección del énfasis tradicionalmente puesto en las técnicas orientadas al insight y a la solución de los conflictos, las técnicas interpretativas o cognitivas, que se basan en la memoria

declarativa. El papel establecido de la memoria procedimental, del aprendizaje emocional, la naturaleza implícita de los patrones relacionales tempranos, así como la importancia crucial del apego, de la intercorporalidad y la empatía, están desplazando el acento en psicoterapia hacia un aprendizaje emocional y procedimental que cuestione los vínculos relacionales previos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum Associates, Inc.
- Allen, J.R. (2000): Biology and Transactional Analysis II: A Status Report on Neurodevelopment. *Transactional Analysis Journal*, 30, 260-269.
- Amini F., Lewis T., Lannon R., y cols. (1996): Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiology integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- Andreoli, A., Lalive, J. y Garrone, G. (1986): *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Lyon: SIMEP.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Bauer, P. J. (1996): What do infants recall of their lives? *American Psychologist*, 51, 29- 41.
- Berne, E. (1955): Intuition, IV: Primal Images and Primal Judgment. *Psychiatric Quarterly*, 29, 634-658.
- Berne, E. (1957): Intuition V. The Ego Image. *Psychiatric Quarterly*, 31, 611-627.
- Berne, E. (1961): *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press. Versión en castellano: *Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Psique, [1985].
- Berne, E. (1963): *The Structure and Dynamics of Organisations and Groups*. Philadelphia: Lippincott.
- Berne, E. (1964): *Games People Play*. New York: Grove Press Inc. Versión castellana: *Juegos en que participamos*. México: Editorial Diana, 18ª reimpresión [1986].
- Berne, E. (1966): *Principles of group treatment*. New York: Grove Press. Versión castellana: *Introducción al Tratamiento de Grupo*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 10ª Edición [1983].
- Berne, E. (1973): *What do you say after you say hello?*. New York: Grove Press, 10 Ed. Versión Castellana: *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Ediciones Grijalbo, 140 Edición [1974].
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2: Separation: Anxiety and anger*. London: Penguin Books.
- Brothers, L. (1997): *Friday's footprint: How society shapes the human mind*. New York: Oxford University Press.
- Brown, G. y Harris, T. (1978): *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Caplan, G. (1964): *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Cornell, W. C. y Landaiche, N. M. (2006): Impasse and Intimacy: Applying Berne's Concept of Script Protocol. *Transactional Analysis Journal*, 36(3), 196-213.
- Diatkine, R., Quartier-Frings, F. y Andreoli, A. (1991): *Psychose et changement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., y Lyons-Ruth, K. (2009): Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *J. Nerv. Ment Dis.*, 197(6), 383-90.
- Dutra, L., Bianchi, B., Siegel, D. J., y Lyons-Ruth, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. En P. F. Dell, y O'Neil, John (Eds.): *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge. Págs. 83-92.
- Erskine, R. G. y Zalcman, M. J. (1979): The racket system: A model for racket analysis. *Transactional Analysis Journal*, 9, 51-59.
- Erskine, R. G. (1993): Inquiry, attunement, and involvement in the psychotherapy of dissociation. *Transactional Analysis Journal*, 23, 184-190.
- Erskine R. G. y Trautmann, R. L. (1997): *Theories and Methods of an Integrative Transactional Analysis: A volume of selected articles*. San Francisco: TA Press.
- Erskine R. G., Moursund J. P. y Trautmann, R. L. (1999): *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. New York: Routledge.
- Erskine, R. G. (2003): Introjection, psychic presence and Parent ego states: Considerations for Psychotherapy. En: C. Sills y H. Hargaden (Eds.): *Ego States: Key Concepts in Transactional Analysis. Contemporary Views*. London: Worth. Págs. 83-108.
- Erskine, R. G. (2015): *Relational patterns, therapeutic presence*. London: Karnac
- Fairbairn W. R. D. (1952): *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books.

- Fonagy, P. y Target, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in Self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 670-700.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. London: Tavistock.
- Fox, N. A. (1995): Of the way we were: Adult memories about attachment experiences and their role in determining infant-parent relationships: A commentary on van IJzendoorn. *Psychological Bulletin*, 117(3): 404-410.
- Gabbard G.O. (2000): A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br. J Psychiatry*, 177, 117-122.
- Gallese, V. (2003): The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- George, C. y Solomon J. (1999): Attachment and caregiving. En: *Handbook of Attachment*, New York, The Guildford Press. Págs.: 649-670
- Grossmann, K. y cols. (1999): A Wider View of Attachment and Exploration. En: *Handbook of Attachment*, New York, The Guildford Press.
- Hesse, E., Main, M., Abrams, K. y Rifkin, A. (2003): Unresolved states regarding loss or abuse can have "second generation" effects: Disorganization, role inversion, and frightening in the offspring of traumatized, non-maltreating parents, En: *Healing Trauma*. M. Solomon y D. J. Siegel (Eds). Págs. 57-106.
- Iacoboni, M. y Siegel, D. J. (2004): The Implications of Mirror Neurons for Psychotherapy, day-long seminar. San Francisco, Santa Rosa: *RJ Cassidy Seminar Recordings*.
- Karr-Morse, R. y Wiley, M. S. (1997): *Ghosts from the nursery: Tracing the roots of violence*. New York: Atlantic Monthly Press.
- Klein, J. (1997): Our need for others and its roots in infancy. East Sussex: *Routledge Taylor and Francis Group*.
- Langsley, D. G., Kaplan, D. M. y Pittman, F. S. (1968): *The treatment of families in crisis*. New York, London: Grune y Stratton.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C. y Jaskir, J. (1984): Predicting Psychopathology in six year olds from early social relations. *Child. Dev.*, 55, 123-126.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.
- Liotti, G. (2009): *Attachment and dissociation*. En P. F. Dell, y O'Neil, John (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge (págs. 53-65).
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S. y Silva, E. (1991): Disorganized attachment behavior in infancy: Short term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-396.
- Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y Ph.R. Shaver (Ed). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press. Págs.: 520-554.
- 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, 50 (1-2- Serial nº 209).
- Main, M. (1995): Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. En: *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Goldberg, S. Muir, R. y Kerr, J. (Eds). Hillsdale, NJ, US: Analytic Press, Inc. Págs: 407-474.
- Martínez, J.M. (2013): Transferencia y contratransferencia en los Trastornos de la Personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 43-60.
- Martínez, J.M. y Fernández. B. (2013): Tres psicodinamias en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional*, 2, 61-76.
- 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. *Dev. Psychopathol.*, 9(4), 855-879.
- Oppenheim, D. y Waters, H.S. (1995): Narrative Process and Attachment Representations: Issues of Development and Assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, Issue 2/3, 197-215.
- Pally, R. (2000): *The Mind-Brain Relationship*. London: Karnac Books.
- Pally, R. (2007): The Predicting Brain: Unconscious repetition, conscious reflection and therapeutic change. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4): 861-881.

- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. L y Vigilante, D. (1995): Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Perry, B.D.(1997): Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the “cycle of violence. En: J. Osofsky (Ed.): *Children in a violent society*. New York: Guilford Press. Págs.: 124-149.
- Rizzolatti, G., Camarda, R., Gallese, V y Fogassi, L. (1995), Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cog. Brain Res.*, 3, 131-141.
- Rizzolatti, G., Matelli, M., Bettinardi, V, Paulesu, E., Perani, D. y Fazio, R. (1996): Localization of grasp representations in humans by PET 1. Observation vs. execution. *Exper. Brain Res.*, 111, 246-252.
- Rizzolatti, G. y Arbib, M. (1998), Language within our grasp. *Trends in Neuroscience*, 21, 188-194.
- Rutter, M. (1985): *Fundamentos Científicos de Psiquiatría del Desarrollo*. Barcelona: Salvat.
- Schneider-Rosen y Rothbaum, R. (1993): Quality of parental caregiving and security of attachment. *Developmental Psychology*, 29, 358-367.
- Scott, R. y Ashworth, P. (1967) Closure at first schizophrenic break-down: a Family study. *Brit. J. Med. Psychol.*, 40, 109-145.
- Scott R. (1973): The treatment barrier. *Brit. J. Med Psychol.*, 46, 45-67.
- Siegel, D. J. (1999): *The Developing Mind*. The Guilford Press: New York.
- Siegel, D. J. y Hartzell, M (2. 003): *Parenting from the Inside Out*. New York: Tarcher Penguin.
- Siegel, D. J. (2006): An Interpersonal Neurobiology Approach to Psychotherapy: Awareness, Mirror Neurons, and Neural Plasticity in the Development of Well-Being. *Psychiatric Annals*. En prensa. Consultado en: [http://www.researchgate.net/publication/241200655\\_An\\_Interpersonal\\_Neurobiology\\_Approach\\_to\\_Psychotherapy\\_Awareness\\_Mirror\\_Neurons\\_and\\_Neural\\_Plasticity\\_in\\_the\\_Development\\_of\\_Well-Being](http://www.researchgate.net/publication/241200655_An_Interpersonal_Neurobiology_Approach_to_Psychotherapy_Awareness_Mirror_Neurons_and_Neural_Plasticity_in_the_Development_of_Well-Being).
- Sigman, M., y Siegel, D. J. (1992). The interface between the psychobiological and cognitive models of attachment. *Behavioral and Brain Sciences*, 15(3), 523.
- Solomon, J. y George, C. (1999): The Measurement of Attachment Security in Infancy and Childhood. En: Handbook of Attachment, New York, *The Guilford Press*. Págs. 287-316.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. y Collins, W. A. (2005): *The Development of the Person*. New York: Guilford Press.
- Stern, D. N. (1998): *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. London: Karnac Books.
- West, M., Livesley, W.J., Reiffer, L. y Sheldon A. (1986): The Place of Attachment in the Life Events Model of Stress and Illness. *Can. J. Psychiatry*, 31, 202-207.
- Wolf, N. S., Gales, M. E., Shane, E. y Shane M. (2001): The Developmental Trajectory from Amodal Perception to Empathy and Communication: The Role of Mirror Neurons in This Process. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 1: 94-112.