

Almeida Díaz, Elena  
Barrera Piñero, José  
Claret, Jaume  
Del Arco Heras, Salvador  
Fernández Cagigas, Ana María  
Fuertes Beneítez, Pilar  
Garrán Sabando, Encarnación  
Gómez García M<sup>a</sup> Dolores  
González Santana, Sabrina  
González Serrano, Fernando  
Jiménez Pascual, Ana María  
Laita de Roda, Paula  
León Allué, Luis  
Panera Uribe, Consuelo  
Picaza Ereño, Uxue  
Rodríguez Pérez, Esther  
San Pedro Verdejo, María  
Sánchez-Carpintero Abad, Alfonso  
Santamaria Sanz, Itxaso  
Solana Azurmendi, Begoña  
Soriano Sala, Asunción  
Soriano Tormos, Sonia  
Usobiaga Sayes, Elena  
Villero Luque, Sonia

**N.º 61**  
**1º semestre**

2016

# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y  
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions  
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y  
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967



# Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

*La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.*

*La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.*

*Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.*

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

## DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

## CONSEJO DIRECCIÓN

*Directora:* Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

*Director Adjunto:* Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

## COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

## COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)

Alain Braconnier Centro Alfret Binet (París)

M<sup>a</sup> Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)

Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo

Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)

Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)

Pablo García Túnez (Granada)

Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)

Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misés (París)

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)

Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)

Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)

María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)

Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)

Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)

Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

Xaber Tapia Lizeaga (Bilbao)

## INDICE:

<b>V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes. La atención a los trastornos graves de la personalidad. Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015</b> <i>Fernando González Serrano</i> .....	9
<b>De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo</b> <i>Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz</i> .....	11
<b>Evaluación del Hospital de Día infante juvenil</b> <i>Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual</i> .....	17
<b>Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día</b> <i>Paula Laita de Roda</i> .....	35
<b>Hospital de día comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia</b> <i>Jaume Claret</i> .....	43
<b>La demanda a enfermería en un centro terapéutico educativo con adolescentes</b> <i>Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes</i> .....	49
<b>El grupo como recurso terapéutico en un centro terapéutico educativo</b> <i>Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas</i> .....	59
<b>Intervenciones psicoterapéuticas con familias</b> <i>José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García</i> .....	65
<b>Convivir con los límites: El Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad</b> <i>Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos</i> .....	73
<b>Atención a las familias de niños con trastorno mental grave en un programa específico de atención ambulatoria</b> <i>Begoña Solana Azurmendi</i> .....	81
<b>Acompañando los procesos simbólicos. Intervención temprana en grupo</b> <i>Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando</i> .....	87

**Edición:** Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. [www.editorialselene.com](http://www.editorialselene.com)

**Impresión:** Sorles, Leon

**E-mail de información y envío de artículos:** [publicaciones@seypna.com](mailto:publicaciones@seypna.com)

**Página Web:** <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

**Depósito Legal:** M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

**Periodicidad:** semestral

**Suscripción anual:** 60 €

**Precio por ejemplar:** 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECs: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

#### **JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA**

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarna Molins (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martinez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

---

Página web: [www.sepypna.com](http://www.sepypna.com)

---

## INDEX:

---

<b>V JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA Y TERAPIAS INTENSIVAS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD. BILBAO OCTUBRE 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2015</b>	
<i>Fernando González Serrano</i> .....	9
<b>FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG</b>	
<i>Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz</i> .....	11
<b>EVALUATION OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL</b>	
<i>Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Benítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual</i> .....	17
<b>THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL</b>	
<i>Paula Laita de Roda</i> .....	35
<b>HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO COMO DISPOSITIVO DE CRISIS: EXPERIENCIA CLÍNICA SOBRE EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA</b>	
<i>Jaume Claret</i> .....	43
<b>THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS</b>	
<i>Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes</i> .....	49
<b>THE GROUP AS A THERAPEUTICAL RESOURCE IN AN EDUCATIONAL THERAPY CENTRE</b>	
<i>Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas</i> .....	59
<b>PSYCHOTHERAPEUTICAL INTERVENTIONS WITH FAMILIES</b>	
<i>José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García</i> .....	65
<b>LIVING WITH THE LIMITS: THE DAY CARE HOSPITAL AS THERAPEUTIC EXPERIENCE FOR TEENS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER</b>	
<i>Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos</i> .....	73
<b>ATTENTION TO FAMILIES OF CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS IN A SPECIFIC OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM</b>	
<i>Begoña Solana Azurmendi</i> .....	81
<b>GOING ALONG WITH SYMBOLIC PROCESSES. EARLY GROUP INTERVENTION</b>	
<i>Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando</i> .....	87

---

---

# DE LA PATOLOGÍA VINCULAR AL TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL. DE CÓMO EL NIÑO SE CONVIRTIÓ EN ERIZO\*

## FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG \*

Sabrina González Santana\*\* y Elena Almeida Díaz\*\*\*



### RESUMEN

A través de la presentación de un caso de Trastorno de Inestabilidad Emocional en un varón adolescente, atendido en el hospital de Día Infante juvenil de Gran Canaria, se analizará la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de la personalidad. Se tratará de explicar cómo a partir de alteraciones diversas en el apego se van a generar distintos síntomas, que sin intervención alguna, cristalizarán en los paradigmáticos síntomas del Trastorno de Inestabilidad Emocional que todos conocemos.

Expondremos brevemente las intervenciones empleadas y las dificultades encontradas en el trabajo psicoterapéutico del paciente presentado.

**Palabras clave:** Trastorno de Inestabilidad Emocional, Relaciones Vinculares tempranas, Apego, HDD.

### ABSTRACT

Across the presentation of a case of Emotional Instability Disorder in a teen male attended in the day

hospital for child and adolescent of Gran Canaria, there will be analyzed the importance of the early relations in the development of the personality. It will be a question of explaining to him how from diverse alterations in the attachment there are going to be generated different symptoms, which without any intervention, will crystallize in the paradigmatic symptoms of the Borderline Personality Disorder that we all know. We will expose brief the used interventions and the difficulties found in the psychotherapy work of the presented patient.

**Key words:** Emotional Instability Disorder, early bonding relations, Bonding, Day Care Hospital.

La presentación de un caso de Trastorno de Inestabilidad Emocional en un varón adolescente, atendido en el Hospital de Día Infante Juvenil de Gran Canaria, nos permitirá analizar la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo de la personalidad y, por ende, en los trastornos de ésta. Iremos viendo cómo a partir de alteraciones diversas en el apego se van

---

\* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

\*\* Psiquiatra del HDD Infante Juvenil de Gran Canaria

\*\*\* DUE del HDD Infante Juvenil de Gran Canaria



a generar distintos síntomas, que sin intervención alguna, cristalizarán en los paradigmáticos síntomas del Trastorno de Inestabilidad Emocional que todos conocemos y que generan tanta disfuncionalidad.

L. es un varón de 14 años que es derivado al Hospital de Día por alteraciones del comportamiento, en forma de agresividad verbal y física, tras dos ingresos muy prolongados en el Hospital Materno Infantil, tras agredir con arma blanca a su hermana. El diagnóstico con el que llega a nuestro dispositivo es el de Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo en la infancia. Presenta antecedentes familiares en la esfera afectiva, ambos padres sufrieron vivencias traumáticas relacionadas con el maltrato físico y psíquico -por parte de sus progenitores-. Tiene una hermana melliza hacia la que manifiesta una franca rivalidad, la cual han propiciado y mantenido sus padres al compararlos en todo momento, siendo nuestro paciente el que siempre salía peor parado de la comparativa.

L. era un niño tímido y con complejo de “patito feo”, presentó dificultades en la articulación del lenguaje que requirió la intervención de un logopeda. Fue objeto de burlas por parte de los compañeros en los primeros años de la escolarización, teniendo que ser defendido, a menudo, por su hermana.

A su llegada al Hospital de Día el reto más importante fue la constitución de la relación terapéutica, incluyendo en ella la aceptación de la necesidad de acudir a tratamiento. Su actitud sumamente desconfiada, su discurso centrado en la imposibilidad de cambio, un sentimiento de autodepreciación tal, que sólo creía ser merecedor de castigo, así como su rabia dificultaron enormemente, y sobre todo en los primeros momentos, cualquier intervención.

Cuando realizamos la psicobiografía es cuando comenzamos a entender el porqué de su sentir. L. era fruto de un embarazo no deseado. La noticia del embarazo múltiple supuso una tragedia entre los progenitores, los cuales presentaban ya un deficitario equilibrio psicoafectivo fruto de sus vivencias pasadas sin elaborar. Posiblemente, y sin darse cuenta, decidieron aceptar sólo a uno de los dos hijos que venían y a partir del nacimiento de los mellizos se va gestando la rivalidad fraterna, a partir de la comparativa que se instaura entre ambos hermanos. L. comienza a encarnar todo “lo malo”, es el que tiene problemas de lenguaje, el que es más tímido y torpe, el que no sabe defenderse, en definitiva, usando las palabras del paciente y su familia, “el que no sirve para nada”. Estas vivencias y verbalizaciones, unidas al clima

de ambivalencia afectiva dominante entre los padres, presentes hasta el día de hoy, van generando una serie de representaciones del self muy negativas que llegan a su clímax en el momento en el que, en contexto de una tonta discusión por el desayuno, en un acto impulsivo L. agrede con un cuchillo a su hermana, lesionándole en la mano; afortunadamente, sin graves consecuencias para ella. Pese a esto L. graba en su mente que “esto que ha hecho, apuñalar, es para lo único que sirve” y supone un punto y aparte en la presentación de sus síntomas, empeorando enormemente los actos impulsivos y agresivos a partir de entonces, disparándose las vivencias referenciales y haciendo casi imposible la contención ambulatoria.

Sabemos que el sistema de apego funciona como el primer regulador de la experiencia emocional. Los modelos operativos internos comienzan a formarse desde los primeros meses, mientras tienen lugar acontecimientos relevantes con respecto al apego, y reflejan el resultado que han tenido las comunicaciones de demanda de cuidados por parte del individuo. Estos modelos tienen tendencia a la estabilidad y autopropetuaación, determinando la forma en la que el niño experimentará el mundo después. En el caso de L., al tener que compartir la atención, y evidenciándose la predilección manifiesta de sus padres por su hermana, las demandas posiblemente no fueron debidamente satisfechas. Añadiéndose la ambivalencia franca en la relación afectiva parental, pasando de colmarle de mimos a manifestar desprecio y regalar insultos, está servida la incertidumbre de cómo tener que actuar para “ser querido y atendido”. L., sin apenas estrategias ni recursos personales tiene que hacer frente diariamente a una situación familiar que le desborda y desconcierta, con unos padres que tienen un discurso que no está consonancia con la actitud que mantienen, con verbalizaciones tan contradictorias como la siguiente: “es un buen chico, cariñoso y ha mejorado, pero no lo queremos en casa”, que hasta al adolescente más maduro y estable le harían tambalear.

El bebé carece de representación subjetiva y coherente de sí, ni es capaz de distinguir sus estados mentales de la realidad. Para que se desarrolle esta representación requiere que los otros le perciban como una persona que piense, sienta y haga (self agente) y que él, a su vez, sea consciente de que los otros le perciban como tal. El desarrollo del self permitirá al niño regular sus afectos. Sabemos que si existen problemas en estas primeras relaciones, las dificultades quedan enraizadas en el individuo, pudiendo ser matizadas por la biografía posterior y determinando una actitud ante el otro, ante el

mundo, con unas expectativas de la relación que configura la problemática emocional, cognitiva e interpersonal.

L. cree ser “merecedor de odio” por lo que le hizo a su hermana, se presenta como alguien que “sólo es capaz de apuñalar” y pone a prueba a los demás con insultos y amenazas, esperando, evidentemente, que se queden y le quieran. Se comporta como un erizo, se acerca a los demás buscando que no le abandonen, que le quieran, pero sólo puede pinchar (insultos y amenazas) ya que es lo único que cree poder hacer, parapetado tras una frágil coraza que se ha construido al entender que sólo con esto es capaz de captar la atención del otro, dudando de sus capacidades y habilidades. Las relaciones que ha ido manteniendo a lo largo de su, aún corta vida, tienen que ver con las burlas, los insultos y la agresividad (sobre todo con iguales) y basadas en la pena, la devaluación y el reproche (sobre todo en relaciones con adultos), siendo esto lo que él ha interiorizado. Las respuestas que obtiene a tales comportamientos “insoportables” van desde el rechazo a la respuesta agresiva, reforzándose así su idea de “que nadie le quiere porque no se lo merece”.

Para que el niño desarrolle con éxito la capacidad de comprender y regular emociones son necesarias 2 condiciones, condiciones que no han podido darse en el caso que nos ocupa:

- Congruencia razonable entre el estado mental del cuidador y del niño
- Que el reflejo emocional ofrecido por el cuidador se vea diferenciado del bebé; si éste no queda bien definido puede generar dificultades ulteriores en la regulación emocional

En los criterios diagnósticos de los Trastornos de Inestabilidad Emocional vemos reflejados múltiples síntomas que están condicionados por las alteraciones en el vínculo temprano de los pacientes, fruto de un apego inseguro. Síntomas, representaciones mentales y afectivas que se han enraizado en el individuo hasta componer un puzzle personal disfuncional que debe ser reordenado en un marco psicoterapéutico en aras de conseguir una vida lo más normalizada posible. Así tenemos:

- Temor al abandono. La existencia, en estos pacientes, de una necesidad de afecto del otro que no va a ser nunca completamente satisfecha, con pruebas de afecto y con reacción catastrofista ante la mínima discrepancia, mostrando alternancia entre la debilidad y la amenaza. Se puede ver la conducta ambivalente o caótica de un cuidador, donde en ocasiones la proximidad, el afecto

y el cuidado le son negados y el niño busca desesperadamente al cuidador mientras recibe mensajes contradictorios.

- Relaciones inestables e intensas. La sensación de seguridad básica crece en el niño a través de la experiencia de haber sido mirado como alguien importante y especial por sus cuidadores, con amor incondicional. El niño se acepta plenamente porque se siente aceptado al cien por cien. Es habitual que sientan que si los demás le conociesen mejor, se alejarían de ellos. En muchas ocasiones las figuras de apego les han transmitido este tipo de mensajes de forma recurrente.
- Alteración de la identidad. La identidad es el conjunto de características que nos permiten tener un sentido de quienes somos, qué queremos y hacia dónde vamos. Suelen mostrar confusión y variabilidad en torno a sus valores y que estos varíen en función de la opinión o preferencias de los otros. Un reflejo inadecuado lleva al niño a interiorizar representaciones del estado de sus progenitores y evita que se forme su propia experiencia, tienden a repetir lo que otros les han dicho, incapaces de limitar el contagio emocional.
- Impulsividad. El patrón de autorregulación que hubiera derivado de un apego seguro no ha podido establecerse. Por tanto, la regulación ha de venir del exterior (demandas de ayuda, dependencia).
- Conductas intensas y autolesivas, como la manera efectiva que ha encontrado el paciente de hacer frente a emociones difíciles de tolerar y poder calmarse. En un apego inseguro las necesidades del niño no son fácilmente percibidas. El niño ha de gritar más alto y más tiempo para hacerse notar, aprende que sus demandas tienen que ser más llamativas e insistentes.
- Inestabilidad afectiva y emocional. La regulación emocional no es un proceso automático, adquiriéndose a través de la relación con el cuidador. Esta relación ayuda al niño a modular sus reacciones emocionales, siempre que la figura de apego le ayude a encontrar el equilibrio. Si no es posible, encontraremos reacciones desproporcionadas ante gestos o actitudes en el otro que recuerden al progenitor, defendiéndose ante la amenaza.
- Sentimientos crónicos de vacío. Se corresponden con la ausencia de sintonía con el progenitor, sensación de sentirse invisible, sin que nadie se

diera cuenta de cómo se sentían... un progenitor desbordado por sus propios conflictos puede no ser capaz de ver las necesidades del niño.

- Ira inapropiada e intensa, actuando por impulsos y sin advertir las consecuencias de sus actos, reproduciendo en esas reacciones modelos de expresión de la rabia disfuncionales con los que crecieron. Los sentimientos de culpa suelen acompañar a estas expresiones de ira. Todo ello incrementa la percepción de sí mismos como “malos”
- Ideación paranoide por estrés o síntomas disociativos graves, condicionadas por la dificultad para regular emociones y su hipersensibilidad a estímulos. Además presentan distorsiones cognitivas, interpretando lo que hacen los demás en función de lo que ellos piensan o sienten. No aprenden de la experiencia por no haber tenido una figura de apego que se lo haya enseñado (ha aprendido la relación con el otro en términos de incertidumbre, imprevisibilidad y peligro)

No es el objeto de esta presentación explicar el tratamiento de este tipo de pacientes, pero sí destacar que se trataría de estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en la terapia, favoreciendo procesos reflexivos, para que pueda integrar las experiencias y les dé un sentido. El terapeuta debe ayudar a que el paciente descubra estados adaptativos a través de experiencias emocionales correctivas que faciliten el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que faciliten la regulación cognitivo emocional.

Con L. se inició un trabajo desde el enfoque narrativo, para tratar de ordenar y clarificar las demandas traídas a las sesiones. Su queja fundamental era: “nadie me quiere”, “el mundo es una mierda”, aunque tras decirlo, corregía inmediatamente diciendo “no necesito nada, estoy perfectamente” en tono irónico (moviéndose en la ambivalencia de querer atención, pero sin la conciencia de presentar un problema de salud mental).

A partir de aquí, y para poder realizar un trabajo terapéutico concreto, redefinimos los problemas principales, ayudándole así a construir una narrativa más útil:

- Convivencia familiar
- Dificultad en la relación con iguales (rivalidad)
- Aislamiento (apenas sale, no tiene amigos ni intereses que pueda compartir con iguales)

- Reacciones agresivas “in crescendo” en contexto de disregulación emocional
- Culpa no resuelta
- Disminución del rendimiento académico
- Dificultad para la autorregulación emocional
- Sintomatología depresiva e ideación autolesiva

Asimismo delimitamos los precipitantes de tales conductas: en su caso, cualquier situación en la que intervenga un tercero (con el que cree tener que competir) y cualquier situación con la familia, cualquier interacción, en la que rememore situaciones de incomprensión, rivalidad o lo que él cree abandono.

Y construimos una secuencia de emociones-ideas-comportamiento que se repite:

- Interpretación por parte de L. de la preferencia de cualquier otro, distinto de él, pasando a representar “todo lo malo”
- Esto le “confirma” que es “merecedor de odio” por su pasado, por lo que le hizo a su hermana, presentándose como alguien que “sólo es capaz de apuñalar”
- Pone a prueba a los demás con insultos y amenazas, esperando que se queden y le quieran. Se comporta como un erizo, se acerca a los demás buscando que no le abandonen, que le quieran, pero sólo puede pinchar (insultos y amenazas), parapetado tras una frágil coraza que se ha construido por entender que sólo con esto es capaz de captar la atención del otro, dudando de sus capacidades y habilidades

Toda esta situación se perpetúa por el mal manejo emocional de la familia con gritos, insultos, respuestas devaluadoras, verbalizaciones de no quererle e, incluso, agresividad manifiesta. Acompañándose de confusión entre límites-normas y cariño, roles confusos dentro del sistema familiar y ausencia de comunicación funcional.

Los objetivos planteados para el trabajo psicoterapéutico fueron:

- A través de experiencias positivas mejorar su autoconcepto, demostrarle las capacidades que tiene, valorarlas adecuadamente
- Mejorar la interacción social, trabajando las habilidades sociales
- Autorregulación emocional
- Expresión de emociones de forma verbal y limitar las conductas inadecuadas derivadas del desbordamiento emocional
- Fomentar las actividades lúdicas

- Intervención familiar para la modificación de patrones conductuales generadores de malestar
- Ayudar al paciente a incrementar su capacidad de mentalización, explorando las distintas emociones en diferentes situaciones, generando una identidad más fuerte, siendo capaz de averiguar más sobre cómo piensa y siente y cómo lo hacen los demás
- Se trataría de estimular una relación de apego lo suficientemente significativa como para que el paciente se implique en la terapia
- Favorecer procesos reflexivos, para que pueda integrar las experiencias y les dé un sentido
- Trabajar estados mentales actuales, a través de la reaseguración, empatía, apoyo, clarificación y la confrontación

Las estrategias nucleares a emplear serían: Validación. Legitimación. Resolución de conflictos. Analizar precedentes y consecuencias. Construir caminos alternativos. Procedimientos de resolución de problemas. Modificación de las distorsiones cognitivas. Intervención con el entorno. Intervención en grupo, el marco del HDD favorece la relación entre iguales. Atención a no repetir patrones que provoquen respuestas preexistentes en el repertorio del paciente y establecimiento de límites claros en la terapia.

Los trastornos de la personalidad son uno de los trastornos más complejos de tratar, por la gravedad de conductas y por la motivación para el tratamiento. Las dificultades con las vivencias y las expresiones emocionales, dirigidas hacia el terapeuta tienen que ser identificadas y trabajadas. El tratamiento no puede realizarse de otra manera que no sea a través de la intervención en el proceso de la relación interpersonal con el terapeuta y con los demás (Bender, 2005). Debemos entender que el paciente ha crecido en un “entorno invalidante”, que le niega sus experiencias privadas, que no validan sus experiencias emocionales y que, incluso, las desprecian.

La narrativa del paciente es “una mentira que le hace sufrir” y que no le resulta eficaz a la hora de enfrentarse al mundo. La psicoterapia consiste en ayudar a que el paciente construya una historia que le sea útil (Guidano, 1987). Es preciso trabajar las conductas que interfieren con la terapia, directa e inmediatamente, así como de forma constante. Dar la importancia que tiene la relación terapéutica. Es imprescindible trabajar las conductas que interfieren con la calidad de vida y enseñar a resolver problemas de la vida e incrementar el auto-respeto. Una

vez conseguido esto, también hay que trabajar para lograr el mantenimiento de lo conseguido.

Durante los primeros meses de trabajo con L. hubo muchas dificultades. Su desconfianza en el otro y la necesidad de ponerlos a prueba hacían difícil la relación terapéutica. Necesitaba tiempo; tiempo que no siempre se tiene en los servicios públicos masificados. Al considerarse “lo peor” teme el abandono; ante esto prefiere ser él quien abandona, dinamitando toda posibilidad de relación. La alianza terapéutica se convierte en fundamental, constituyendo una relación diferente que le permita el marco contenedor para poder intentar y arriesgarse al cambio, para quitarse su coraza y recibir “cosas buenas” de los demás. En definitiva, permitirse sentirse querido y merecedor de algo más que un futuro sombrío.

La intervención ha sido como un pulso continuo, un examen, incluso. Ante el plan terapéutico y los límites, la respuesta era el boicot y la oposición. Provocó muchas situaciones buscando que se le “echase del HDD”. El haber mantenido el marco terapéutico firme, a diferencia del suelo quebradizo en el que solía moverse, supuso una contención suficiente, una base segura sobre la que poder modificar comportamientos.

En definitiva, el terapeuta, con capacidad para promover cambios terapéuticos, debe ayudar a que el paciente descubra estados adaptativos a través de experiencias emocionales correctivas que faciliten el desarrollo de nuevos comportamientos interpersonales que faciliten la regulación cognitivo emocional, y le permitan así vivir integrados e incluidos en el mundo.

La historia de L. sólo acaba de empezar. Su seguimiento en el Hospital de Día ha terminado. Ahora comienza la segunda parte. Le queda mucho camino por recorrer, y sin duda, mucho que aprender... Pero ya nada será igual, porque la posibilidad de verse reflejado en otro, como alguien capaz de realizar buenas obras, como individuo con múltiples posibilidades de futuro y como persona merecedora de afecto le ha permitido deshacerse de su invalidante coraza y permitirse “ser y sentir” para continuar con esa vida suya de la que, al inicio de la terapia, no quería saber nada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Barcelona: Paidós.
- Díaz Atienza, J., y Blánquez Rodríguez, M. P. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 82-90.

- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3.
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2010). Attachment and personality pathology. En J. F. Clarkin, P. Fonagy & Gabbard, G. O. (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders (A clinical Handbook)* (pp. 37-88). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Linehan, M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality Disorder. En D. H. Harlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 365-419). New York: The Guilford Pres.
- Marrone, M. (2001). La teoría del apego. Un enfoque actual. Barcelona: Psimática.
- Mosquera, D. y González, A. (2011). Del apego temprano al TLP. *Mente y cerebro*, 46, 17-27.
- Renn, P. (2006). Apego, trauma y violencia: comprendiendo las tendencias destructivas desde la perspectiva de la teoría del apego. *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.
- Sánchez Quinteiro, S. y De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32.