



Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT)

Una aproximación integral de la personalidad

Pamela A. Foelsch • Susanne Schlüter-Müller • Anna E. Odom
Helen T. Arena • Andrés Borzutzky H. • Klaus Schmeck

**Tratamiento para la identidad
del adolescente (AIT)**
Una aproximación integral
de la personalidad

<https://www.facebook.com/rojoamanecercapsic/>



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, DC

CeMPro

Centro Mexicano de Protección y Fomento
a los Derechos de Autor
Sociedad de Gestión Colectiva

Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT)

Una aproximación integral de la personalidad

Pamela A. Foelsch, PhD

New York-Presbyterian Hospital
Weill Cornell Medical College
White Plains, NY, USA

Susanne Schlüter-Müller

Psychiatry and Psychotherapy Practice
for Child- and Adolescent, Frankfurt, Germany

Anna E. Odom, PhD

New York-Presbyterian Hospital
Weill Cornell Medical College
White Plains, NY, USA

Helen T. Arena, PhD

New York-Presbyterian Hospital
Weill Cornell Medical College
White Plains, NY, USA

Andrés Borzutzky H.

Instituto Médico Schilkrut
Santiago, Las Condes, Chile

Klaus Schmeck

Psychiatric University Hospitals, Basel, Switzerland

Traducido por:

Moisés Kassin Nahmad

Doctorado en Psicoterapia General
Asociación Psicoanalítica Mexicana AC

Editor responsable:

Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

Adolescent Identity Treatment.

An Integrative Approach for Personality Pathology

Copyright © Springer International Publishing Switzerland 2014

ISBN: 978-3-319-06867-1

Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT)

Una aproximación integral de la personalidad

D.R. © 2015 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-486-1 (Versión impresa)

ISBN: 978-607-448-485-4 (Versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT) : una aproximación integral de la personalidad / Pamela A. Foelsch [y cinco más] ; traducido por Moisés Kassir Nahmad. -- 1ª. edición. -- México, D.F. : Editorial El Manual Moderno, 2015.

xii, 168 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Traducción de: Adolescent identity treatment : an integrative approach for personality pathology.

Incluye índice

ISBN 978-607-448-486-1 (versión impresa)

ISBN 978-607-448-485-4 (versión electrónica)

1. Trastornos de la personalidad en la adolescencia. 2. Trastornos de la personalidad en la adolescencia – Tratamiento. 3. Psicología del adolescente. I. Foelsch, Pamela A., autor. 2. Kassir Nahmad, Moisés, traductor.

618.92858-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LCS Adriana Durán Arce



Dedicatoria

*Dedicamos este Manual a la Dra. Paulina Fischer Kernberg,
con profundo aprecio por todo lo que nos enseñó y lo que
nos entregó a través de su personalidad única y excepcional.*

Prefacio

En el año 2000, Paulina Kernberg *et al.* desarrolló un modelo para comprender las patologías de la identidad en niños y adolescentes. Enfatizaba la necesidad de diferenciar a los individuos con crisis de identidad normales durante la adolescencia de aquellos con difusión de la identidad. Una crisis de identidad usualmente se resuelve y concluye en una identidad consolidada con un funcionamiento flexible y adaptativo, mientras que la difusión de la identidad se considera la base de una posterior patología de la personalidad, incluyendo el trastorno límite de la personalidad, lo que conlleva un amplio espectro de conductas desadaptativas y disfuncionales. En 2005, un grupo de estudio de supervisión clínica codigirido por las Dras. Paulina Kernberg y Pamela Foelsch comenzó a desarrollar un enfoque de tratamiento, el Tratamiento para la Identidad Adolescente (AIT, por sus siglas en inglés), para facilitar la integración de la identidad. En el mismo año, la Dra. Kernberg fue invitada por Klaus Schmeck como profesora visitante al Departamento de Psiquiatría de Niños y Adolescentes en la Universidad de Ulm, lo que condujo a una activa colaboración entre nosotros.

En años posteriores, varios grupos internacionales dedicados al trabajo clínico y académico en Barcelona, España; Basilea, Suiza; Frankfurt, Alemania; Ciudad de México, México; Santiago, Chile y Sao Paulo, Brasil, se han unido al grupo de White Plains, NY, EUA. Todos ellos están enfocados en el concepto de la Dra. Paulina Kernberg sobre cómo evaluar y tratar a los adolescentes con alguna patología de la personalidad y a sus familias. Los miembros de este grupo internacional trabajan juntos como una forma de reconocer y honrar a la Dra. Paulina Kernberg, quien falleció en 2006, y tienen el profundo deseo y la convicción de continuar su trabajo, como fuera su voluntad.

Muchas personas han cumplido una labor esencial para el desarrollo de este trabajo. En la Escuela de Medicina Weill Cornell y en el Hospital Presbiteriano de Nueva York, la Dra. Foelsch formó y enseñó durante 18 años a los miembros del Instituto de Trastornos de la Personalidad de Nueva York (*Personality Disorders Institute, PDI*), que participaron en los seminarios semanales, a quienes agradecemos y especialmente a aquellos que han dedicado su tiempo y energía a tareas más mundanas como ingresar datos y codificar cintas de video. Un agradecimiento especial a los funcionarios e internos del Departamento de Pacientes Ambulatorios del Hospital Presbiteriano de Nueva York en White Plains, particularmente al

Dr. James Rebeta, Maura Lehr, Berkeley Cooley, Nina Huza, Carrie Christenson, Julia Ball y a numerosos estudiantes y voluntarios de post-doctorado. Queremos agradecer especialmente al Dr. Jeanne Dietrich por su profunda adición en la supervisión y discusión de caso. Agradecemos también a los terapeutas que valientemente permitieron que se les grabara en video, mientras realizaban el trabajo clínico más difícil. También agradecemos a nuestros colegas Ana María Rodríguez y Joaquín Celis de la Universidad de los Andes y a los clínicos y trabajadores del consultorio del Salto, también nos gustaría destacar en un lugar muy especial a los profesionales del Instituto Médico Schilkrut en Santiago de Chile por habernos proporcionado material clínico desafiante que estimuló nuestras mentes durante las supervisiones semanales a través de Internet. Mediante varias discusiones de casos clínicos, este manual surgió como un modelo integrativo para el tratamiento de las patologías de personalidad en adolescentes, integrando las relaciones objetales, los sistemas familiares, el apego, la neurobiología y los enfoques cognitivo-conductuales.

Asimismo, agradecemos a Moises Kassin de la Ciudad de México por su compromiso y esfuerzo en adaptar este manual al español, y por su entusiasmo y apoyo al proyecto. Damos las gracias también a nuestros pacientes y a sus familias por haber compartido sus experiencias con nosotros a través de sus palabras y acciones sobre qué funciona y qué no. Al optar por nombrar individualmente a algunas personas, corremos el riesgo de pasar por alto a otras que han hecho su contribución, y ofrecemos las más sinceras disculpas por ello. Queremos reconocerlos a todos.

White Plains, NY, USA
Frankfurt, Germany
White Plains, NY, USA
White Plains, NY, USA
Santiago, Las Condes, Chile
Basel, Switzerland

Pamela A. Foelsch, PhD
Susanne Schlüter-Müller
Anna E. Odom, PhD
Helen T. Arena, PhD
Andrés Borzutzky H.
Klaus Schmeck

Contenido

Dedicatoria.....	V
Prefacio	VII
Capítulo 1. Introducción.....	1
Identidad normal	1
Crisis y difusión de la identidad.....	1
Capítulo 2. Descripción del trastorno.....	3
Terminología y definición	3
Definición y criterios de trastornos de la personalidad de acuerdo a la CIE-10	4
Definición de trastornos de personalidad de acuerdo al <i>DSM-IV-TR</i>	5
Definición y criterios de trastornos de la personalidad de acuerdo al <i>DSM-IV-TR</i>	5
Transición al <i>DSM-5</i>	6
Epidemiología	7
Curso y pronóstico.....	8
Procedimientos diagnósticos y diagnóstico diferencial	9
Referencias.....	11
Capítulo 3. Modelos teóricos y justificación	13
Modelos del trastorno	13
Vulnerabilidad neurobiológica.....	14
Secuencia de crecimiento e implicaciones para el desarrollo continuo	15
Apego.....	16
Regulación.....	18
Teoría subyacente de la psicoterapia individual	18
Teoría de las relaciones objetales	18
Teoría del desarrollo	21
Identidad	22

Conceptos adicionales	24
Componentes de la identidad	24
Adulthood emergente	27
Teoría que subyace a las intervenciones ambientales	35
Referencias	36
Capítulo 4. Diagnóstico e indicaciones de tratamiento.....	39
Estructura y proceso del contacto inicial con el paciente	40
Vías de comunicación.....	40
Proceso de diagnóstico	42
Cómo llegan los pacientes a la consulta.....	42
Manejo de la “urgencia” de la derivación	42
Procedimientos diagnósticos y entrevistas	43
Diagnóstico psiquiátrico	43
Diagnóstico estructural	43
Evaluación de la identidad.....	46
Evaluación sistemática de los dominios del funcionamiento de identidad	48
Recomendaciones de batería de evaluación estándar	51
Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento	52
Indicaciones para tratamiento coadyuvante	53
Rechazo al tratamiento.....	54
Contraindicaciones del tratamiento.....	54
Referencias	56
Capítulo 5. Tratamiento.....	59
Objetivos y metas	59
Objetivo específico	59
Despeje de bloqueos	59
Sembrar semillas.....	61
Variables, postura y actitudes del terapeuta.....	61
Consideraciones: la atmósfera que hace prosperar al tratamiento	61
Características y actitudes del terapeuta.....	62
Postura del terapeuta	62
Mantener la objetividad.....	64
Fase preparatoria y educación.....	64
Confidencialidad.....	65
Cambio en la dinámica familiar	66
Limitaciones del tratamiento	66
Rol de la familia en el tratamiento	67
Psicoeducación.....	67
Factores que pueden contribuir a las interrupciones del tratamiento	68
Estrategias generales de parentaje	69
Tareas de la adolescencia.....	71

Establecimiento del contrato	72
Fase de contrato	73
Contrato individual	73
Contrato familiar	74
Amenazas al tratamiento	75
Otras amenazas para el tratamiento	76
Estrategias para el tratamiento	77
Frecuencia de las sesiones individuales y con los padres/familiares.....	78
Duración del tratamiento	79
Intervenciones directas	79
Enfoque dual de tratamiento: agudo/focal y de largo plazo (cambio estructural).....	80
Guiado por el paciente <i>versus</i> guiado por el modelo	80
Tácticas	81
Mantener el marco del tratamiento	81
Selección del afecto dominante.....	82
Regulación de los afectos en las sesiones	84
Intervención: tácticas	85
Transferencia y contratransferencia.....	86
Modificación del análisis de la transferencia con adolescentes	86
Técnicas	87
Canales de comunicación	88
Clarificación	88
El proceso de clarificación con adolescentes	89
Confrontación.....	91
Interpretación	93
Trabajo con las familias.....	100
Asuntos prácticos relativos al tratamiento	101
Estrategias de tolerancia de los afectos negativos para los padres	102
Intervenciones ambientales directas	103
Plan domiciliario	103
Intervenciones ambientales directas adicionales.....	108
Tratamiento psicofarmacológico coadyuvante	108
Resumen del AIT.....	109
Referencias	111

Capítulo 6. Tratamiento de Identidad para Adolescentes (AIT).....	113
Evaluación inicial.....	113
Entrevista estructural	114
Respuesta inicial a las preguntas de la entrevista	115
Eventos precipitantes y dificultades actuales	115
Historial	116
Preguntas adicionales de la entrevista.....	117

Evaluación de la identidad: descripción del <i>self</i> y del Otro (importante)	118
Evaluación familiar/de los padres	118
Problemas emergentes para la familia relativos al contrato y al tratamiento	120
Fuentes colaterales	120
Impresiones diagnósticas	121
Recomendaciones iniciales de tratamiento	122
Establecimiento del contrato	123
Motivación de Anna para el tratamiento	123
Proceso del contrato	124
Tratamiento	126
Curso del tratamiento de Anna	126
Realización del plan domiciliario con los padres	132
Trabajo elaborativo de la escisión en la autorrepresentación	133
Resumen del tratamiento individual	137
Curso del tratamiento de los padres	137
Resumen de la ilustración del caso	145
Referencias	146
Capítulo 7. Eficacia	147
Evidencia empírica sobre la eficacia de los componentes terapéuticos del AIT	147
Estudio de la eficacia en el TFP	147
Pruebas clínicas aleatorias del TFP	147
Modificaciones del tratamiento para adultos en adolescentes	148
AIT en adolescentes	149
Comparación entre el AIT y el TH	149
Estudio piloto de Nueva York	155
Resumen de la evidencia que sustenta el modelo AIT	157
Referencias	158
Capítulo 8. Entrenamiento y supervisión	159
Entrenamiento	159
Recomendaciones para los terapeutas	160
Proceso de capacitación	161
Índice	163

Introducción

IDENTIDAD NORMAL

La consolidación de la identidad es una de las tareas más importantes en el desarrollo de la adolescencia normal. Los desafíos normales en el proceso de la formación de ésta se conocen como crisis de identidad, la cual resulta de la discrepancia entre experiencias físicas y psicológicas que cambian con rapidez y la brecha creciente entre la percepción de uno mismo y las experiencias de otros en las percepciones del *self*. Pese a las experimentaciones con los distintos roles, la experiencia de éste permanece constante en diferentes situaciones y a lo largo del tiempo, para formar una identidad integrada que es flexible y adaptable, lo cual le permite al adolescente o al adulto joven entablar amistades gratificantes y satisfactorias, formar metas de vida claras, interactuar con padres y maestros de manera adecuada, establecer relaciones íntimas y mantener una autoestima positiva.

CRISIS Y DIFUSIÓN DE LA IDENTIDAD

Debido a predisposiciones biológicas y a experiencias ambientales, a algunos adolescentes se les dificulta este proceso y pierden capacidad para la autodefinition, viven con una sensación dolorosa de incoherencia y vacío crónico, muestran conductas contradictorias, tienen baja tolerancia a la ansiedad y al control de los impulsos, y no se comprometen con los valores, metas o relaciones. El asunto es que les falta un concepto integrado del *self* que se distinga de los otros. Esta patología en la identidad se considera la base de los trastornos de personalidad subsecuentes, la que conlleva a conductas crónicas y de un amplio espectro, desadaptativas y disfuncionales.

El tratamiento de la identidad en la adolescencia (AIT, por sus siglas en inglés) se desarrolló en un pequeño grupo de trabajo iniciado por Paulina Kernberg, cuyo fin era identificar a los adolescentes que pudieran estar bajo riesgo de desarrollar una patología de la personalidad grave y elaborar intervenciones eficaces. Con base

en las teorías de los sistemas familiares, el apego y las relaciones objetales, así como en modelos subyacentes de desarrollo neurocognitivo, los coautores han dilucidado un enfoque de tratamiento integrado que se concentra en mejorar la integración de la identidad lo que conlleva a un mejor funcionamiento y a una conducta adaptiva en las áreas de la autorregulación, las relaciones con amistades, padres y maestros (interpersonales), y una mayor productividad para lograr las metas de vida (es decir, en la escuela y el trabajo).

El AIT comienza con una amplia fase de evaluación para realizar el diagnóstico diferencial crítico entre el “caos” de la crisis de identidad del adolescente normal y la patología de la identidad grave, y luego se dirige a los problemas subyacentes con la experiencia del *self* y los otros, así como a las manifestaciones disfuncionales de conducta, que incluye regulación de afecto, daño a uno mismo y funcionamiento interpersonal.

Estas áreas se abordan mediante varios componentes del tratamiento, incluyendo un marco de tratamiento claro, psicoeducación, intervenciones ambientales (con un *Home Plan*, es decir un plan para la casa que aborda las conductas en el cuidado a sí mismo, responsabilidades y límites que promueven el desarrollo de mejores relaciones entre el adolescente y la familia), así como estrategias paternas y maternas, con el fin de crear un espacio para el trabajo individual con el adolescente. Este marco ayuda a contener conductas autodestructivas en un tiempo bastante corto, para que el tratamiento se pueda enfocar en la experiencia del *self* y en mejorar la regulación afectiva y conductual. En las sesiones individuales, se usan técnicas para enfocarse en la exploración sistemática de las comunicaciones verbales y no verbales del adolescente (p. ej., afectos y conductas). En cuanto a la experiencia del *self* en el contexto tanto de las relaciones en el mundo real como dentro de las interacciones momento a momento en la terapia, todos estos componentes se combinan para facilitar el aumento tanto en la integración y la diferenciación del *self*, necesarios para que se desarrolle una identidad normal y para brindar la base de un funcionamiento adaptativo a lo largo de la vida. El AIT se ha utilizado en clínicas en EUA, Alemania, Suiza y Chile; en la actualidad es probado en un ensayo de control internacional en múltiples sitios.

Descripción del trastorno

Aunque la mayor parte de los adolescentes forma relaciones interpersonales gratificantes y satisfactorias, realiza actividades laborales y escolares con éxito, establece sus primeras relaciones amorosas y alcanza metas personales, existe también una minoría que no consigue hacerlo (Chabrol & Leichsenring, 2006; Cohen *et al.*, 1993; Fleming & Offord, 1990; Rutter, 1986). Este grupo tiene un riesgo mayor de desarrollar múltiples problemas en su adaptación a la escuela y al trabajo, además de presentar dificultades para desarrollar y mantener relaciones interpersonales colaborativas y gratificantes (Besser & Blatt, 2007; Borenstein, 1992; Orbach, 2007; P. Kernberg, 1994; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1998). La difusión de la identidad y sus patologías concomitantes han emergido como un factor significativo que contribuye a crear dificultades en estos campos.

La Dra. Paulina Kernberg (P. Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000) desarrolló un modelo para comprender las patologías de la identidad en niños y adolescentes. No obstante, la difusión de la identidad se considera la base de una posterior patología de la personalidad, la cual puede terminar en un amplio espectro de conductas desadaptativas y disfuncionales. La AIT fue desarrollada para tratar a adolescentes con difusión de la identidad y apunta a mejorar la integración de la misma, con lo que aumentan el funcionamiento y comportamiento adaptativos. Esta psicoterapia se centra en mejorar las relaciones de los adolescentes con sus amigos, padres y profesores, en ayudarlos a aclarar sus metas de vida, en apoyarlos para que adquieran una autoestima positiva y en contribuir a que estén mejor preparados para iniciar relaciones amorosas satisfactorias, así como para tener una adultez productiva y significativa.

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIÓN

Los trastornos de la personalidad (TP) se definen como características desadaptativas de personalidad que se inician en la niñez o en la adolescencia y que impactan al individuo durante el transcurso de su vida (Zanarini *et al.*, 2006). A pesar que este

aspecto se asocia con el desarrollo, tanto los estudios clínicos como los científicos se han enfocado de manera predominante en su manifestación en la edad adulta. Sin embargo, un número cada vez mayor de estudios confirma que las patologías de personalidad tienen un rol relevante en los trastornos psiquiátricos de los adolescentes (p. ej., Kernberg *et al.*, 2000; Ludolph *et al.*, 1990; Westen & Chang, 2000; Zanarini *et al.*, 2011). Desde una perspectiva psicopatológica evolutiva (Cicchetti & Rogosch, 2002), es crucial investigar la aparición de estos comportamientos desadaptativos en la niñez y en la adolescencia para comprender mejor la psicopatología resultante en la adultez (Tackett, Balsis, Oltmanns, & Krueger, 2009).

A pesar de la manifestación de conductas desadaptativas en adolescentes, ha existido cierta resistencia a diagnosticar trastornos de personalidad en este sector. De acuerdo a las pautas de la décima versión de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), un trastorno de personalidad sólo debería diagnosticarse antes de los 16 años de edad si cumple un número suficiente de criterios, el comportamiento anormal es persistente, continuo y observable en más de una situación y si no puede explicarse de mejor manera mediante otro trastorno psiquiátrico (DGKJPP, 2007).

Definición y criterios de trastornos de la personalidad de acuerdo a la CIE-10

Definición

Son alteraciones graves de la personalidad y de las tendencias conductuales de la persona, que no proceden en forma directa de enfermedades, daños u otros traumatismos del cerebro, ni de otro trastorno psiquiátrico. Por lo regular afectan varias áreas de la personalidad, casi siempre se asocian con malestar personal considerable y desorganización en la vida social. Con frecuencia se manifiestan desde la niñez o adolescencia y se mantienen durante la edad adulta (CIE-10 versión 2010).

Criterios generales

1. Desajuste considerable de actitudes y conductas en varias áreas del funcionamiento tales como afectividad, energía, control de impulsos, percepción, pensamientos y relación con otros
2. El patrón de conducta disfuncional es continuo, uniforme y no limitado a episodios de enfermedad mental
3. El patrón de conducta disfuncional es profundo e inapropiado en muchas situaciones personales y sociales
4. Los desórdenes siempre comienzan en la niñez y adolescencia, aunque se manifiestan en la adultez
5. Los desórdenes producen un sufrimiento subjetivo sustancial, a veces hasta etapas tardías
6. Es usual que el desorden esté asociado con una disfunción considerable del desempeño profesional o social

Definición de trastornos de personalidad de acuerdo al *DSM-IV-TR*

De acuerdo al *DSM-IV-TR* (APA, 2000), se puede diagnosticar un trastorno de personalidad a un niño o adolescente en caso de que los rasgos maladaptativos de personalidad sean generalizados (duración mayor a 1 año), consistentes y no se limiten a un cierto periodo de desarrollo o a un episodio de un trastorno del Eje I. La única excepción a esta regla (tal como en la CIE-10) es el trastorno de personalidad antisocial, mismo que no debe diagnosticarse antes de los 18 años.

Definición y criterios de trastornos de la personalidad de acuerdo al *DSM-IV-TR*

Definición

Los rasgos de personalidad representan patrones permanentes de percepción, regulación de las relaciones y pensamientos sobre el ambiente y uno mismo. Se expresan dentro de un amplio espectro de situaciones y contextos sociales y personales. Sólo pueden considerarse trastornos de personalidad si los rasgos de ésta son inflexibles y mal adaptados, y si perjudican el funcionamiento de manera significativa o causan sufrimiento subjetivo.

Criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad (*DSM-IV*)

- a) Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.

Este patrón se manifiesta en dos o más de las áreas siguientes:

1. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos).
 2. Afectividad (la gama, sensibilidad y adecuación de la respuesta emocional).
 3. Funcionamiento interpersonal.
 4. Control de los impulsos.
- b) Es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- c) Es malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.
- d) Es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- e) No es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- f) No es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un fármaco) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

(*DSM-IV-TR*, APA, 2000)

Transición al *DSM-5*

Durante la revisión del *DSM-IV-TR* con miras al *DSM-5*, se consideraron cambios sustanciales en el concepto y la definición de los trastornos de la personalidad. Lo más relevante consistiría en la combinación de los enfoques dimensionales y categóricos. La personalidad patológica incluiría dominios categóricos de rasgos y facetas de rasgos (pero también calificaciones dimensionales de gravedad), además de una escala del nivel de funcionamiento de la personalidad como medida general de la gravedad de la disfunción de la personalidad (*DSM-5*, 2012). En el sistema diagnóstico modificado, los criterios centrales de un trastorno de personalidad son las disfunciones significativas en el funcionamiento del *self* y de las relaciones interpersonales. Estos cambios se ingresaron a la sección de temas que requieren más investigación en el *DSM-5*.

La conceptualización para la investigación de los trastornos de la personalidad en el *DSM-5* se enfoca en el funcionamiento del sí mismo (*self*) y el funcionamiento interpersonal. El primero se define mediante los constructos de identidad y autodirección; en tanto que es segundo se basa en la empatía y en la intimidad. Los rasgos patológicos de la personalidad se definen dentro de cinco dominios amplios: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición *vs.* compulsión y psicoticismo.

Una revisión de la literatura y análisis secundarios revelaron que en general los trastornos de la personalidad están asociados con pensamientos distorsionados y maladaptativos sobre uno mismo y los demás, y que los componentes principales de un funcionamiento efectivo de la personalidad se ubican dentro de las categorías de **identidad, autodirección, empatía e intimidad** (Bender *et al.*, 2011; Morey *et al.*, 2011). La nueva Escala de niveles de funcionamiento de la personalidad del *DSM-5* emplea cada uno de estos elementos para diferenciar cinco niveles de disfunción dentro de un continuo de gravedad que va desde ninguna disfunción, es decir, funcionamiento saludable (Nivel = 0), hasta la disfunción extrema (Nivel = 4).

Se ha desarrollado una herramienta de evaluación para calificar los rasgos de personalidad *DSM-5* mediante el autoinforme: el Inventario de personalidad para el *DSM-5* (*PID-5*) (Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2013). Este cuestionario de 220 reactivos se desarrolló mediante una encuesta comunitaria de tres fases y en la actualidad está a prueba por parte de varios grupos de investigación en EUA. Sin embargo, aún falta confirmar que los profesionales puedan calificar estos rasgos (y los trastornos basados en ellos) de manera confiable y que éstos sean considerados útiles por ellos.

Elementos del funcionamiento de la personalidad

Self:

- 1. Identidad:** La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás, la estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación; capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.
- 2. Autodirección:** Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida; uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales; capacidad de autoreflexionar productivamente.

Interpersonal:

- 1. Empatía:** Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás; tolerancia de diferentes puntos de vista; discernir los efectos de la propia conducta en los demás.
- 2. Intimidad:** La profundidad y la duración de la relación con los demás; el deseo y la capacidad de cercanía; reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal.

Reproducción autorizada por Editorial Médica Panamericana en nombre de la Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5®, 5ª edición (Tabla 1, pág. 762). © 2014, American Psychiatric Association. Todos los derechos reservados.

Continuo del *self* y del funcionamiento interpersonal

Aunque el grado de perturbación en los dominios del *self* y de las relaciones interpersonales se distribuye de manera continua, es útil considerar niveles de deficiencia del funcionamiento para realizar una caracterización clínica eficaz, así como efectuar la planificación del tratamiento y el pronóstico. La comprensión de los pacientes acerca del *self* de otros afecta la naturaleza de la interacción con los profesionales de salud mental y puede tener un impacto significativo sobre la eficacia y resultado del tratamiento. El siguiente continuo emplea cada una de las dimensiones presentadas con antelación para diferenciar cinco niveles de deficiencia del funcionamiento del *self* e interpersonal, desde ninguna disfunción, es decir, funcionamiento saludable (Nivel = 0), a disfunción extrema (Nivel = 4).

Epidemiología

Los trastornos de la personalidad representan la categoría diagnóstica prevalente en poblaciones adultas. Estudios epidemiológicos y clínicos muestran que las tasas de prevalencia son de cerca de 10% en poblaciones no clínicas (Torgersen, Kinglen & Cramer, 2001; Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006) y de hasta 50% en poblaciones clínicas (Tress, Wöller, Hartkamp, Langenbach *et al.*, 2002). Las tasas dependen del procedimiento de diagnóstico y del sistema de clasificación empleados. La CIE-10 clasifica todas las enfermedades psiquiátricas, incluidos los trastornos de la personalidad, dentro del mismo eje. Esto puede estar detrás de la falta de diagnóstico de patologías del Eje II, ya que el profesional clínico no está obligado a considerar la presencia o ausencia de una patología de la personalidad. El DSM-IV clasifica los trastornos de la personalidad en el Eje II de manera independiente otros desórdenes psiquiátricos, lo que puede aumentar la probabilidad de que esta pato-

logía sea detectada. Sin embargo, es poco probable que aquéllos lleguen a detectarse según tasas de prevalencia de 50% si se sigue el procedimiento diagnóstico de rutina. Esto sólo sería posible con una selección sistemática de patologías del Eje II, de preferencia mediante una entrevista clínica semiestructurada.

A lo largo de la historia, los estudios epidemiológicos sobre trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes no han incluido una evaluación de patologías de la personalidad. Así, la tasa de prevalencia de los que se presentan durante la niñez y adolescencia todavía resulta bastante difusa y es un área de estudio emergente.

A pesar de la escasa investigación con adolescentes, se han reportado tasas de prevalencia del TLP de entre 11,5 y 18% en mujeres y de 10% en varones (Bernstein, *et al.*, 1993; Chabrol, Montowany, Chouicha, Callahan *et al.*, 2001). Coid *et al.* (2006) describieron una tasa general de prevalencia de trastornos de la personalidad de 11% en adolescentes tardíos y adultos jóvenes, entre los 16 y los 34 años. Si se emplean entrevistas estructuradas, la prevalencia de trastornos de la personalidad en la adolescencia (12 a 17 años) es muy similar a la observada en la adultez (18-37 años) (Grilo *et al.*, 1998; Johnson *et al.*, 1999a).

En un estudio reciente en Inglaterra, 6 330 niños de 11 años fueron entrevistados en relación a la psicopatología del trastorno límite de la personalidad (Zanarini *et al.*, 2011). Se obtuvieron tasas de prevalencia más realistas. Estos datos se compararon con los de 34 653 adultos de la muestra de una comunidad de EUA: 3.2% de los menores (3.6% niñas, 2.8% niños) cumplían los criterios del DSM-IV para el diagnóstico del TLP en comparación con el 5.9% de la población adulta (6.2% mujeres, 5.6% hombres). Un estudio más detallado de los síntomas del TLP reveló tasas muy similares de sensación crónica de vacío, actos de daño físico a sí mismo y relaciones tormentosas. Los niños declararon sentirse enojados y de mal humor con más frecuencia que los adultos. El resto de los síntomas del trastorno límite de personalidad (paranoia/disociación, perturbación grave de la identidad, impulsividad y esfuerzos frenéticos por evitar el abandono) fueron más comunes entre los adultos. En comparación con los niños, las niñas presentaron mayor reactividad del estado de ánimo y más síntomas de disfunción interpersonal (relaciones inestables, preocupación por el abandono). Por otra parte, los niños reportaron más actos físicos autodestructivos y al menos otras dos formas de impulsividad. En general, los autores consideran que las diferencias clínicas entre los géneros son menores y piensan que el género no tiene un papel definitivo en la expresión de los síntomas del TLP.

En un estudio longitudinal que se extendió durante 20 años, Crawford *et al.*, (2008) determinaron que los pacientes con trastornos concurrentes de los Ejes I y II obtuvieron resultados mucho peores que aquéllos con enfermedades discretas del Eje I. Estos investigadores sugieren que la presencia de patologías de la personalidad “interfirió con los procesos normales de maduración y socialización en la adolescencia” (p 646). La detección de características asociadas al TLP es en particular relevante para el tratamiento de la sintomatología gravedad, como la violencia y la suicidalidad el suicidio (Westen, 2006).

CURSO Y PRONÓSTICO

La estabilidad del diagnóstico de un TP es mucho menor de lo que se espera. Esto se aplica más a la estabilidad categórica que a la dimensional validada por estudios

sobre el curso natural de los TP y sobre su evolución al recibir tratamiento. Los resultados del estudio colaborativo longitudinal de trastornos de la personalidad (*Collaborative Longitudinal Personality Study*, CLPS, por sus siglas en inglés) (Skodol *et al.*, 2005) mostraron que al seguir el desarrollo natural de los TP, 50% de los trastornos entraron en remisión durante el primer año y 62% después de cuatro años. Cabe mencionar que Skodol *et al.*, (2005) reportaron altas tasas de diagnósticos múltiples dentro del Eje II y cambios en la sintomatología a través del tiempo. De los individuos con un TLP en remisión, 62% continuó con los criterios diagnósticos de un TP esquizoide, 52% de un TP por evitación y 50% de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Síntomas como la conducta autoagresiva o la evitación de la soledad mostraron cambios mayores que rasgos de personalidad como labilidad afectiva, impulsividad o rabia intensa. El grado de disfunción según la Escala de evaluación del funcionamiento global (*Global Assessment of Functioning Scale*, GAF, por sus siglas en inglés) fue más estable a través del tiempo que los criterios diagnósticos. Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y colaboradores (2006) demostraron que 10 años después del primer diagnóstico, 88% de los pacientes con un TLP logran la remisión. Las tasas correspondientes fueron de 39,3% luego de 2 años, un 22,3% adicional después de 4 años, 21,9% después de 6 años, 12,8% después de 8 años, más un 3,7% al final de su seguimiento de 10 años.

Chanen y colaboradores (2004) describieron tasas de estabilidad similares en poblaciones adolescentes en comparación con poblaciones adultas. La estabilidad del diagnóstico de los TP fue mayor en niñas que en niños; asimismo, fue más alta en pacientes hospitalizados con perturbaciones graves que en los ambulatorios menos graves. En 55% de los casos, se evaluó un TP en ambos momentos de medición y en 14,6% se observó uno de éstos en la línea de referencia, mientras que 19,8% de los pacientes sólo lo presentó en la segunda medición. La tasa de cumplimiento de los criterios diagnósticos de un TP en uno o ambos momentos de medición fue bastante alta (74%) y comparable a resultados con poblaciones adultas. Sin embargo, la estabilidad de los diagnósticos de este tipo de trastornos en un nivel categórico sólo se cumplió para los TP en general y no para sus formas específicas. La mayor estabilidad dimensional se observó en los síntomas antisociales y esquizoides. En los TP de tipo límite, histriónico y esquizotípico, cuya estabilidad se ubicó en un rango medio, mientras que en el resto de los TP fue bastante baja (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007).

En conclusión, la estabilidad del diagnóstico entre adolescentes y adultos no difiere mucho, y es bastante baja cuando se ve de manera categórica (es más estable de manera dimensional).

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los profesionales que evalúan los TP se enfrentan al hecho de que muchas veces los pacientes que padecen alguno de éstos no están por completo conscientes de sus propios síntomas (en especial a nivel interpersonal) y por consecuencia no se quejan de ellos. Por lo tanto, la inclusión de otras fuentes de información como la familia y la escuela es esencial para el proceso de diagnóstico, asimismo es necesario llevar

a cabo una evaluación sistemática y detallada de las patologías del Eje II. Los profesionales clínicos experimentados con frecuencia pueden detectar las sutiles manifestaciones de un TP al comienzo del proceso de evaluación. Esto puede lograrse a través del análisis de la transferencia y, o de la contratransferencia, así como por otros medios (véase el capítulo 3 para encontrar una descripción detallada del proceso de diagnóstico).

Los profesionales clínicos con menos experiencia o aquellos que no están familiarizados con los TP, deberían emplear entrevistas clínicas semiestructuradas como la Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV [*Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders, SCID-II*] (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) o el Examen internacional de los trastornos de la personalidad (*International Personality Disorder Examination, IPDE*) (Loranger, Sartorius, & Andreoli, 1994). En el campo de la investigación, es obligatorio evaluar de manera sistemática los síntomas de los TP con entrevistas semiestructuradas, las cuales deberían ser aplicadas por entrevistadores confiables y capacitados; además, a ellas debería integrarse información de otras fuentes durante el proceso general de diagnóstico. Sin embargo, se requieren más estudios para demostrar con precisión la utilidad de estas herramientas con adolescentes, puesto que éste todavía es un campo emergente.

La prevalencia de diagnósticos concurrentes de trastornos del Eje I y de TP ha sido bien documentada (Johnson, *et al.*, 1999; Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, & Brook, 1999). La diferenciación de los TP de las patologías del Eje I puede ser bastante compleja. Una de las principales barreras para la evaluación diagnóstica de un desorden de personalidad nace de la superposición dimensional de los trastornos con respecto a otros del primer tipo y a los del Eje I. Por ejemplo, a veces puede ser difícil diferenciar entre episodios agudos de un trastorno afectivo o ansioso a través del tiempo y un TP crónico debido a que presentan una sintomatología que parece similar. Esto puede ser en particular complejo cuando se trata de generar una historia precisa de la sintomatología para realizar un diagnóstico diferencial (APA, 1994). También, tanto el abuso como la dependencia de sustancias pueden complicar la evaluación de los TP dada la dificultad inherente a delinear la secuencia y la primacía de la presentación de los síntomas. Además, cuando se diagnostica uno de estos desórdenes, la probabilidad de que el paciente cumpla los criterios diagnósticos de uno o más TP distintos se incrementa de manera notoria (Oldham *et al.*, 1992; Grant, Stinson, Dawson, Chou *et al.*, 2005).

Ciertos casos de superposición de diagnósticos y los potenciales peligros en la búsqueda de diagnósticos diferenciales precisos ameritan atención especial. Uno de estos casos es la diferenciación entre el TP por evitación y la fobia social generalizada u otras formas de trastornos de ansiedad como la agorafobia o el trastorno de pánico. Con respecto al TP esquizoide, es esencial descartar la presencia de un trastorno del espectro autista (en especial el de Asperger), lo que puede hacerse, por ejemplo es buscar la presencia de conductas repetitivas y, o estereotipadas, o ambas, así como intereses limitados. Los TP paranoides deben diferenciarse de los aspectos paranoides asociados con afecciones psicóticas prodrómicas y agudas. El trastorno límite de la personalidad (TLP) y el bipolar comparten características como la inestabilidad del estado de ánimo y la impulsividad, por lo que deben ser diferenciados. Es posible que los pacientes con un diagnóstico de TLP presenten síntomas psicóticos transitorios, los que pueden dificultar la diferenciación. También existe una significativa superposición y comorbilidad entre el trastorno obsesivo-compulsivo y

el que involucra la personalidad. Un tercio de los pacientes del primer tipo sufren también de un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. El problema del diagnóstico diferencial y la comorbilidad entre diagnósticos de los Ejes I y II está en revisión y resulta probable que sea un foco de atención en futuras versiones de los sistemas de clasificación existentes (tomado de: www.dsm5.org; Tyrer *et al.*, 2011).

Una evaluación psiquiátrica diagnóstica detallada al servicio del diagnóstico diferencial debe incluir también una evaluación neuropsicológica y, o neurológica en aquellos casos en los que se sospeche la presencia de un síndrome orgánico cerebral. La tecnología ofrece cada vez más herramientas para descartar trastornos producto de daños cerebrales y otros síndromes psiquiátricos, o ambos (como la tomografía computarizada por emisión de fotones individuales [SPECT] para evaluar el abuso crónico de sustancias, p. ej., Amen, *et al.*, 2012).

En resumen, la claridad diagnóstica puede ser más difícil cuando se evalúan patologías del Eje II, en particular en adolescentes que se encuentran en una etapa del desarrollo caracterizada por cambios en su estructura de personalidad. Dado que estos pacientes buscan consolidar su identidad y forjarse su camino en la vida, los psicólogos clínicos deben ser en extremos sensibles a sus presentaciones individuales y a cualquier obstáculo potencial al cumplimiento de sus tareas de desarrollo, en especial la perturbación de la identidad y las patologías de la personalidad que pueden derivar de ésta.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association.. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Cuarta edición. Auf. Arlington,VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- Bender, D.S, Morey LC, Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess* 93(4): 332; 332[5] Bernstein DP, Cohen P, Velez CN *et al.* (1993) Prevalence and stability of the *DSM-III-R* personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry* 150(8): 123737ity o05.09.13 aty 150(8): 123737ity of the *DSM-III-R* personality disorder.
- Besser, A, Blatt, S.J. (2007). Identity consolidation and internalizing and externalizing problem behaviors in early adolescence. *Psychoanalytic Psychology* 24(1):126–149.
- Bornstein, R.F.(1992). The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin* 112(1): 3: 3et[8].
- Cicchetti, D, Rogosch, F.A. (2002) A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* 70(1): 6lity [13].
- Cohen, P., Cohen, J., Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—II. Persistence of disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 34(6): 869hol Ps[14].
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P. *et al.* (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*, 188: 423order.[15].
- Crawford, T.N., Cohen, P., First, M.B. *et al.* (2008). Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Arch Gen Psychiatry* 65(6): 641–648.
- Chabrol. H., Montovany. A., Chouicha. K. *et al.* (2001) Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Can J Psychiatry*, 46(9):847–849.
- Chabrol. H., Leichsenring. F. (2006). Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bull Menninger Clin*, 70(2):160–170.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McGorry, P.D. *et al.* (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Pers Disord*, 18(6): 526–541.

- Chanen, A.M., Jovev, M., Jackson, H.J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 68(2): 297–306.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg). (2011). World Health Organization (WHO) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel (V). *Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 8. Aufl. Huber, Bern.
- DSM-5 (2012). Proposed Revision of Personality Disorders. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx>. *Gesehen am 02.05.2012*.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Arlington: American Psychiatric Publishers.
- Fleming, J.E., Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4): 571–580.
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A. et al. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr Psychiatry*, 46(1): 1–5.
- Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Quinlan, D.M. et al. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 155(1): 140–2.
- ICD-10-WHO (2013) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision, Version 2013. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f60-f69.html>. *Gesehen 30.6.2013*.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E. et al. (1999) Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56(9): 8051 AE e[24].
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E. et al. (1999) Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry*, 156(10): 1529–1535.
- Kernberg, P.F. (1994) Psychological interventions for the suicidal adolescent. *Am J Psychother*, 48(1): 52sycho[26].
- Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein, K.K. (2001) *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kruger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2013. The American Psychiatric Association.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 18(7): 765–794.
- Loranger A.W., Sartorius N, Andreoli A (1994). The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization / Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51: 215 Perso[30].
- Ludolph P.S., Westen, D., Mislé, B. et al. (1990) The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am J Psychiatry*, 147(4): 470lescen[31].
- Morey, L.C., Berghuis, H., Bender, D.S. et al. (2011) Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5. 05.09.13 for assessing level of personality functioning in DSM-5, 1 part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess*, 93(4): 347–353.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kellman, H.D. et al. (1992) Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry*, 149(2): 213Kellma[33].
- Orbach, I. (2007). From abandonment to symbiosis: A developmental reversal in suicidal adolescents. *Psychoanalytic Psychology*, 24(1): 150–166.
- Rutter, J. (1986). The development of psychopathology of depression: Issues and perspectives. En: Rutter M, Izard C.E., Read P.B. (Hrsg). *Depression in young people* (pp. 3–30). New York: Guilford Press.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T. et al. (2005) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord*. 19(5): 487rd. 19[36].
- Tackett, J.L., Balsis, S, Oltmanns, T.F., Krueger, R.F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dev Psychopathol*, 21(3): 687Oltman[37].
- Tress, W., Wöller, W., Hartkamp, N. (2002) *Persönlichkeitsstörungen (Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)*. Stuttgart: Schattauer.
- Torgersen, S., Kringle, E., Cramer, V. (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58(6): 590–596.
- Westen, D., Chang, C. (2000) Personality pathology in adolescence: a review. *Adolesc Psychiatry*, 25: 61–100.
- Westen, D. (2006) Vortrag Konferenz: *Unmasking personality disorders in adolescents: Assessment of adolescent normality and pathology*. 01.04. New York: Presbyterian Hospital.
- Zanarini, M.C., Horwood, J., Wolke, D. et al. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6 330 English 11-year-old and 34 653 American adults. *J Pers Disord*, 25(5): 607–619.

Modelos teóricos y justificación

MODELOS DEL TRASTORNO

Se han elaborado múltiples teorías y modelos para dar cuenta del desarrollo de los trastornos de personalidad (Kernberg, 1977; Millon & Davies, 2011; Livesley, 2003; Cozolino, 2006). Dentro del contexto del axioma de naturaleza *versus* crianza, muchos han tratado de integrar las experiencias neurobiológicas, psicológicas inter e intrapersonales y los eventos ambientales (p. ej., el trauma). La figura 3-1 ilustra las influencias constituyentes con frecuencia aceptadas en el desarrollo de trastornos de personalidad.

En las secciones siguientes, se describirá la conceptualización de esas áreas centrales a la etiología del deterioro de la personalidad que subyacen a este tratamiento.

Se considera existen muchos factores etiológicos que contribuyen al desarrollo de trastornos de personalidad graves, entre los que se encuentra el trastorno límite de personalidad (TLP). Comienza con una predisposición temperamental al (predominio de un afecto negativo y la impulsividad) o la falta de un control voluntario de ellos:

- Desarrollo del apego desorganizado
- Exposición al trauma físico o sexual
- Abandono
- Caos familiar crónico

Todos estos factores se combinan en diversos grados para predisponer al individuo a vulnerabilidades o trastornos en el desarrollo que anteceden la integridad de la identidad normal. Cuando se altera el desarrollo de la identidad normal, persiste una división general entre las experiencias internalizadas positivas (idealizadas) y negativas (persecutorias) bajo el dominio de los estados afectivos intensos correspondientes, positivos y negativos. De manera clínica, esto está representado por el síndrome de la difusión de identidad, con su falta de integración del concepto del *self* y la falta de integración del concepto del otro significativo, y los extremos concomitantes en las experiencias afectivas.

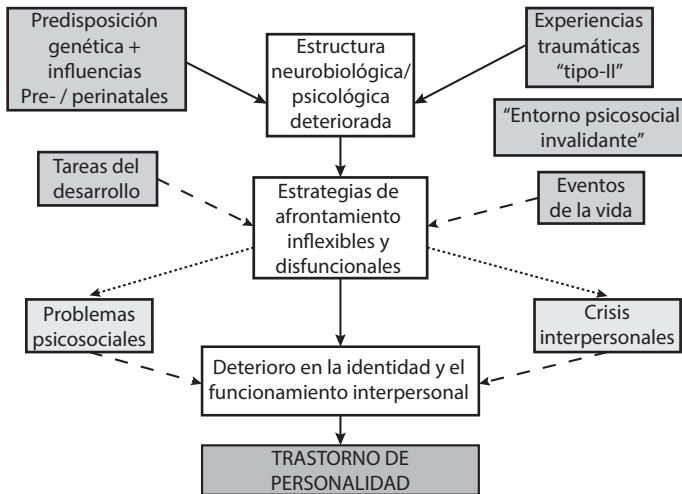
DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Figura 3-1. Modificada de Schmeck & Schlüter-Müller, 2009.

VULNERABILIDAD NEUROBIOLÓGICA

Según Skodol *et al.* (2002), la etiología de los trastornos de personalidad se puede conceptualizar como la combinación de predisposiciones genéticas e influencias psicosociales negativas (figura 3-1). Además, por medio de estudios de familia y de gemelos, se sabe que los rasgos de la personalidad supraordenados tales como la extroversión e introversión, así como el neuroticismo o la evitación del daño (Cloninger *et al.* 1994; Costa & McCrae, 1990), y los rasgos clínicos relevantes de personalidad como la labilidad afectiva o evitación social (Jang *et al.* 2002) se determinan de forma hereditaria.

Sin embargo, son muy pocas las investigaciones realizadas para conocer la importancia de los factores genéticos en el desarrollo de los trastornos de personalidad. Uno de éstos comparó la concordancia de 92 gemelos homocigóticos y 129 heterocigóticos (Torgersen *et al.*, 2000). El estudio mostró una alta heredabilidad (0,60) para toda la muestra de trastornos de personalidad; la tasa más alta de heredabilidad correspondió a los trastornos de personalidad obsesiva (0,78) y narcisista (0,79) y la tasa más baja a los de personalidad paranoide, evitativa (cada uno con 0,28) y esquizoide (0,29). La tasa de concordancia para el TLP fue de 38% entre gemelos homocigóticos y 11% entre heterocigóticos, lo que indica un componente genético importante. Sin embargo, dada la falta de consideración de la comorbilidad de estos trastornos de personalidad, la validez de los resultados es limitada.

En un estudio más reciente, Torgersen y colaboradores (2012) estudiaron la heredabilidad de trastornos de personalidad en el Grupo B, en 2 794 gemelos del Instituto Noruego del Panel de Salud Pública de Gemelos. En su modelo de me-

dición, combinaron información del cuestionario del autoinforme y una entrevista semiestructurada. Como en otros estudios sobre la heredabilidad de la personalidad, no hubo efecto alguno del medio ambiente compartido; aunque el efecto genético estimado fue de .67 para TLP, .71 para el TP narcicista, .69 para el antisocial y .63 para el histriónico.

La neurobiología de los trastornos de personalidad específicos se ha estudiado sobretudo en pacientes con TLP (*Borderline Personality Disorder*). La base neurobiológica del TLP se ve como una disfuncionalidad en el sistema córtico-límbico que es muy importante para la regulación de los afectos. De la misma forma, muchos estudios PET describen los cambios funcionales en las áreas ventromediales y orbitofrontales de córtex prefrontal (Soloff *et al.*, 2000). En comparación con individuos sanos, los pacientes TLP muestran una activación de la amígdala aumentada al ver películas que generan emociones negativas (Herpertz *et al.*, 2001). En estos pacientes, la conexión entre estructuras órbito-frontales y la amígdala se encuentra afectada (New *et al.*, 2007). Hughes y colaboradores (2012) en resultados recientes describen en este tipo de pacientes una disfunción del circuito frontolímbico que incluye amígdala, hipocampo, hipotálamo, córtex prefrontal (PFC), dorsolateral y dorsomedial, córtex órbito-frontal (OFC), córtex anterior cingulado (ACC) y la ínsula como base neurobiológica de la desregulación de los afectos.

SECUENCIA DE CRECIMIENTO E IMPLICACIONES PARA EL DESARROLLO CONTINUO

Se ha visto que el desarrollo sigue un **orden filogénico** (Chugani *et al.*, 1987; MacLean, 1990), dado que las estructuras cerebrales primitivas anteceden a las que evolucionan en forma más tardía. Durante los primeros 18 meses de vida, hay una alta tasa de crecimiento del lado derecho del hemisferio, lo que coincide con el rápido desarrollo de las capacidades motrices y sensoriales (Chiron *et al.*, 1997; Thatcher, Walker & Guidice, 1987). Al mismo tiempo, las estructuras básicas de apego y regulación de las emociones se desarrollan en las redes del hemisferio derecho, en especial en las áreas de los lóbulos frontales (Schore, 1994; 2001). La primacía del aprendizaje no verbal es una consideración importante del desarrollo, y tiene implicaciones para las intervenciones de tratamiento.

Las experiencias corporales son la base del aprendizaje, comprensión y desarrollo del lenguaje. Incluso, la lengua es un medio por el cual las personas manejan su entorno. La especialización cortical ha dejado al hemisferio izquierdo con las funciones de lenguaje escrito y hablado, solución de problemas y afrontamiento consciente (Corina, Vaid & Bullugi, 1992), así como la experiencia del *self* lingüístico consciente. De acuerdo con los resultados actuales, éste está representado por la conectividad de distintas áreas del cerebro que no sólo se localizan en el hemisferio derecho (Roth 2007). El acceso a estrategias verbales para la solución de problemas se ve obstaculizado bajo afectos intensos pero opera mejor en un rango medio de excitación afectiva; esto tiene implicaciones para modularla durante el tratamiento de

la patología de la personalidad, la cual implica extremos de afecto (con predominio de los negativos), tales como el TLP.

Se ha estudiado muy bien la relación entre el aprendizaje, el crecimiento y, o la organización de redes neuronales, o ambos, así como el nivel de estrés (Gould *et al.*, 1999; Myers *et al.*, 2000; Pham *et al.*, 1997; Cowan & Kandel, 2001). Estos y otros estudios indican que un nivel de estrés leve a moderado, produce una estimulación que es óptima para el crecimiento y el aprendizaje.

En niveles más intensos de estrés (p. ej., trauma interpersonal temprano y, o un desajuste entre predisposiciones biológicas y respuestas ambientales, o ambos, los sistemas sociales (p. ej., sistemas de espejo, de regulación y recompensa así como esquemas de apego) se adaptan con propósitos ofensivos o defensivos más que para un intercambio libre y flexible entre individuos (Cozolino, 2006).

A nivel neurobiológico, el aprendizaje se entiende como la coordinación e integración de pensamientos, comportamientos, sensaciones y emociones por medio de la construcción e integración de circuitos corticales, los que luego tienen la capacidad ya sea de inhibir y, o regular la activación subcortical, o ambas (Cozolino, 2010). De esta forma, se entiende que la terapia deba proveer un ambiente que brinde un nivel óptimo de estrés emocional (regulado por el terapeuta, por medio de su uso del afecto, comportamiento y lenguaje), para así facilitar la capacidad del paciente de experimentar estos afectos con una capacidad aumentada de tolerancia y por último, de integración al formar, de manera presumible, vías neurales para aumentar la autorregulación. El desarrollo de una narración de la experiencia, un producto de la psicoterapia, indica integración a nivel lingüístico cortical con el nivel de estimulación afectiva subcortical de la experiencia.

Sin embargo, la integración de afectos en la narrativa cognitiva es esencial (como saben los terapeutas que han trabajado con pacientes que pueden hablar muy bien de sus dificultades, pero que no cambian sus comportamientos o experiencias en absoluto).

A nivel de desarrollo, el aprendizaje psicomotor permite interiorizar el mundo exterior, dentro de la experiencia del *self* y el Otro, el cual puede ser tanto personas como cosas. Es importante la creación de un espacio interior que refleje el mundo externo, donde se relacione la realidad interna y externa, pero que no sea representacionalmente idéntico. Las experiencias en el mundo crean espacios interiores donde las cosas entran a la existencia: conceptos como el *self*, el Otro, la realidad, acción, causa y efecto.

A medida que se desarrolla el lenguaje, emerge la capacidad cognitiva de reflejar y de compartir ese reflejo con los demás. El lenguaje ayuda a identificar y organizar la experiencia. Aquí es donde los retrasos del habla y del lenguaje pueden tener un impacto en la trayectoria del desarrollo y en la aparición (o inhibición) de capacidades básicas.

Apego

La búsqueda de proximidad es la estrategia natural y primaria del sistema de comportamiento de apego cuando una persona necesita protección o apoyo. Durante la

infancia, estas estrategias involucran llorar, estirar los brazos para ser cargado, entre otras. El progreso hacia la meta se evalúa (acercarse) y se hacen modificaciones (p. ej., llorar más fuerte o callarse). Esta operación de corrección según la meta requiere internalizar representaciones mentales del *self* y del ambiente. En los adultos, estas estrategias pueden incluir representaciones mentales activas de los compañeros de relación que proveen cuidado y cariño. Estos modelos de funcionamiento permiten predecir resultados sociales, son provisorios y pueden ser cambiados. En el apego seguro, las representaciones del *self* incluyen una sensación de seguridad y autocontención, de tal forma que el mundo parece seguro. Las figuras relacionadas a este vínculo se experimentan como útiles cuando se les llama y por tanto es posible explorar el mundo con curiosidad y confianza. Si no hay un sentido de seguridad, se usan estrategias secundarias (Main, 1990). Entre ellas se incluyen estrategias de hiperactivación diseñadas para lograr que cuando una de éstas sea vista con baja confiabilidad o poco resolutiva preste más atención y herramientas de desactivación que mantienen el sistema de activación apagado para evitar frustraciones y así no sentirse defraudado por la falta de disponibilidad de la figura de apego.

En el modelo articulado por Milkulincer, Shaver y Pereg (2003), la disponibilidad de la figura de apego es una fuente importante de variación de las estrategias (de activación o desactivación) de regulación del afecto; las cuales son útiles para entender la presentación clínica, en especial a medida que progresa la terapia.

Estrategias de hiperactivación basadas en el modelo de funcionamiento interno

- Vigilancia sobre posibles amenazas
- Percepción exagerada de las amenazas
- Reflexión de las experiencias amenazantes previas y las posibles
- Énfasis en la urgencia de obtener la atención, cuidado y apoyo de un compañero
- Excesivas demandas de atención y cuidado
- Sobredependencia del Otro para contenerse
- Fuerte deseo de unirse y vincularse
- Intentos por minimizar la distancia física, emocional y cognitiva del Otro
- Comportamiento controlador o necesitado diseñado para garantizar la atención y apoyo de los demás

Estrategias de desactivación basadas en el modelo de funcionamiento interno

- No prestar atención a las amenazas
- Suprimir pensamientos relacionados con amenazas
- Negación de necesidades de afecto
- Autoconfianza compulsiva para controlar y maximizar la distancia psicológica del Otro
- Evitar interacciones que conlleven vinculación emocional, intimidad, autorevelación e interdependencia
- Renuencia a pensar o expresar debilidades personales y conflictos de relaciones
- Supresión de miedos relacionados con el rechazo, separación y abandono

Regulación

El modelo de la teoría del apego facilita la comprensión de cómo se crea el mundo interno de las representaciones mentales del *self* y el Otro. El modelo de Schore, se basa en el concepto de **regulación** como la integración de los aspectos biológicos y psicológicos que llevan al desarrollo de estructuras que pueden ser normales y adaptativas, o bien anormales e inadaptadas (Schore, 1994, 2001); el cual proporciona un puente conceptual que aporta un marco neurocientífico para entender el desarrollo del cerebro en el contexto de interacciones no verbales específicas, en particular en el hemisferio derecho. Se describe la relación entre lo visual y lo facial, tono vocal y ritmo, y entre información gestual/postural que se comparte entre madre e infante. Estas interacciones se diferencian por los patrones de respuesta regulada y de estrés. En una interacción del primer tipo el infante se orienta, explora o mira, mientras que la madre “entra en sintonía”, al inclinarse hacia adelante y hacer contacto visual con expresiones faciales agradables. En esta interacción, la estimulación diádica visual-afectiva se regula, el contacto visual mutuo y la mirada se mantienen y la resonancia interpersonal amplifica los estados positivos de ambos. En una respuesta de estrés, de manera temporal el infante evita orientarse, explorar o mirar, mientras que la respuesta de la madre es plana, ausente, causa miedo o es incongruente (p. ej., reírse cuando el menor está estresado). En esta interacción, hay un quiebre en la mirada mutua, por un tiempo la diada queda fuera de sincronización, des-sintonizada, y sufre un estrés diádico agudo. El predominio de las interacciones con una madre disponible y en sintonía facilita el desarrollo de respuestas reguladas y positivas en el infante/niño. La formación de estos procesos regulatorios sienta las bases para el desarrollo del primero acerca de su modelo de funcionamiento interno de una madre disponible, lo que produce un niño con un apego seguro que es capaz de explorar el mundo al ser flexible y adaptativo. Por el contrario, las interacciones de respuesta al estrés que no están en sintonía, lo llevan a tener un apego inseguro que es evitativo o ansioso (preocupado), o del estilo de apego que no se puede clasificar; es decir, con una respuesta mixta caracterizada por rasgos tanto ansiosos como evitativos. La aparición de estos estilos de apego y respuestas regulatorias relacionadas dependen de los tipos de interacciones predominantes con el cuidador.

Conclusión

Al combinar los modelos de apego y de regulación aumenta la posibilidad de enfocar las intervenciones terapéuticas en la interface de la biología, el ambiente y la psicología, así como la aportación de hipótesis de cambios putativos en la estructura y el funcionamiento cerebral como producto de la psicoterapia.

TEORÍA SUBYACENTE DE LA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Teoría de las relaciones objetales

Un supuesto básico de la teoría de las relaciones objetales contemporáneas es que las experiencias tempranas con los cuidadores, en particular aquellas con estados afectivos intensos, conducen al desarrollo de representaciones mentales internal-

zadas del *self* y representaciones mentales de los otros (Fonagy *et al.*, 2002; Kernberg, 1984). En condiciones de activación afectiva intensa (ya sea de modalidad en extremo positiva, placentera o bien negativa, dolorosa), las internalizaciones específicas toman lugar en el marco de la naturaleza diádica de la relación entre el bebé y su cuidador (propuestas alternativas, como los modelos de funcionamiento de apego de Bowlby o la regulación diádica de Schore también describen este fenómeno clínico. Esto lleva al desarrollo de estructuras de memoria afectiva específicas con implicaciones motivacionales importantes. Kernberg (1984, Clarkin *et al.*, 1999, 2006) articula estructuras diádicas constituidas por una representación del *self*, que interactúan con una representación de un otro significativo, bajo el dominio de un estado de afecto intenso para explicar el desarrollo temprano basado en la observación de la patología del adulto. Estas unidades diádicas básicas son dispositivos heurísticos, que facilitan el reconocimiento de los cambios en la experiencia afectiva del *self* y el Otro en los momentos del **aquí y ahora** terapéutico.

El modelo de Kernberg (Clarkin *et al.*, 1999, 2006) asume que los recuerdos afectivos positivos y negativos se acumulan por separado en la internalización temprana de estas experiencias intensas con los cuidadores y, más tarde, son disociadas unas de las otras de manera activa en un esfuerzo para mantener un dominio ideal de la experiencia entre el *self* y los otros, así como para escapar de las atemorizantes experiencias de estados afectivos negativos. Los estados afectivos negativos tienden a proyectarse y a evolucionar en temor a los objetos externos malos, mientras que los estados de afecto positivo evolucionan en un recuerdo de la relación con los objetos ideales.

Se propone que esta experiencia de escisión temprana protege las experiencias idealizadas de la contaminación de las experiencias negativas, hasta que se va evolucionando hacia un mayor grado de tolerancia al dolor junto con una evaluación más realista de la realidad externa, sobre todo bajo condiciones dolorosas lo que permite avanzar hacia la integración.

La integración en esta etapa temprana del desarrollo de las representaciones psíquicas del *self* y del Otro (que supone implicaciones motivacionales primarias, es decir, el movimiento hacia el placer y el alejamiento del dolor), se ve facilitada por el desarrollo gradual de las capacidades cognitivas y el aprendizaje continuo con respecto a los aspectos realistas del *self* y de los otros que interactúan en circunstancias de baja activación afectiva. El predominio normal de las experiencias positivas e idealizadas conduce a una tolerancia de la integración de las experiencias negativas y devaluadas. En términos simples, el niño reconoce que tiene aspectos tanto **buenos** como **malos**, lo que también hacen los cuidadores, mientras los primeros predominan lo suficiente para tolerar una visión integrada de sí mismo y de los otros. Así, con el tiempo, los afectos positivos y negativos crean la experiencia internalizada “suficientemente buena” de un *self* integrado, que se diferencia de las representaciones mentales integradas de los otros en ese mismo sentido.

Una teoría sobre cómo ocurre este proceso proviene de Peter Fonagy y sus colaboradores (Fonagy & Target, 2003) que hacen referencia a los hallazgos en la literatura del desarrollo con respecto a la capacidad de la madre para **marcar** el afecto del infante. Este proceso implica el reflejo contingente (preciso) de ésta al afecto de aquél, al mismo tiempo que señales marcadas (diferenciadas) indican que ella no lo

comparte, pero que sí empatiza con él. Esto contribuye a que el infante asimile su propio afecto al tiempo que marca la frontera entre el *self* y el Otro. Sin importar el proceso específico (el cual aún se tiene que probar), bajo condiciones normales, un sentido del *self* integrado (“bueno y malo”), rodeado de representaciones integradas de otros significativos (“buenos y malos”) que también se diferencian entre sí en términos de sus características de estado/rol y de género, en conjunto determinan el desarrollo de la identidad normal (figura 3-2).

El concepto de identidad del Yo formulado en un origen por Erikson (1956) incluía en su definición la integración del concepto del *self*, mientras que un enfoque de relaciones objetales expande esta definición con la integración correspondiente de los conceptos de los otros significativos. Por el contrario, cuando no se alcanza esta etapa de desarrollo de la integración de identidad normal, la etapa de desarrollo más temprana de disociación o escisión entre un segmento idealizado o positivo y uno persecutorio o negativo de la experiencia persiste. En estas condiciones, las representaciones múltiples y no integradas del *self* se escinden en diadas idealizadas y persecutorias, mientras que múltiples representaciones de los otros significativos se escinden de forma similar, lo que en conjunto constituye el síndrome de difusión de identidad.

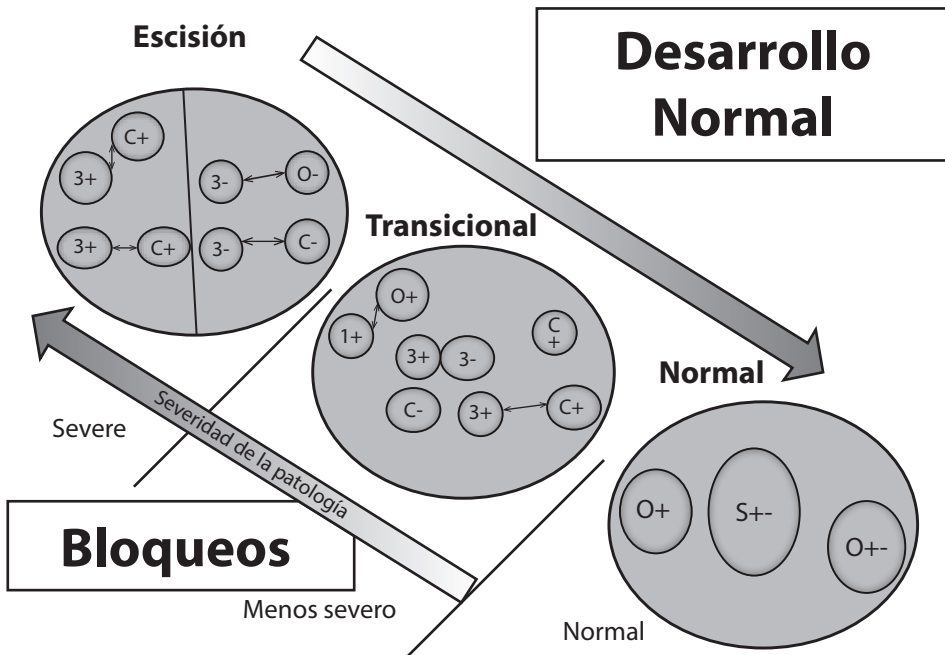


Figura 3-2. Bloqueos del desarrollo.

Una consecuencia central de la difusión de la identidad es la incapacidad, en especial evidente bajo la influencia de un estado afectivo intenso, para evaluar con precisión la experiencia (comportamientos, pensamientos y sentimientos) desde la perspectiva de un sentido integrado del *self*. Este estado mental particular se puede experimentar por completo en la consciencia, pero no se puede ubicar en el contexto de la experiencia personal total del *self* (es decir, al integrar las experiencias afectivas de otros). Esto implica una grave pérdida de la capacidad normal de autorreflexión, de mentalizar; por lo tanto, hay dificultades para diferenciar la fuente del afecto, su significado, o para distinguir las interacciones apropiadas con la realidad. La condición estructural de la difusión de identidad implica una limitación importante del proceso de mentalización, y en condiciones de un estado afectivo intenso, no es posible lograr una representación integrada y balanceada del *self* y del Otro.

Este estado de difusión de identidad tiene implicaciones para las técnicas utilizadas con el fin de integrar las representaciones mentales positivas y negativas (y las experiencias asociadas) del *self* y de los demás. Cada lado se experimenta de manera consciente. Sin embargo, en la experiencia que uno tiene en el momento del aquí y ahora, se **olvida** la existencia del Otro, se pierde, desconecta y desintegra de la experiencia consciente. Estas vivencias (experiencias) momento a momento son de naturaleza contradictorias (observadas en comportamientos, afectos y cogniciones). Así, las técnicas de clarificación (traen la experiencia a la consciencia), las confrontaciones (llevan la naturaleza contradictoria de la experiencia a la consciencia) y la interpretación (hace el vínculo explicativo entre estas experiencias desconectadas) fomenta la mentalización y la eventual integración de estas representaciones escindidas mutuas del *self* y de los otros. Esto es en particular efectivo cuando se realiza en el momento de activación emocional, en el aquí y ahora, de la experiencia, donde interviene la diada de la escisión en la relación con el terapeuta.

Teoría del desarrollo

Desde una perspectiva neurobiológica (Roth, 2007), el desarrollo de la personalidad depende de la maduración de cuatro sistemas cerebrales diferentes. El más básico regula el sistema nervioso autónomo, las reacciones básicas de huir o pelear, la dominación, el comportamiento de apareamiento, la ira, entre otros, que de acuerdo con la teoría de Roth, constituyen las bases neurobiológicas de los rasgos de temperamento fundamentales.

Las áreas cerebrales de este primer sistema son similares tanto de manera anatómica como funcional en humanos y en mamíferos no humanos, y su maduración comienza muy temprano en el desarrollo embrionario (se inicia en la séptima semana de gestación). El impacto de las influencias ambientales en la evolución de estos sistemas cerebrales es bastante menor.

En contraste con la maduración del primer sistema cerebral, las influencias pre y posnatales así como los eventos estresantes presentes en la primera parte de la vida tienen un impacto fundamental en la maduración del segundo sistema cerebral: el **condicionamiento emocional**, donde se localizan los sistemas de recompensa y motivación. El proceso de condicionamiento emocional está incrustado en el marco del temperamento básico y se asemeja de varias maneras al proceso de aprendizaje procesal (p. ej., aprender a manejar una bicicleta o un coche), pero una gran diferencia

es que este sistema puede estar influenciado de forma abrupta por eventos traumáticos graves. Estas experiencias tempranas se almacenan; influyen la expresión de los rasgos de personalidad básicos y no se pueden cambiar por medio del *insight* o de técnicas terapéuticas verbales. El proceso de condicionamiento emocional se basa en modelos de aprendizaje no verbal y experiencias emocionales básicas en relaciones cercanas (como en el contacto terapéutico).

La maduración del tercer sistema cerebral, el “individual social I” comienza después del parto, continúa a través de la infancia, adolescencia y adultez temprana y está relacionado de manera estrecha con el desarrollo de la consciencia. Este sistema integra experiencias de apego, así como la retroalimentación social y se considera el principal objetivo de todas las influencias educacionales. La habilidad para inhibir impulsos y controlar afectos fuertes se localiza en estas áreas del cerebro. A diferencia de los primeros dos niveles que son inconscientes, los procesos del tercer nivel son accesibles a la conciencia en gran parte de su totalidad y sirven para adaptar la personalidad básica a los requerimientos del mundo social.

La maduración del cuarto sistema cerebral, el cognitivo y comunicativo I se desarrolla de forma paralela al tercer sistema e incluye aquellas partes donde se localizan la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas y los procesos del lenguaje. Este cuarto nivel del cerebro y regulador del comportamiento verbal está muy alejado de la personalidad básica, lo que lleva a Roth (2007) a la bien sabida conclusión que “hablar es algo diferente a sentir y actuar” (p. 95).

Se ha comprendido con amplitud que las interacciones más tempranas entre padres e hijos tienen un rol fundamental en la conformación de la experiencia y posterior desarrollo de la personalidad, pero el concepto de apego y su teoría subyacente (Bowlby, 1969) ha organizado la investigación y la teoría contemporánea. El desarrollo del *Paradigma de la Situación Extraña*, por Mary Ainsworth (Ainsworth *et al.*, 1979), permitió estudiar la relación real (no la reconstruida en la adultez) que mostraba la diferenciación entre el apego normal **seguro** de los tipos **ansioso** y **evitativo**, y su posterior impacto en el funcionamiento y el desarrollo de patologías.

Identidad

La identidad es un principio de organización fundamental que permite que una persona funcione de forma autónoma de los demás, juega un rol fundamental en la autoestima y en cómo uno se ve a sí mismo, brinda la capacidad de diferenciar el *self* del Otro, ayuda en los intercambios sociales y da información sobre el efecto que uno tiene sobre el Otro y, además, provee predictibilidad y continuidad de funcionamiento dentro de una persona, entre situaciones y a través del tiempo (P. Kernberg *et al.*, 2000).

Concepto de Erikson

Erikson (1959) determinó que la consolidación de la identidad era central en el desarrollo adolescente normal. Formuló los conceptos de identidad del Yo normal, crisis de identidad y difusión de identidad como las características cruciales, respectivamente, del desarrollo de la personalidad normal, adolescencia, y trastornos de personalidad graves (Erikson, 1950, 1956).

Identidad del Yo

En 1956 retomó la definición del concepto de identidad del Yo, al subrayar la importancia del sentido consciente de la identidad individual que se asocia con la lucha inconsciente por la continuidad en la experiencia propia del individuo. Por una parte, describió la identidad como una síntesis general de las funciones del Yo y por otro lado como la consolidación de un sentido de solidaridad con un conjunto de ideales e identidad de grupo. Erikson enfatizó que la identidad del Yo tiene aspectos tanto conscientes como inconscientes, y que se desarrolla de forma gradual hasta alcanzar una consolidación final de esta estructura en la adolescencia.

Crisis de identidad

La adolescencia se puede presentar con una crisis de identidad, esto es, un periodo de falta de correspondencia entre la visión del adolescente derivada del pasado por parte de su entorno inmediato, en contraste con el cambio bastante rápido de aquél en su experiencia de sí mismo; la cual, al menos de manera transitoria, ya no corresponde con la visión que los otros tienen sobre ella/él. Por lo tanto, la crisis de identidad deriva de una falta de confirmación por parte de los otros de la identidad cambiante del adolescente. Sin embargo, esta crisis de la manifestación normal, se debe diferenciar de la difusión de identidad, patología característica en los pacientes limítrofes.

Difusión de la identidad

Erikson (1956) describió la difusión de identidad como la ausencia o pérdida de la capacidad normal para la autodefinition, que se refleja en colapsos emocionales en momentos de intimidad física, elección ocupacional y competencias, así como una necesidad mayor de autodefinition psicosocial. Este autor sugirió que evitar tomar decisiones, que refleja dicha difusión de identidad, deriva en aislamiento, en una sensación de gran vacío interno y en la regresión a identificaciones tempranas. La difusión de identidad estaría caracterizada por la incapacidad de intimidad en las relaciones, dado que ésta depende de la autodefinition y su ausencia dispara el sentido de peligro de fusión o pérdida de identidad que se teme como una calamidad importante. Según Erikson, la difusión de la identidad también se caracteriza por la disminución de la perspectiva del tiempo, que se refleja ya sea en un sentido de urgencia en relación a la toma de decisiones o en una falta de consideración del tiempo, al posponer de manera permanente la toma de decisiones. La difusión de identidad también muestra la incapacidad de trabajar de forma creativa y en los colapsos en el trabajo.

Erikson describió la elección de una identidad negativa como una de las consecuencias de la difusión de identidad, esto es, el rechazo de los roles sociales asignados de manera normal y el establecimiento de una identidad sobre la base de un conjunto de identificaciones definidas en forma opositora, inaceptables a nivel social y rechazadas: una identidad anormal que se define por la adopción **totalista** de lo que la sociedad rechaza. Asimismo, describió el proceso de formación de la identidad como el momento en que “el adolescente sintetiza y abandona identifi-

caciones e introyecciones previas, lo que da como resultado una identidad personal integrada” (P. Kernberg *et al.*, 2000, p.22). Los desafíos normales en el proceso de formación de identidad constituyen una crisis de identidad:

“el adolescente sintetiza y cambia identificaciones e introyecciones que dan como resultado una identidad personal integrada.”

Los desafíos normales en el proceso de la formación de la identidad constituyen una crisis de identidad.

Conceptos adicionales

Segunda individuación

Blos (1967, 1979), en sus contribuciones fundamentales al análisis de los rasgos de desarrollo de la adolescencia, ha descrito una segunda individuación, caracterizada por el desprendimiento gradual del adolescente de los objetos infantiles internalizados, a través de un proceso que implica una regresión temporal a los conflictos pre-edípicos y, en particular a la reactivación del complejo de Edipo negativo. Los casos de psicopatología grave (caracterizados desde la infancia temprana en adelante por difusión de identidad; expresiones patológicas de conflictos sobre la dependencia; “identidad negativa” [la identificación rígida con un subgrupo social rebelde, antisocial, opositorista y alienado] y el dominio crónico y caótico de tendencias infantiles perversas polimorfas) ilustran la incapacidad de resolver los desafíos de la reestructuración psíquica de la adolescencia.

Componentes de la identidad

Según Akhtar & Samuel (1996) los componentes de la identidad incluyen los siguientes aspectos:

- Imagen corporal realista
- Sensación subjetiva de ser uno mismo (*self-sameness*)
- Actitudes y comportamientos consistentes
- Continuidad temporal de la experiencia del *self*
- Genuinidad y autenticidad
- Claridad de género
- Consciencia internalizada
- Etnicidad

Identidad del Yo

La sensación subjetiva de ser uno mismo o unicidad (*self-sameness*), representa el aspecto de la identidad que se entiende como el Yo (James, 1890). Es una evidencia vital de uno mismo (*self*), experimentada a nivel emocional que se caracteriza por

la estabilidad de la descripción del *self* a través de metas, talentos, roles, relaciones y un buen acceso a las propias emociones. En contraste, el Mi se puede describir como el resultado de un proceso de autorreflexión que lleva a un conocimiento y una consciencia integrada sobre uno mismo. Según estas descripciones, la identidad se puede dividir en dos dominios más altos, el *self* subjetivo (enfocado en la continuidad, un núcleo estable, acceso emocional) y el *self* definitorio (que se enfoca en la coherencia, un todo integrado, acceso cognitivo) (Goth *et al.*, 2012).

Mentalización

Fonagy y colaboradores (2002) combinaron conceptos psicoanalíticos con las teorías del apego y de la mente para integrar el concepto de **mentalización** que describe el desarrollo de las representaciones mentales complejas del *self* y de otros basados en el desarrollo de la regulación de las emociones (autocontrol, control de los afectos), capacidad para la intersubjetividad (imitación, aceptación de roles, cambio de perspectiva) y las funciones de reflexión del *self*. Mentalizar significa dar sentido a las acciones de uno y de los otros con base en los estados mentales intencionales como los deseos, sentimientos y creencias. Estas representaciones mentales evolucionan en forma progresiva como resultado de la autorreflexión y facilitan la comprensión, predicción y consideración de los estados mentales propios y de los demás. Esto puede verse como el requisito básico para la formación de una experiencia de identidad.

Mundo interno y externo

Los niños más pequeños (de acuerdo con Bateman y Fonegy, también los pacientes con TLP) no pueden diferenciar de forma adecuada entre el mundo interno y externo (equivalencia psíquica), por lo que las experiencias pueden ser abrumadoras. Así, los pacientes con trastorno de personalidad límite se encuentran en un estado en el que el mundo interno está por completo separado del externo, por lo que se sienten irreales, desconectados e aislados. La experiencia de esos distintos estados de consciencia obstaculiza el desarrollo de la suficiente capacidad para mentalizar, lo cual ayudaría a realizar pensamientos y sentimientos como representantes, de esta manera el mundo interno y externo estarían separados, pero también corresponderían el uno con el otro.

Niñez muy temprana (1 a 5 años)

Tengo cuatro años y vivo en una casa grande con mi mamá, papá y mi hermano Jason y mi hermana Lisa. Tengo ojos azules y un gatito naranja y un televisor en mi propio cuarto. Me sé el abecedario completo, escucha: A,B,C,D,E,F,G,H,I,J,K,L,M,N,O,P,Q,R,S,T,U,V,W,X,Y,Z. Puedo correr muy rápido. Me gusta la pizza y tengo una buena profesora en el jardín de niños. Puedo contar hasta 100, ¿me quieres oír? Me encanta mi perro Skipper. Puedo trepar hasta lo más alto de los juegos en el gimnasio. ¡No tengo miedo! ¡Nunca tengo miedo! Siempre estoy contento. Tengo pelo café y voy al jardín de niños. Soy muy fuerte, puedo levantar esta silla, ¡mírame!

Esto ilustra las características vitales de la autodescripción, el entusiasmo, orgullo y deseo de compartir la experiencia de uno con otro que es parte de una identidad normal y una característica de todo el ciclo de vida.

Infancia media a tardía (6 a 12 años)

Este año estoy en cuarto y soy muy popular, al menos con las niñas. Eso es porque soy amable con las personas, ayudo, y puedo guardar secretos. Generalmente soy amable con mis amigos, pero si me pongo de mal humor a veces puedo decir cosas que son un poco pesadas. Trato de controlar mi temperamento, pero cuando no lo hago, me avergüenzo. Generalmente estoy contento cuando estoy con mis amigos, pero me pongo triste si no hay nadie con quién hacer cosas. En la escuela, me siento bastante listo en materias como artes, lenguaje y estudios sociales. Tuve A en esas materias en mis últimas calificaciones y estaba muy orgulloso de mí mismo. Pero me siento muy tonto en matemáticas y ciencia, especialmente cuando veo lo bien que les va a muchos otros niños. Y aunque no me va bien en esas materias, igual me gusto como persona, porque las matemáticas y la ciencia no son tan importantes para mí. Mi apariencia y lo popular que soy son cosas más importantes. También me gusto porque sé que le agrado a mis padres y a otros niños. Eso ayuda a que uno se guste

La letra A cuando corresponda a calificaciones por 10.

Adolescencia temprana (13 a 14 años)

Soy extrovertido con mis amigos: hablo bastante, soy alborotador y chistoso. Soy bastante atractivo aunque lo diga yo mismo. En general, cuando estoy con gente que conozco bastante bien soy fabuloso, o por lo menos creo que mis amigos piensan eso. Generalmente estoy contento cuando estoy con mis amigos, contento y emocionado de hacer cosas con ellos. Me gusto mucho cuando estoy con mis amigos. Con mis papás, es más probable que esté deprimido. Me siento triste y enojado, y también desesperanzado de poder darles gusto alguna vez. Ellos piensan que paso mucho tiempo en el centro comercial con mis amigos y que no hago suficiente para ayudar en la casa. Me dicen que soy flojo y que no soy muy responsable, y es difícil no creerles. Me vuelvo muy sarcástico cuando se meten conmigo. Esto hace que no me guste como persona. En la escuela, soy bastante inteligente. Lo sé porque soy inteligente en las clases. Tengo curiosidad de aprender cosas nuevas y también soy creativo cuando hay que resolver problemas. Mi profesor lo dice. Tengo mejores calificaciones que la mayoría, pero no hago alarde de esto porque no está bien. Puedo ser muy introvertido si estoy con personas que no conozco bien. Soy nervioso, tímido y no me siento cómodo. A veces simplemente actúo como un tonto y digo cosas simplemente estúpidas. Entonces me preocupo por lo que deben pensar de mí, que probablemente soy un completo idiota. Me odio cuando eso pasa

Adolescencia (15 a 18 años)

Tengo 16 años y estoy empezando la preparatoria, tengo pelo café y ojos azules. Mido 1.60 y acabo de obtener mi licencia. Juego *lacrosse* y soy portera. También toco el violín, el cello y canto. Toda mi familia está o estuvo involucrada con la música, así que se convirtió en una parte de mi vida que espero nunca perder. Me considero inteligente, probablemente una de las más inteligentes en mi grupo de amigos, pero no soy un genio cuando se trata de la escuela. Me va bien, un poco mejor que el promedio, pero suelo disfrutar más el desafiar al mundo y las ideas que las materias difíciles de la escuela. Soy amable y me siento segura de mí misma cuando es necesario. Tengo tres hermanas, dos mayores y una menor. Puedo defenderme cuando lo necesito y cuido a mi hermana menor todo el tiempo, aunque no vemos la mayoría de las cosas de la misma manera. Siempre la he cuidado y siempre lo haré. Me consideran la "mamá" de mi grupo de amigos, tanto en la escuela como afuera, porque cuido a mis amigos, los ayudo de cualquier forma que sea posible, y me aseguro de que estén bien y no se metan en problemas. Me gusta desafiar a los adultos en formas que los adultos no esperan de una persona de 16 años. Tiendo a corregir a mis profesores, no por molestar, sino para confirmar que estoy en lo correcto y que los demás no aprendan algo incorrecto. Tengo más amigas que amigos en la escuela, pero cuando voy a los campamentos tiendo

a tener más amigos que amigas. Me conecto mejor con los niños. Es más fácil hablarles que a las niñas, no le caigo bien a la mayoría de las niñas por eso. Me encantan los niños, quiero ser mamá y tener una familia algún día. Voy a la iglesia casi todos los domingos, no por la parte religiosa, es que he hecho amigos ahí que son realmente como una segunda familia. En general, soy una persona divertida y jovial, a menos que no duerma lo suficiente o si tengo hambre, en esos casos no quisieras estar a mi alrededor

En la adolescencia tardía se puede observar que emergen más rasgos de la percepción del tiempo y la proyección del *self* hacia el futuro. La descripción de la adolescente tardía también muestra la conexión con la familia de origen (integrada en el *self*, p. ej., la habilidad musical y el deseo de darle continuidad), mientras que también se diferencia y se conecta a un mundo más grande (p. ej., su segunda familia). En comparación, la descripción del adolescente temprano ilustra la inmediatez de la definición del *self* en relación a sus pares. Hay más confianza en la imagen de los otros para apoyar la imagen del Sí mismo, mientras de manera simultánea lucha por diferenciarse de la familia de origen. Esto ilustra su reorganización y desprendimiento de las introyecciones, al mismo tiempo que se esfuerza por integrar los aspectos positivos y negativos de sí misma, y a la vez que diferencia la visión propia de sí misma de los diversos puntos de vista existentes sobre ella. En esta etapa del desarrollo (adolescente temprano), hay poca o ninguna referencia a un mundo social más allá del círculo inmediato. Este enfoque en lo inmediato también minimiza una perspectiva más amplia sobre el tiempo. Esto ilustra el desarrollo de la identidad a través del proceso de integración y diferenciación, y el cambio de la experiencia inmediata a la proyección de un *self* coherente y consistente, basado en las experiencias pasadas, hacia el futuro.

ADULTEZ EMERGENTE

En 2004, Arnett describió una nueva fase de desarrollo: la adultez emergente, comprendida en el periodo entre los 18 y 24 años (y en algunos estudios académicos, incluso se maneja hasta los 30 años). Esta fase no es completamente nueva: Blos ya la había descrito en 1954 como postadolescencia o adolescencia patológica prolongada (Seiffge-Krenke 2012, S. 11).

En su libro *Therapieziel Identität*, (Therapy Aim Identity) Seiffge-Krenke (2012) describe la gran influencia del contexto social en cuanto al tiempo que un individuo tiene para desarrollar su propia identidad. En épocas anteriores, era privilegio de los ricos permitir a sus hijos una niñez prolongada con un periodo largo sin responsabilidades. Los pobres siempre habían tenido que volverse adultos y responsables mucho más rápido. En tiempos de guerra y otros conflictos, los niños deben convertirse en adultos en forma rápida; en cambio, en épocas de libertad y prosperidad, la sociedad acepta un tiempo mucho mayor de experimentación con varias identidades en relación al trabajo, relaciones y responsabilidades. En el contexto psicoterapéutico debe considerarse si la adolescencia se prolonga de una forma normativa o si empieza a volverse patológica.

Referentes de la identidad normal

Los adolescentes suelen tener al menos 2 o 3 amistades de la misma edad y un mejor amigo quien por lo general es del mismo género. El adolescente vive las amistades como capaces de dar compañía y apoyo; además está consciente que un amigo no es una posesión, por lo que considera al amigo como alguien con quien puede compartir ciertas actividades, crear nuevas cosas, discutir y explorar el mundo. Los desacuerdos se toleran entre amigos y éstos tienen la capacidad de comprometerse.

Incluso en la adolescencia temprana, puede tenerse la experiencia de estar enamorado de forma caprichosa o de estar “enloquecido” por alguien (incluso si es un ídolo *pop*). A medida que el adolescente se desarrolla, el enamoramiento caprichoso se mueve hacia un nivel más serio de relación, que puede ser o no romántica, y puede o no incluir el contacto sexual.

Hay una variación amplia debido a las influencias sociales, morales y religiosas, pero la constante es la habilidad de estar interesado en una relación. La pareja puede haber sido del mismo o del otro género, pero la preferencia tiende a ser consistente y no fluctuante. La ausencia completa de interés o las fluctuaciones intensas con respecto a la elección de objeto son más indicativas de problemas de identidad.

Los adolescentes con identidad normal tienen claridad respecto de lo que es correcto e incorrecto y estas creencias se mantienen con una convicción firme. Estos adolescentes no transgredirán estas convicciones para obtener una ganancia inmediata; así, un joven con identidad normal no traicionará a un amigo ni lo abandonará si se mete en problemas. A medida que el adolescente expande su visión a un mundo más amplio, se desarrollan las lealtades de grupo. Durante este periodo se pueden imitar los valores del grupo social, pero éstos representan más una identificación temporal que creencias centrales. A medida que el adolescente se desarrolla hacia la adultez, se mueve hacia una mayor capacidad de participar en grupos que son consistentes con las creencias y valores del individuo, y toleran las diferencias entre las personas dentro del grupo y consigo mismo/a.

Incluso los adolescentes tempranos tienen algún sentido sobre áreas como la laboral, el matrimonio y la familia, en relación a sí mismos. La mayoría habrá desarrollado al menos una idea general con respecto a una futura profesión y estas ideas se mantendrán bastante estables. Las ideas se refinan más a medida que el adolescente se desarrolla, y se actualizan al seleccionar actividades que apoyan la elección de dicha ocupación; de esta forma, una idea temprana se concretiza. De igual forma, el adolescente será capaz de articular una idea sobre si quiere casarse o si quiere o no tener hijos. Al igual que la idea de una carrera profesional, estos deseos evolucionarán a lo largo del tiempo, pero con continuidad y de una forma racional, hasta que la idea se concrete en la adultez.

Por último, un área fundamental de la identidad es la experiencia del *self*. En la identidad normal adolescente, los sentimientos y las imágenes de sí mismos pueden cambiar, pero no fluctúan de manera drástica; tiene la capacidad de estar cómodo sin compañía y tiene un sentido de propósito, automotivación, iniciativa y competencia. Además, el adolescente no requiere de la aprobación constante de otros para confirmar el sentido del *self*, su existencia, ni su valor. Como Erikson expresara en *Identidad y el ciclo de vida*, (1982,1959, p.21)

El niño en crecimiento debe obtener un sentido vital de la realidad desde la consciencia de que su manera individual de ir dominando la experiencia (su síntesis del Yo), es una variación exitosa de la identidad grupal y concordante con su plan de vida y con su tiempo y espacio.

Crisis de identidad

La crisis de identidad es una parte normal del desarrollo adolescente. Se observa por una parte, como la discrepancia experimentada entre las experiencias psicológicas y físicas que cambian con rapidez y además por la creciente diferencia entre la autopercepción y las percepciones del *self* de los otros (O. Kernberg, 1978. Puede pensarse en éstas como potenciales áreas de conflicto entre el mundo interno y la realidad externa. La crisis de identidad puede ocurrir cuando el adolescente se enfrenta con la “exigencia de comprometerse simultáneamente a la intimidad física, a la elección definitiva de una ocupación, a la competencia energética y a la autodefinición psicosocial” (Erikson, 1959, p. 166). Es posible observar que la crisis de identidad ocurre en un continuo, desde muy moderada a más grave; donde las primeras ocurren en contextos diarios, apenas perceptibles, pero son parte de la evolución del desarrollo del *self* a medida que el adolescente toma decisiones que son autodefinitorias. Un ejemplo sencillo es el primer día de clases: el adolescente se prepara al decidir qué clase de ropa vestirá y cómo irá peinado, mientras piensa y espera que su amigo (s) estarán en sus clases o en el almuerzo o cuando tenga que decidir con quién o dónde se sentará. Los adolescentes normales enfrentan estas decisiones con una mezcla de entusiasmo y ansiedad.

Las crisis de identidad más graves, pueden ser difíciles de diferenciar mediante el comportamiento de la difusión de ésta. Las manifestaciones evidentes del conflicto de la autodefinición en el contexto de las exigencias de la realidad externa son casi indistinguibles. La diferenciación de la crisis de identidad grave de la difusión de identidad requiere de una cuidadosa evaluación de las experiencias internas en relación con el *self* y los otros; no basta con ver el comportamiento.

Crisis de identidad grave luego de un evento de vida importante

K, una niña de 15 años de edad, fue llevada a tratamiento debido a que ella misma se cortaba, presentaba problemas agudos en la escuela, desregulación afectiva y ansiedad por separación (de la madre). Apareció vestida de negro, con el pelo teñido de negro y un *piercing* en su rostro. A primera vista parecía una limítrofe típica.

Cuando le pedí que se describiera a sí misma y a un otro significativo, quedó claro de inmediato que no tenía evidencias de perturbaciones de identidad. Tenía una imagen clara y coherente de sí misma, relaciones seguras con los pares y con los padres, una concepción clara del futuro y un deseo de cambiar su propia conducta.

En el tratamiento (que fue breve) las razones de su crisis se hicieron evidentes: su madre, con quien ella siempre había tenido una muy buena relación, de manera repentina sufrió una depresión grave (durante la menopausia) y trató de suicidarse. K estaba en una crisis extrema de culpa y se sentía responsable por su incapacidad de ayudar a su madre o de convencerla de que valía la pena vivir. El cambio en la personalidad de su madre de ser cercana y acogedora pasó a distante, de contenta a deprimida, lo cual fue tan

irritante para la joven que comenzó a cortarse. Desarrolló problemas de concentración en la escuela y ansiedad de dejar a su madre sola (sentía la necesidad de protegerla y controlarla) combinados con una mezcla de desesperación y rabia profundas.

Luego de 3 meses de tratamiento, con inclusión intensa de los padres, todos los síntomas desaparecieron.

A nivel sintomático, cumplía con el criterio subumbral para TLP (4 de 9 criterios)

El proceso de formación de la identidad se acelera en los adolescentes y de manera típica se llega a una resolución en la adultez temprana. En una crisis de identidad, quedan vestigios de continuidad del *self* entre situaciones y a través del tiempo a pesar de la experimentación con diferentes roles, cuya resolución da lugar a una identidad bien integrada.

Por lo tanto, la resolución de la crisis de identidad genera una identidad integrada y diferenciada que le permite al adolescente/adulto joven desarrollar amistades satisfactorias y gratificantes, tener metas claras de vida, interactuar de forma apropiada con padres y maestros, establecer relaciones sexuales y de intimidad, y tener una autoestima positiva.

Dominios de la crisis de identidad

Cambios corporales: acné, anteojos, frenos, tamaño de los pechos en comparación con los pares, que los cambios se den en los momentos oportunos

Intimidad física: p. ej., el primer beso

Decisión de elección ocupacional: seleccionar cursos académicos

Competencia energética (inversión de energía): competir con el mejor amigo por el rol principal en una obra y, o equipo deportivo, o ambos

Definición del *self* psicosocial por medio de comportamientos característicos, como p. ej. darse a conocer por su manera beber o fumar, su sexualidad, entre otras

Difusión de identidad

Constituye un constructo teórico que se supone subyace a la perturbación de identidad que se observa en el TLP; Clarkin *et al.*, 2006) es la “falta de integración del concepto del *self* y de los otros significativos que impide que el terapeuta se forme una imagen de la visión que tiene el paciente sobre sí mismo o sobre otras personas importantes en su vida” (P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000, p.41).

Características de difusión de la identidad

- Pérdida de capacidad para autodefinirse; deficiencia en el funcionamiento autónomo
- Falta de integración del concepto del *self* y de los otros significativos
- Deficiente resolución de la etapa de separación/individuación; inestabilidad de las representaciones de objeto y de las representaciones del *self*
- Falta de perspectiva; autodescripciones caóticas
- Descripciones de otros en términos contradictorios, rígidos, o cliché
- Falta de capacidad para la autodefinición

- Pseudosumisión o pseudorebeldía; superyó no integrado;
- Dificultad para comprometerse con el trabajo, una relación íntima, valores o metas
- Sobreidentificación con grupos o roles
- Doloroso sentido de incoherencia

Los adolescentes que sufren de difusión de identidad tienen más riesgo para desarrollar problemas en la escuela, dentro de su familia y en sus relaciones interpersonales con compañeros y adultos. Aunque está presente en la primaria, la patología tiende a emerger en la adolescencia a medida que la estructura social externa se relaja (P. Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000). La diferenciación entre la crisis de identidad no se ejemplifica el caso de una joven de 16 años que se caracterizó por la incapacidad de regular los afectos (ansiedad y somatización), experiencia del *self* (necesidad de verse a sí misma en el espejo) y falta de límites diferenciados entre sí misma y el Otro (su mejor amiga es descrita de forma idéntica), los cuales por lo general se observan en la descripción del *self* o del Otro proporcionado por el adolescente durante las entrevistas iniciales.

La difusión de la identidad adolescente como se ha descrito es consistente con la conceptualización de Otto Kernberg de la difusión de identidad adulta (O. Kernberg, 1977; P. Kernberg & Koenigsberg, 1999). La difusión de identidad es:

Una falta de un concepto integrado del *self* y una falta de un concepto integrado de los otros significativos...que se hace evidente en las descripciones no reflexivas, caóticas o contradictorias del paciente sobre sí mismo y los otros, y la incapacidad para integrar o incluso de darse cuenta de estas contradicciones (Clarkin, *et al.*, 1999, p. 6-7).

Paulina Kernberg y colaboradores (2000) postulan que la difusión de identidad es el resultado del fracaso de la consolidación de la identidad en cada etapa desde la niñez hasta la adolescencia. De tal forma que si se logra diferenciar con éxito la crisis de identidad de la difusión de identidad, y se interviene en esta última durante este periodo, tal vez sea posible promover una maduración más saludable y fomentar el desarrollo continuo de una identidad integrada normal (cuadro 3-1).

Cuadro 3-1. Características de la identidad normal, la crisis de identidad y la difusión de identidad

Característica	Identidad normal	Crisis de identidad	Difusión de identidad
Imagen del <i>self</i> Imagen del Otro	Bien integrada y diferenciada, capacidad de estar solo	Pérdida momentánea, pero la capacidad de reflexionar sobre el <i>self</i> permanece intacta	Falta de integración y diferenciación del <i>self</i> y del Otro
Defensas	De nivel superior (humor, sublimación, intelectualización, entre otros)	Uso de defensas de nivel superior con uso de defensas primitivas por pequeños lapsos	Nivel primitivo (escisión, idealización/devaluación; control omnipotente, negación)
Prueba de la realidad	Intacta (diferenciación entre el <i>self</i> y el que no lo es, de lo interno y externo, empatía hacia los criterios sociales)	Pérdidas momentáneas, pero se reconstruye con rapidez	Variable (sobre todo en momentos de afecto intenso, pérdida primaria de la prueba de realidad social; en casos extremos, pérdida de diferenciación entre el <i>self</i> del que no lo es, así de la realidad interna y externa)
Regulación de los afectos	Modulada de forma consistente, apropiada	Pérdidas momentáneas, pero se reconstruye de manera rápida	Desregulado, inapropiado, y con lentitud para regresar a la línea base
Valores morales	Conocimiento de lo que es correcto o incorrecto no se abandona por una ganancia inmediata	Pérdida momentánea, por lo general inducidas por la situación, pero se restablece con prontitud	Traiciona incluso a un amigo por una ganancia inmediata
Amistades	Al menos 2 o 3 amigos de la misma edad o un mejor amigo (por lo general del mismo género)	Problemas con los pares	Permanente cambio de amistades, problemas que se mantienen con los pares, cambio en la idealización y devaluación de los amigos
Sexualidad	Capacidad para integrar el amor y el sexo; interés heterosexual u homosexual consistente; duración sostenida de relaciones	Ausencia de interés en la sexualidad; experimentación temporal con la orientación o la elección de objeto que se resuelve bastante rápido	Promiscuidad con falta de integración de las relaciones amorosas; fluctuaciones rápidas entre intereses heterosexuales u homosexuales
Lealtades de grupo	Se identifica con un grupo, pero es capaz de mantener la diferenciación del <i>self</i> , tolera las diferencias y disfruta los aspectos compartidos; se mantiene a través del tiempo	Identificación temporal con el grupo caracteriza por la pérdida del <i>self</i>	Unión completa del <i>self</i> con la identidad grupal, membresías grupales transitorias con disrupciones frecuentes

Cuadro 3-1. Características de la identidad normal, la crisis de identidad y la difusión de identidad (continuación)

Característica	Identidad normal	Crisis de identidad	Difusión de identidad
Carrera/matrimonio/familia	Tiene visiones consistentes (tiene una imagen del <i>self</i> en el futuro) con una carrera, matrimonio o estructura familiar y toma acciones para que esta imagen se vuelva realidad	Cambios temporales en la imagen del <i>self</i> con respecto a la carrera/ matrimonio/ familia (generalmente inducido por la situación como parte de una identificación temporal); por un tiempo es incapaz de tomar una acción específica para llegar a una meta imaginada	Inconsistente, contradictoria o completa falta de la imagen del <i>self</i> en el futuro con respecto a la carrera/ matrimonio/ familia, quiebre de la habilidad para tomar una acción específica hacia una meta imaginada

En el ejemplo se ejemplifica el caso de una joven de 16 años que se caracterizó por la incapacidad de regular los afectos (ansiedad y somatización), experiencia del *self* (necesidad de verse a sí misma en el espejo) y falta de límites diferenciados entre sí misma y el Otro (su mejor amiga es descrita de forma idéntica).

Ejemplo de difusión de identidad

Una paciente de 16 años y medio de edad con ansiedad grave y pánico al ver en la televisión algo sobre el SIDA, pensaba que tenía todos los síntomas y que sufría de la enfermedad. Si al día siguiente escuchaba algo sobre la guerra nuclear, se sobrecargaba por la ansiedad de que una bomba cayera sobre ella. Al escuchar acerca de una niña que tenía un tumor cerebral, se vio a sí misma en el espejo con los ojos rojos de sangre. Sin embargo, no era psicótica y no había indicios de perturbación en el pensamiento, ni de forma ni contenido, ni tampoco presentaba delirios o alucinaciones. Su ansiedad era tan fuerte que dejó la secundaria por sus problemas y se quedó con un trabajo menor en una tienda.

En las evaluaciones, sus respuestas a las preguntas del psicólogo eran difusas y poco estructuradas. Saltaba de un tema a otro y la información sobre ella y sobre otros era conflictiva. P. ej. dijo que odiaba y condenaba a otros porque “todos son estúpidos y superficiales, porque no leen libros y sólo ven cosas tontas como series de televisión tontas”. Dijo que la educación era muy importante para ella. Cuando se le preguntó después si le gustaba leer, dijo que “no, eso es muy aburrido” y agregó que veía las mismas series que hacía 4 minutos había llamado estúpidas. No estaba consciente de la contradicción.

Tenía sólo una amiga, a la que describió como idéntica a ella, y por tanto la llamaba su **hermana**. Su concepción del amor (hacia los padres, las muchachas y muchachos, a las parejas románticas, e incluso a los animales) era muy similar y no diferenciada. Soñaba con tener sexo con muchachos y muchachas, y hablaba de que estimulaba su erotismo la fantasía de torturar animales.

La paciente dijo que a la edad de 13 años y luego a los 14 realizó un cambio en su apariencia de forma tan radical que sólo algunas personas la reconocieron después. Llevó fotografías para mostrar cómo lucía un año atrás y ni siquiera el terapeuta pudo reconocerla: su cabello pasó de rubio a negro, de largo a estilo *punk*, corto, y se hizo tatuajes en todo el cuerpo. Informó que había cambiado tres veces **para ser otra persona**, lo que incluía también cambiarse el nombre. En la última ocasión, estuvo fascinada con la idea de vivir como una persona sin hogar en la calle. El terapeuta se dio cuenta que cuando llegaba a la oficina, iba directo al baño para controlar su apariencia y hacía lo mismo antes de irse. Luego de un tiempo, admitió en las sesiones que tenía que salir de clases en la escuela una y otra vez porque no podía recordar cómo se veía y entonces tenía que verse en el espejo para recordar y controlarse. Por otra parte, algunos

días se maquillaba varias veces para verse siempre distinta. No exhibía ninguna continuidad o coherencia interna del *self* o de otros, lo que era indicativo de difusión de identidad grave.

Desde un punto de vista clínico, el síndrome de difusión de identidad explica las características dominantes de la organización límite de la personalidad. El predominio de la disociación primitiva o escisión del segmento idealizado de la experiencia del segmento paranoide se refuerza de forma natural por operaciones defensivas primitivas que tienen íntima relación con los mecanismos de escisión, como identificación proyectiva, negación, idealización primitiva, devaluación, omnipotencia y control omnipotente. Todos estos mecanismos de defensa contribuyen a distorsionar las interacciones interpersonales y crean desajustes crónicos en las relaciones interpersonales, lo cual refuerza la falta de autorreflexión y de mentalización en un sentido amplio y disminuye de manera profunda la capacidad de evaluar el comportamiento y motivación de otras personas, en especial bajo el efecto de activaciones afectivas intensas. La falta de integración del concepto del *self* interfiere con la integración completa del pasado, y presente de uno a la capacidad de predecir el comportamiento propio en el futuro, y disminuye la capacidad de comprometerse de forma estable con metas profesionales, intereses personales, funciones de trabajo y sociales, así como con relaciones íntimas.

Continuidad/discontinuidad y coherencia/incoherencia

Las características que ayudan a diferenciar la difusión de identidad de una identidad normal son los continuos de continuidad/discontinuidad y coherencia/incoherencia (Goth *et al.*, 2012). La continuidad es la experiencia emocional básica del *self*, visto como algo que existe por completo en el momento y a través del tiempo, el Yo. Se caracteriza por la experiencia de una unicidad subjetiva dentro de un momento y a lo largo del tiempo, existe en el pasado, presente y futuro, además está asociado con la estabilidad en las metas, talentos, roles, y relaciones dentro de un contexto emocional accesible.

La coherencia es la experiencia narrativa del *self*, articulada es consciente del contexto social: el Mí. Se define como **ser idéntico a uno mismo**, está caracterizado por ser consistente y genuino, no sugestionable ni superficial, y requiere un buen acceso a la consciencia cognitiva, lo que en particular resulta evidente al tener representaciones mentales bien integradas y diferenciadas que permiten mantener el *self* en el contexto de los otros.

En la identidad normal, la coherencia y la continuidad están presentes y por lo tanto las experiencias del Yo y el Mí están integradas, de forma tal que el *self* y el mí no se perciben como distintos/distantes. Este estado está asociado con la capacidad de tener relaciones interpersonales profundas, con buena diferenciación del *self* y el Otro, con reciprocidad y mutualidad que mantienen al *self* dentro del contexto social.

La difusión de identidad está presente en aquellos individuos que presentan una personalidad **como si**. Helene Deutsch (1973) acuñó el concepto de la **personalidad como si**, para describir a los pacientes que actúan un papel frente a ellos mismos, su ambiente y los terapeutas. Como un camaleón, estos individuos afrontan

su profundo y doloroso sentido de incoherencia al actuar un papel que mezclan con las expectativas o necesidades percibidas de los otros en su ambiente. Estas personalidades siempre están bajo el estrés de perder la organización ambiental de su experiencia. Los Otros se separan de ellos (se aburren o se molestan), porque por lo general experimentan a la persona como falsa, poco sincera o poco consistente. Esto es el resultado de actuar un papel, que cambia de momento a momento, basado en la percepción de las demandas externas percibidas (dado que existe una capacidad limitada de organización o diferenciación de las experiencias del *self* o el Otro). Cuando esto sucede, entran en contacto con su propia experiencia de *self* (ego), la que se caracteriza por una experiencia abrumadora de vacío y aburrimiento. Como una forma de evitar estos sentimientos, con frecuencia se vuelven adictos a las emociones, a la acción e incluso a las drogas.

Ejemplo camaleónico de incoherencia de la identidad

Una joven de 17 años y medio se presentó al tratamiento con el argumento de 'siempre destruyo lo que es bueno en mi vida'. Sus padres eran divorciados. Vivía con su madre y rara vez tenía contacto con su padre. Cuando tenía 12 años, desarrolló anorexia y fue hospitalizada por 4 meses; después de eso comenzó a usar drogas, ante lo cual manifestó: 'me dañé la cabeza con cocaína y marihuana'. Hoy en día está por completo limpia de drogas y lamenta haberlas usado. Informa que siempre tuvo muchos problemas con sus pares; por lo general se sentía sola y siempre deseaba tener amigos. Es por esto que se sentía 'adicción' por su novio y hacía todo lo que él quería con el fin de no perderlo. Lo llamaba varias veces al día para saber si 'todo estaba bien, lo cual lo hacía enojar; sin embargo, ella no podía dejar de llamarlo.

Desde la primera sesión, parecía que ella hacía todo por complacer al terapeuta de una forma sumisa. A veces lo miraba de cerca para ver qué es lo que esperaba, cambiando para adecuarse a la expectativa percibida, siempre atenta para ver si el Otro estaba complacido y para no sentirse sola, de manera que proyectaba su propio deseo y miedo en el terapeuta.

La paciente no era capaz de tomar decisiones cotidianas por sí misma y trataba de delegar la responsabilidad en otros. Era incapaz de compartir sus propias visiones con los demás por miedo a perder la relación, porque pensaba que no podrían tolerar las diferencias entre ellos, así como ella misma era incapaz de hacerlo. Cuando se sentía sola, de manera repentina tenía miedo irreal a no poder cuidarse más a sí misma y por eso tenía que llamar a su novio de manera repetitiva, en ocasiones hasta 20 veces. En el área de la sexualidad, ella repetía este patrón en una relación sadomasoquista con su pareja.

TEORÍA QUE SUBYACE A LAS INTERVENCIONES AMBIENTALES

Al trabajar con adolescentes con que presentan difusión de identidad, muchos de los cuales ya cumplen o están en curso de cumplir con todos los criterios de TLP, existe la oportunidad única de tratarlos mientras todavía están en desarrollo y por tanto, antes de que su patología se solidifique. Esta sección ofrece un breve resumen de conceptos básicos subyacentes a la importancia de las intervenciones ambientales. A diferencia del tratamiento con pacientes adultos limítrofes, los terapeutas tienen acceso a la familia de origen y al contexto familiar inmediato para entender mejor la patología presente. Este tratamiento no es terapia familiar en sentido estricto, pero

ofrece la posibilidad de observar e intervenir (de ser necesario) a nivel familiar como una manera de facilitar el tratamiento individual.

La intervención puede tomar muchas formas: dar psicoeducación, evaluar patologías en otros miembros de la familia o en la unidad como un todo, mejorar la comunicación dentro del núcleo familiar, establecer límites con los padres y, o derivar a tratamiento colateral de tipo individual o familiar, o ambas acciones.

Durante la fase de diagnóstico, el concepto de los sistemas familiares permite presenciar el diagnóstico diferencial entre el adolescente, que es el paciente identificado bajo tratamiento y las patologías que puede existir en uno o más miembros de la familia y, o dentro del sistema familiar como un todo, o ambos, las cuales se pueden manifestar en la presentación del adolescente, y es una consideración crucial durante el contacto inicial con los familiares.

Un concepto central en la literatura de la terapia familiar afirma que cuando una persona en el sistema cambia, todas las personas dentro de éste se verán afectadas.

Estos cambios pueden tomar muchas formas: algunas son predecibles/previsibles, pero también puede haber cambios que son inesperados y/o no bien recibidos por la familia. En especial este es el caso de los padres que deben cambiar algunos de sus propios comportamientos en respuesta a un cambio en el del adolescente.

Por ello, en las etapas tempranas del tratamiento es muy importante comunicarles a aquéllos que el adolescente no puede ser tratado en el vacío y que será probable que se les pedirá que ellos mismos realizar cambios, ya sea desde el inicio de la terapia o en respuesta a modificaciones en la dinámica familiar.

Esto es consistente con la teoría estructural de Minuchin, quien comprendió la patología de la siguiente forma:

La tesis más importante es que los síntomas de un individuo se comprenden mejor si se los considera enraizados en el contexto de los patrones transaccionales de la familia, que debe ocurrir un cambio en la organización y estructura familiar antes de que se alivien los síntomas, y que el terapeuta debe adoptar un rol de liderazgo directo para cambiar la estructura o el contexto en el que se encuentra integrado el síntoma. (Golderberg & Golderberg, 2000).

REFERENCIAS

- Ainsworth, M., Blehard, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Akhtar, S., Samuel. S. (1996). The concept of identity: Developmental origins, phenomenology, clinical relevance, and measurement. *Harv Rev Psychiatry*, 3(5): 254-267.
- Arnett, J.J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford.

- Bateman, A., Fonagy, P. (2004a). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment of BPD*. Oxford: Oxford Univ Press.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22: 162-166.
- Blos, P. (1979). *The Adolescent Passage*. New York: International Univ Press.
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *World Health Organization Monograph Serial No. 2*.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley & Sons.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Cloninger, C.R., Svracic, D.M., Przybeck, T.R. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12): 975-990.
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R. et al., (1997) The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain* 120 (Pt 6): 1057-1067.
- Chugani, H.T., Phelps, M.E., Mazziotta, J.C. (1987). Positron emission tomography study of human brain functional development. *Ann Neurol*, 22(4): 487-497.
- Costa, P.T., McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *J Pers Disord*, 4(4): 362-371.
- Cowan, W.M., Kandel, E. R. (2001). Prospects for neurology and psychiatry. *JAMA* 285(5): 594-600.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. New York: W. W. Norton & Co.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*, 2 Aufl. New York: W. W. Norton & Co.
- Deutsch, H. (1973). *Confrontation with Myself*. New York: Norton.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Co.
- Erikson E. H. (1956). The Problem of Ego Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4: 56-59.
- Erikson, E.H. (1959). *The theory of infantile sexuality. Childhood and Society*. New York: W. W. Norton & Co., S 42n & C[22].
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed: A Review*. New York: W.W. Norton & Co.
- Fonagy, P, Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3): 307-324.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Golderberg, Golderberg. (2000). *Family Therapy: An Overview*. St. Paul Minnesota: Brooks/Cole Publishing Co.
- Goth, K., Foelsch, P., Schluter-Muller S. et al. (2012) Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence – Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6(1): 27.
- Gould, E., Tanapat, P. (1999) Stress and hippocampal neurogenesis. *Biol Psychiatry*, 46(11): 1472-1479.
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B. et al. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*, 50(4): 292-298.
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *J Abnorm Child Psychol*, 40(1): 211-221.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York, London: Holt and Macmillan.
- Jang, K. L., Vernon, P. A., Livesley, W. J. (2001) Behavioural-genetic perspectives on personality function. *Can J Psychiatry*, 46(3): 2341-2346.
- Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. En Hartocollis, M. P. (Hrsg). *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient*. New York: International Universities Press, S 87-121.

- Kernberg, O. F. (1978). The diagnosis of borderline conditions in adolescence. *Adolesc Psychiatry*, 6: 298-298.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, P. F., Koenigsberg, H. (1999). *The Extensive Identity Diffusion: On a Particular Form of Identity Diffusion in borderline patients extending the limits of treatability*. New York: Basic Books.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., Bardenstein, K. K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Livesley W. J. (2001). *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33: 48-66.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*. 27(2): 77-102.
- Millon, T., Davis, R. D. (2011). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley & Sons.
- New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S. et al. (2007). Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology* 32(7): 1629-1638.
- Pham, T.M., Soderstrom, S., Henriksson, B. G., Mohammed, A. H. (1997). Effects of neonatal stimulation on later cognitive function and hippocampal nerve growth factor. *Behav Brain Res*, 86(1): 113-118.
- Roth, G. (2007). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten: Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 22(1).
- Seiffge-Krenke, I. (2012). Therapieziel Identity relational trauma on right brain development, affect regulation, and i05.09.13 fge-Krenke I (2012) Therapieziel Identität. *Veränderte Beziehungen*, Kr.
- Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J. et al. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*, 51(12): 951-1063.
- Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Greer P. J. et al. (2000). A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biol Psychiatry* 47(6): 5400-5406.
- Thatcher, R.W., Walker, R.A., Giudice S. (1987). Human cerebral hemispheres develop at different rates and ages. *Science*, 236(4805): 1110-1113.
- Torgersen S., Lygren S., Oien P.A. et al. (2000) A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*, 41(6): 416-423.
- Torgersen, S., Myers, J., Reichborn-Kjennerud T et al. (2012). The heritability of Cluster B personality disorders assessed both by personal interview and quest.

Diagnóstico e indicaciones de tratamiento

Se requiere un diagnóstico diferencial exacto y completo para determinar qué tan apropiado es este tratamiento y para identificar los objetivos de la intervención. Es esencial contar con un enfoque sistemático, que evalúe al adolescente, su familia y el ambiente.

Las partes que componen el proceso de evaluación incluyen (figura 4-1):

- Contacto inicial (incluye reglas de comunicación)
- Evaluación individual (integra entrevistas estructurales, con una descripción del *self* y del Otro)
- Evaluación familiar (considera un diagnóstico diferencial de patologías primarias, identificación de las predisposiciones de la transferencia parental, *locus* de poder y normas familiares)
- Obtención de información de fuentes colaterales

Por lo regular los adolescentes no acuden a terapia por iniciativa propia, sino que los llevan sus padres o los envía la escuela debido a problemas de comportamiento que interfieren con su funcionamiento en el hogar, o con sus pares o el propio colegio.

El proceso de evaluación debe empezar al determinar dónde se encuentra la motivación principal para el tratamiento. La familia es una parte integral de dicho proceso de evaluación y diagnóstico diferencial, porque además de aportar información (p. ej., historia del desarrollo), su presencia también permite evaluar su dinámica y potencial impacto en el tratamiento de los adolescentes.

Por lo general, éstos viven en casa con sus familias, dependen de ellos para sus necesidades básicas, y no se espera que sean tan autónomos o autosuficientes como los adultos; por lo tanto, la evaluación sigue el formato estándar de la evaluación psiquiátrica del niño y del adolescente, pero se diferencia en que se incluye una evaluación sistemática del funcionamiento de la personalidad.

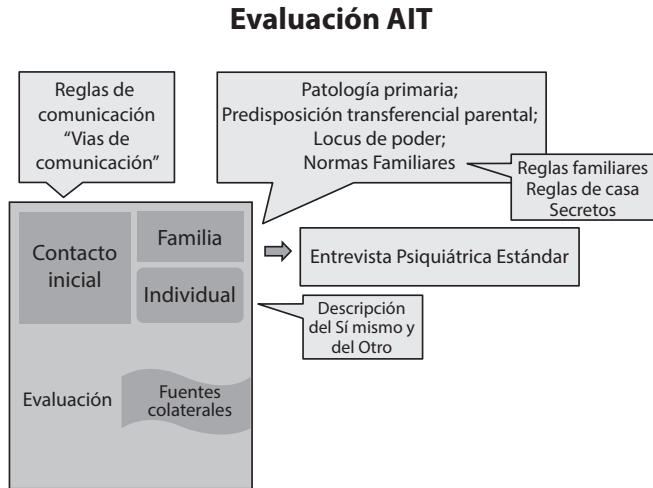


Figura 4-1. Componentes y procesos de evaluación en AIT.

ESTRUCTURA Y PROCESO DEL CONTACTO INICIAL CON EL PACIENTE

El primer contacto con frecuencia involucra a los padres que contactan el terapeuta para una primera consulta. En ese momento se explican las expectativas básicas; la familia puede esperar que la evaluación tome un mínimo de tres sesiones, pero puede extenderse más de acuerdo a la complejidad de la situación. En la primera reunión, es ideal que ambos padres asistan con el adolescente, de forma de que se les pueda explicar cuáles son las vías de comunicación y las expectativas para el resto de la consulta con la presencia del paciente.

Vías de comunicación

Éstas son la primera introducción a la familia acerca del establecimiento de los límites, se les informa a los padres que cualquier información que el adolescente comparta con el terapeuta será confidencial, excepto para las situaciones que presenten un peligro inmediato para sí mismo o para otros (p. ej., sobre el tema de suicidio u homicidio). Tanto los padres como los adolescentes requieren de clarificación sobre lo que significa el término **inmediato**; es común que éstos últimos sean reacios a confiar comportamientos de autolesión o intento de suicidio en el pasado por temor a que los padres se enteren o se tomen acciones en contra de ellos (p. ej., la hospitalización). Resulta obvia la importancia de que el adolescente sienta que puede confiarle información sensible al terapeuta; esto es consistente con las expectativas del tratamiento y se espera que el adolescente comparta sus pensamientos,

sentimientos y comportamientos reales, en especial los más difíciles, con el fin de adquirir una nueva consciencia sobre ellos y entender cómo estas experiencias están relacionadas entre sí.

La confidencialidad debe explicarse con ejemplos prototípicos para indicar dónde se encuentra la línea entre la libertad del adolescente de compartir lo que experimenta en la actualidad y cuándo el terapeuta debe actuar.

Si el adolescente puede comprometerse a no poner en riesgo su seguridad, entonces no hay necesidad de compartir la información con sus padres o terceros (p. ej., la policía). Es necesario explicar que las acciones no agudas no requerirán de una intervención inmediata ni de que la conducta sea revelada

Sin embargo, se espera que el adolescente no continúe con ese comportamiento y el trabajo se enfocará en la exploración de las motivaciones de las conductas lo que permitirá la reducción y eliminación de la necesidad de actuar según los impulsos. Con el tiempo, el adolescente puede o no compartir la existencia de estas conductas destructivas con sus padres, o permitir que el terapeuta lo haga; por supuesto, si el adolescente no es capaz de abstenerse de este comportamiento será importante regresar al periodo agudo, y se podrían tomar acciones (entre las que se incluirían compartir esto con sus padres).

La reunión con los padres también tendrá el fin de obtener la historia del desarrollo temprano del joven y de la familia extendida, así como su perspectiva en relación a las dificultades actuales. En este contexto, se explicará la otra dirección de las vías de comunicación: toda la información que los padres comuniquen al terapeuta será compartida con el paciente; esto tiene el efecto inmediato de clarificar la primacía de éste y a la vez informar a los padres que la información proporcionada será usada para ayudar a que tanto el adolescente como su familia funcionen mejor.

Después de haber explicado a ambas partes presentes la estructura de la sesión y las vías de comunicación se les debe pedir a los padres que se retiren y el resto del tiempo de la consulta se le dedicará al adolescente. Se realiza la evaluación sistemática del diagnóstico y el funcionamiento, mientras se establece la alianza terapéutica. La aproximación aquí propuesta es una combinación de la Entrevista de Evaluación de la Personalidad (PAI: Selzer *et al.*, 1987; P. Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000) y la Entrevista estructural desarrollada por Otto Kernberg (1977);

ambas presuponen que “en su experiencia de la entrevista, el paciente usa sus fantasías que influyen su estilo de interacción con el examinador” (P. Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000, p. 43).

Por lo tanto, la entrevista saca a la luz la capacidad del individuo para organizarse y afrontar situaciones; lo que resalta el funcionamiento de personalidad, además de evaluar el funcionamiento personal en las áreas del *self* y las representaciones objetales, cognición, afectos, capacidad reflexiva (o Yo observador) y empatía con el entrevistador.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO

La elaboración de un amplio diagnóstico diferencial integral es un proceso que evoluciona en forma sistemática a través del tiempo. La tarea en las sesiones de consulta es reunir tanta información como sea posible de todas las fuentes relevantes para desarrollar un diagnóstico inicial, que es una “hipótesis de trabajo” sobre cuál es la estructura de personalidad y la sintomatología manifiesta resultante. Este diagnóstico guía la formulación del caso y las metas del tratamiento identificadas; sin embargo, la diagnosis exacta se confirma o se modifica de manera longitudinal a medida que se incorpora información adicional.

Cómo llegan los pacientes a la consulta

Muchos adolescentes llegan a la consulta del especialista en contra de su voluntad; algunos son ambivalentes y muy pocos lo hacen con un genuino deseo de entender y cambiar su situación actual. Es usual que aquellos individuos enviados por otros terapeutas tengan uno o múltiples diagnósticos (por lo regular son varios) y otra información clínica. Sin embargo, de todas maneras se debe realizar una entrevista diagnóstica para evaluar la exactitud de la(s) diagnosis previas.

Las escuelas refieren a los estudiantes bajo ciertas condiciones. A veces, un profesor u consejero preocupado hará la sugerencia cuando observe que el alumno está bajo estrés o tal vez porque haya empezado a empeorar su desempeño académico o tenga problemas en su funcionamiento social. La mayoría de las veces, la referencia para la evaluación se hace si el adolescente no funciona dentro del rango normativo. Los profesores y consejeros de las escuelas tienen experiencia en observar qué tipos de comportamiento están dentro del rango normal; por lo tanto, cuando un adolescente se desvía de este rango, lo pueden notar.

El enfoque sistemático aquí planteado sirve para preparar a la familia sobre lo que puede esperar como resultado de la consulta, a la vez que sienta las bases para el tratamiento y provee una estructura dentro de la cual se pueden clarificar la patología individual y las dificultades en el funcionamiento familiar. El terapeuta tendrá la necesidad de evaluar si hay alguna motivación intrínseca del adolescente para mejorar su condición, y si los padres son capaces de apoyar la participación de su hijo/a en el tratamiento.

Manejo de la “urgencia” de la derivación

Una presentación típica tiene un sentido de urgencia debido a la experiencia emocional de una “crisis inmediata” que ha precipitado la evaluación. Por lo general, hay ciertas conductas que requieren ser contenidas porque son peligrosas (p. ej., tendencias suicidas, uso de drogas, o comportamientos riesgosos). Sin embargo, a menos de que haya un riesgo inmediato para sí mismo o para otros que haga necesaria una hospitalización, es importante clarificar con el adolescente y con sus padres que el proceso de evaluación tomará tiempo. Esto es importante para darle espacio

al terapeuta para que realice la evaluación y además ajuste las expectativas de “alivio inmediato” (“demorar el inicio”).

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y ENTREVISTAS

Diagnóstico psiquiátrico

Con el fin de hacer un diagnóstico diferencial preciso, es importante tener una experiencia sólida en procedimientos de entrevistas estándar, así como estar familiarizado con un amplio rango de patologías. La experiencia con la aplicación de la entrevista SCID-II es muy útil, ya que le permite al terapeuta conocer todos los criterios específicos de las variadas patologías de personalidad. Los clínicos tienden a hacer diagnósticos con base en los síntomas de presentación más prominentes (p. ej., trastorno de personalidad límite), pero suelen pasar por alto la sintomatología menos obvia (p. ej., trastorno de personalidad esquizoide) porque no es tan evidente.

Diagnóstico estructural

La entrevista estructural desarrollada por Otto Kernberg (1981, 1984) ha sido muy utilizada para realizar diagnósticos de patologías de personalidad en adultos. Se realizó una versión estandarizada para fines terapéuticos y de investigación, la Entrevista estructural de organización de personalidad (*Structural Interview of Personality Organization*, STIPO, por sus siglas en inglés), (Clarkin *et al.*, 2007), la que ha alcanzado buena validez y confiabilidad en los campos siguientes:

- Identidad,
- Calidad de las relaciones objetales
- Defensas primitivas
- Afrontamiento
- Rigidez
- Agresión
- Valores morales

También existe un cuestionario de autoinforme, el Inventario de la Organización de la Personalidad (*Inventory of Personality Organization*, IPO, por sus siglas en inglés), (Kernberg, Foelsch y Clarkin, 2001) que permite evaluar la identidad, defensas primitivas, prueba de realidad, agresión, valores morales, y calidad de las relaciones objetales (Lenzenweger *et al.*, 2001).

Un instrumento de autoinforme diseñado de manera específica para evaluar la identidad de adolescente es la Evaluación del Desarrollo de la Identidad (*Assessment of Identity Development*, AIDA, por sus siglas en inglés), (Goth *et al.*, 2012; Kassin *et al.*, 2013), la que identifica la presencia de patologías de personalidad. Estas áreas

se traslapan con las revisiones del DSM-5, que enfatizan la experiencia del *self* en la identidad, la autodirección, y los problemas interpersonales, la empatía e intimidad.

Ejemplo de difusión de identidad

Una joven de 15 años de edad fue llevada a tratamiento por sus padres, porque el día anterior había llorado por horas sin que pudiera parar. Gritaba que se sentía muerta y que quería estar muerta, que quería cortarse sólo para sentir algo, para sentirse viva. Antes de eso había tenido una navaja de afeitar junto a sus muñecas y se asustó de lo que *hacía* (afecto desregulado; inapropiado; lento regreso a la línea basal)

Primera sesión

Descripción de un Otro significativo:

‘¡Ella es increíble, cuando hablas con ella te pones de muy buen humor! (alegre) Es tan especial, siempre está ahí para ti. Es perfecta. (Idealización) Es como que somos yo y ella contra el mundo, ella es alocada, ella es como yo, ella quiere irse y tener la misma vida que quiero yo. (Falta de diferenciación entre el *self* y el Otro). Ella es alocada, muy alocada, las dos estamos atrapadas en este lugar, y cuando me siento mal, ella es mi conexión a la tierra (contrapone loca vs. conexión a la tierra, no está consciente de esta contradicción). No es como las otras niñas que van al centro comercial, que hablan y se visten de la misma forma, que no van a ninguna parte, que tienen familias normales, con hijos normales, vidas aburridas. Los odio.’ (Escisión/devaluación y falta de diferenciación entre ella misma y el Otro).

Descripción de sí misma:

‘No sé. No sé. Soy aburrida, mi apariencia, mi pelo, la ropa que uso es aburrida, no creo que pueda mostrar o expresar lo que siento (devaluación de sí misma)... Soy pintora, bailarina y artista. Soy muy especial (IDEALIZACIÓN de sí misma)... (oscilación, rápidas fluctuaciones de la imagen de sí misma). Tengo estas botas que me gustan, son muy brillantes, las usé una vez y los otros empezaron a hablar sobre ellas, así que nunca más me la puse... (necesidad de aprobación de los demás para ser ella misma). Me siento muerta, es como que hubiera estado muerta.’

- ¿Muerta? (Aquí el terapeuta debe facilitar la elaboración para dar continuidad a la autodescripción, debe dar una estructura externa)
- Podíamos ir a unos paseos increíbles y lugares muy interesantes y era como si no estuviera allí
- ¿Como si no estuvieras allí?
- No estaba sintiendo realmente el sentimiento en ese momento... (desconexión de la experiencia del momento, el afecto, y el *self*, que conduce a una discontinuidad de la experiencia).

‘No estaba contenta en el lugar donde salimos con mi familia el fin de semana, hice bastante obvio que no estaba contenta ahí, entonces, no hablaba, no sonreía, era agresiva... ¡sólo les hacía saber que simplemente no iba a cambiar de parecer! (Gran dependencia en la comunicación no verbal; primitiva). Así me aseguraba que no volveríamos a ese lugar (la paciente habla con una actitud poderosa). ... Estaba caminando en el pasillo del centro comercial y sentía que estaba como en una película (desrealización), sólo escuchaba ruidos fuertes. Era como que estaban ahí pero al mismo tiempo no estaban, y todas estas voces eran muy fuertes y yo no podía entender nada (disociación). Tenía que salir de ahí, pero no podía, así que empecé a llorar y corrí. ...Perras, las odio, actúan como si fueran mis amigas, y cuando no están conmigo hablan mal de mí, ¡no puedo confiar en nadie! (con frecuencia cambia de amistades, por miedo al abandono).

- No puedo encontrar mi lugar en la casa, mi cuarto es muy pequeño y no me gusta estar sola, esto es como estar atrapada en un cuarto pequeño con mucha gente, así que estoy atrapada.

¿Atrapada?

- En la nada, sintiéndome vacía, muerta, es como que no siento nada (incapacidad de estar sola de forma confortable)

Además de evaluar la patología específica del adolescente de forma individual, también se debe considerar la evaluación diferencial de las patologías significativas ubicadas en el sistema familiar y en particular distinguir la crisis de identidad de la difusión de la identidad en la intersección de la patología del individuo y del sistema familiar.

Una presentación típica puede incluir conducta(s) específica(s) del adolescente (p. ej., suicidabilidad, conductas autoagresivas, perturbaciones en el estado de ánimo, uso de alcohol o drogas y trastornos alimenticios), dificultades en el ambiente (p. ej., rehusarse a ir a la escuela, conducta agresiva y conflictos interpersonales y, o familiares, o ambas) o, de manera más frecuente, una interacción de éstos.

La entrevista comienza con cuatro preguntas, que se formulan con rapidez una después de la otra:

1. ¿Qué te trajo al tratamiento?
2. ¿Cuáles son tus dificultades?
3. ¿En qué esperas que el tratamiento te ayude?
4. ¿Cómo estás ahora y dónde te ves a ti mismo en el futuro?

Estas preguntas permiten evaluar el estado mental del paciente, así como la presencia de algunos síndromes orgánicos que pudieran interferir con la memoria, la atención e inteligencia básica. Si se observan problemas inmediatos, (ir a la izquierda en la figura que sigue) se debe evaluar el sensorio (p. ej., influencia de las drogas, alcohol u otras sustancias) y la organicidad (p. ej., atención, inteligencia, memoria). Si el estado mental está intacto y no hay síndromes orgánicos presentes, entonces la entrevista puede proseguir para evaluar la sintomatología del Eje I y seguir hacia la evaluación sistémica del funcionamiento de la personalidad (figura 4-2).

Se espera que el adolescente comparta sus dificultades actuales (aunque se puede requerir de más estimulación para animarlo a elaborar y ofrecer más detalles). Toda la sintomatología Eje I debe ser explorada y clarificada, como se haría en una entrevista diagnóstica normal; sin embargo, el terapeuta siempre debe estar atento a la forma en la que el adolescente describe sus dificultades. Es importante prestar especial atención al nivel de detalle que se da de forma espontánea, la congruencia entre el contenido y el afecto, y la activación de la respuesta contratransferencial del terapeuta. Se obtiene la historia del desarrollo de estos síntomas junto con la de la familia, la de desarrollo y la social. Dentro de esta exploración de síntomas, comportamiento y funcionamiento, se hace la evaluación de la identidad y de la estructura de la personalidad. En la figura anterior, puede visualizar el movimiento alrededor

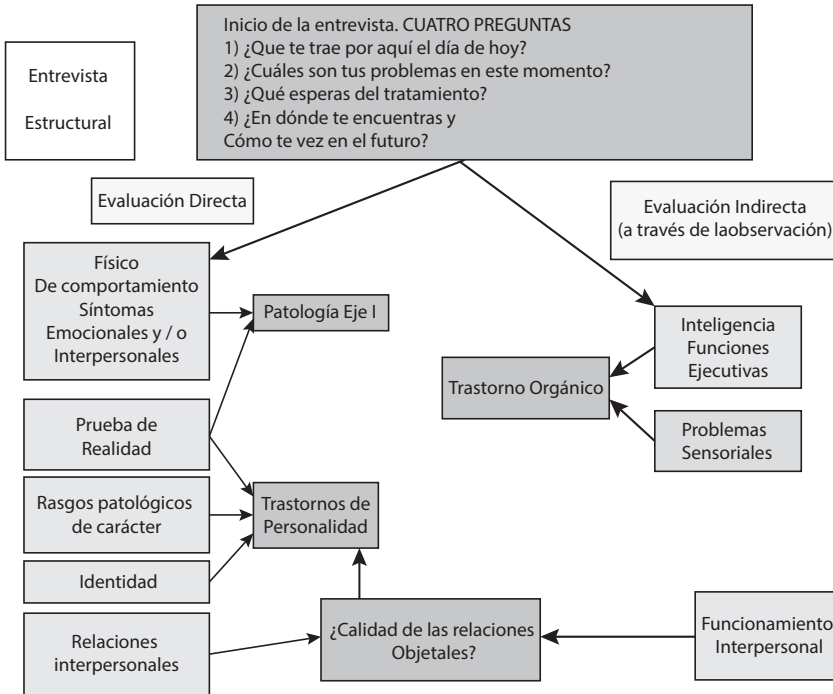


Figura 4-2. Entrevista Estructural Modificada en AIT.

del círculo al mismo tiempo que se recopila la información necesaria para hacer el diagnóstico diferencial.

Evaluación de la identidad

Para obtener la información específica necesaria para hacer un diagnóstico de la estructura de la personalidad, es necesario pedir a los adolescentes que se describan a sí mismos de tal forma que se pueda tener una especie de fotografía de quiénes son. Luego se les pide que describan a su mejor amigo o a una persona importante para ellos. Cuando el adolescente no es capaz de responder a la tarea, hay que brindarle una estructura mediante preguntas para poder **probar los límites**. De esta forma será posible determinar su capacidad para organizarse cuando se le da alguna estructura (como ayuda al Yo).

A continuación se presentan ejemplos, pero los terapeutas pueden usar su juicio clínico para decidir cómo preguntar sobre las áreas específicas de la identidad.

Evaluación de identidad: preguntas e indagaciones sobre el *self* y el Otro

1. Hazme una descripción de ti mismo

- ¿Qué te gusta de la forma en que te ves?
- ¿Qué no te gusta de la forma en que te ves?
- Cuando miras una foto de ti mismo cuando eras más joven, ¿reconoces a esa persona?
- ¿Dónde te ves a ti mismo en 5 años?
- ¿Hay algo de ti mismo o de tu apariencia que te recuerde a tu madre/padre/otro familiar?
- ¿Hay cosas que tus padres/amigos no aprueban o se preocupan porque las haces?
- ¿Sientes que otras personas te encuentran atractivo/a?

2. Ahora descríbeme a alguien cercano a ti, para que pueda tener un retrato de cómo es dicha persona

- ¿Qué te gusta de la forma en que se ve?
- ¿Qué no te gusta de la forma en cómo se ve?
- ¿Tu amigo/a es como tú... en cómo se viste, actitudes, hábitos de trabajo, grupo social o es diferente?
- ¿Comparten intereses? ¿Actividades?
- ¿Disfrutas al hacer cosas con tu amigo/a? ¿Ella o él también lo hace?
- ¿Tu amigo/a es digno de confianza? ¿Es confiable?

Ejemplo de difusión de identidad en descripciones del *self* y de Otro

Descripción del *self*

‘Soy genuina, muy mala mintiendo y siento cosas. Siempre muestro mis emociones y no puedo decir que eso siempre sea una ventaja. Soy creativa, creo historias, me encanta dibujar, hacer cosas artísticas como decorar mi espacio en la escuela. Realmente no tengo mucha idea del sentido del mí misma. En realidad no me conozco; entonces, no sé qué decir. Soy tímida. Tengo dificultad para iniciar conversaciones. Si eres la persona indicada, está bien. Creo que subconscientemente (*sic*) escojo a la gente indicada. La gente dice que soy extremadamente inmadura y enérgica y que actúo como un bebé de dos años: superficial. La gente me dice que soy rara, así que decidí que soy rara. Digo cosas extrañas.’

Descripción del Otro

Amiga: ‘Ella hace de Holden y yo hago de Stradlater. Ella los dibuja en su cuaderno. Son inapropiados, pero chistosos. Está convencida de que Holden y Stradlater están locamente enamorados. Inventa personajes en nuestras historias. Es una buena amiga, en general. Nos divertimos y somos creativas juntas.’

Amigo: ‘Yo lo llamo *Sammy-boy*, porque así llamaría a un personaje animado. Es agradable, pero no conoce sus límites. Suele darme un empujón cuando estoy deprimida y una vez casi le pegué. Es agradable, pero a veces se pega a mí y es molesto, como yo; así que hago lo mejor que puedo. No me sorprendería que yo le gustara. Pero eso NO va a pasar.’

Una prueba adicional para medir la gravedad de la difusión de identidad es hacer una entrevista más estructurada que pueda ayudar al adolescente a organizarse y que le permita acceder e incluir información que es incapaz de integrar por sí mismo. Cuando el paciente ha terminado de describir al Otro, el terapeuta entonces hará preguntas guiadas sobre aspectos específicos que el adolescente no incluyó. También se evalúa su identidad en el contexto de la calidad de las relaciones objetales, por ello se le debe pedir que describa qué es un amigo, y a continuación qué hace a alguien un “mejor amigo” (a diferencia de “sólo un amigo”), y también qué constituye un novio/a (pareja romántica). Esto permite acceder con mayor detalle al nivel de integración y diferenciación, y evalúa la capacidad de trabajar con el terapeuta para explorar aspectos que no son de inmediato accesibles para el adolescente.

Evaluación sistemática de los dominios del funcionamiento de identidad

En la narración se debe observar su calidad general y su complejidad; además, de valorar qué tan fácil o difícil fue responder. Durante la entrevista general, se evalúan siete dominios de funcionamiento de identidad:

- Amistades
- Orientación sexual
- Valores morales
- Lealtades de grupo
- Carrera, matrimonio y familia
- *Self*

El adolescente temprano puede presentar menor definición, detalles o experiencia en varias áreas en comparación con el que se encuentra en una etapa intermedia o tardía (que se parece más a un adulto en su funcionamiento de la identidad). También hay un grado de variabilidad normal en estas áreas, algunas se desarrollan antes que otras tanto en de cada uno como entre los adolescentes en general. Sin embargo, en jóvenes normales, la discrepancia entre las áreas de funcionamiento es menor y existe un nivel básico de desarrollo en todas las áreas. (Cuadro 3-1, página 32).

Dentro del contenido de las respuestas brindadas deben buscarse descripciones que incluyan la imagen corporal, género, claridad étnica y social, unicidad subjetiva, continuidad temporal (imagen del pasado, presente y futuro), y una integración de los aspectos positivos y negativos del *self* (y del Otro), consistencia en actitudes y comportamientos, así como una consciencia (sentido de lo correcto y lo incorrecto).

Ejemplo de discontinuidad de identidad dentro de la difusión de identidad

Antecedentes

Un joven de 17 años con historia de abuso sexual, abuso de alcohol, mucha ansiedad, funcionamiento disminuido en la escuela, dificultades sociales graves (víctima de *bullying*), y conflictos graves en la vida familiar. (Finalmente se le diagnosticó un trastorno de personalidad grave con rasgos narcisistas, histriónicos y antisociales). El dice que nadie lo entiende, y que se siente rechazado por su familia, que no lo ven y no lo reconocen. La familia dice que no entiende sus cambios... "un día es una persona y al otro día es como si fuera otra persona". Sus hermanos y hermanas están muy cansados de él y se siente excluido.

Primera sesión:

Llega a la sesión a tiempo, con movimientos seguros, mirando directamente al terapeuta a los ojos mientras camina, confiado y arrogante, con paso rápido por el pasillo mientras juega con sus anteojos de última moda. Vestido formal con ropa elegante y cara, combinado con un reloj grande que hace juego con la ropa. Viste colores muy sobrios: una chaqueta azul marino y una camisa blanca, con su cabello peinado de forma perfecta. Parece un hombre de 25 años. (La contratransferencia del terapeuta: un regalo con un envoltorio bonito vacío por dentro).

Actitud y comportamiento: se sienta en el borde del sofá, inclinado hacia adelante, en una postura formal y masculina, hace movimientos lentos, controlados y cuidadosos. Habla con un tono maduro, afectado, como un hombre rico y arrogante, mirando en menos al terapeuta.

Verbalmente:

habla sobre sus ancestros de manera muy formal, dice que su nombre viene de al menos 4 generaciones de apellidos (que recita), describe cómo se siente por tener sangre real, lo importante que es políticamente, como una de las familias más tradicionales y ricas de su país. Dice que ser rico la distingue de otras personas en la universidad, menciona al terapeuta la fortuna que tiene su familia, le hace preguntas al terapeuta sobre su estado económico y saca conclusiones por lo que ve con respecto a su ropa y su oficina (devaluándolo).

Siguiente sesión, mismo paciente (3 días después)

Está dormido en la sala de espera, camina hacia la oficina arrastrando los pies lentamente, mira al suelo de forma cómica. Está vestido con ropa vieja, pantalones teñidos en forma colorida (amarillo, naranja, verde y rojo), con una polera desteñida, su pelo se ve sucio y su cara todavía tiene la marca de la almohada, parece un hippie de 15 años.

Actitud y comportamiento: Se sienta en el sofá por 2 segundos y luego se echa hacia atrás, con las piernas abiertas de forma inapropiada y despreocupada, tal cual cayó en el sillón, abre y cierra sus piernas de manera juguetona mientras mira al techo y de vez en cuando voltea la cabeza y mira al terapeuta. Habla de una manera muy informal, diciendo groserías y con un tono despreocupado. Su actitud es rebelde.

A nivel verbal: Habla de sexo, de cómo sus nuevos amigos en la universidad usan alcohol y drogas, tienen relaciones sexuales, hablan con groserías, y de cómo le gusta que lo vean como el chico con más experiencia con mujeres, y que es conocido en su grupo como el que más sabe más de sexo (es virgen).

Observación: El cambio evidente en la forma como se presenta el adolescente es una manifestación abierta, aunada a su falta de conciencia sobre esta contradicción, de una escisión indicativa de la difusión de identidad.

El cambio evidente en la forma como se presenta la adolescente es una manifestación abierta, aunada a su falta de conciencia sobre esta contradicción, de una escisión indicativa de la difusión de identidad

Se puede diferenciar entre los adolescentes con una identidad normal y los que tienen difusión de identidad mediante la calidad y las características de sus descripciones del *self* y del Otro. Cuando una persona con identidad normal se describe a sí misma o a alguien más, aparece en la mente del terapeuta una imagen completa de la persona que es única, identificable, y que se puede diferenciar de otros según esa combinación única de atributos. El especialista puede reconocer la difusión de la identidad en la incapacidad de obtener esta imagen integrada y única de la persona; en vez de eso, se siente confundido o rodeado por descripciones confusas o contradictorias.

Al evaluar las descripciones de los pacientes se deben identificar aspectos específicos relacionados con la identidad y comparar su descripción del *self* con la del Otro, para buscar una diferenciación entre ellos. Mientras se incluyan menos componentes de la identidad, estén menos integrados y tengan mínimas diferencias con el Otro, habrá mayor presencia de difusión de identidad.

Un adolescente que se presenta al tratamiento con dificultades conductuales o emocionales, pero que mantiene una autoidentidad integrada y diferenciada experimentará una crisis de identidad, la cual se puede resolver mediante un enfoque terapéutico tradicional (aunque también se puede beneficiar de aspectos del enfoque de tratamiento de identidad para adolescentes, AIT, por sus siglas en inglés). La presencia de difusión de identidad es una indicación clara de que se debe emplear dicho abordaje sistemático, mismo que apunta a la patología de personalidad subyacente.

Toda la información recopilada durante las entrevistas individual y familiar y hablar con fuentes colaterales se usa para hacer el diagnóstico diferencial. Si hay áreas específicas que indican la necesidad de realizar más pruebas especializadas, se hacen las derivaciones pertinentes para obtener la información antes de la sesión final de retroalimentación. Por ejemplo, en caso de haber señales de dificultades de aprendizaje, se recomienda realizar pruebas cognitivas adicionales para determinar su tipo y definir las intervenciones adicionales necesarias (p. ej., buscar un tutor).

La entrevista estructural, combinada con la entrevista con los padres/la familia y con fuentes colaterales, aporta la información necesaria para realizar el diagnóstico diferencial. En situaciones especiales se pueden requerir evaluaciones sistemáticas adicionales (p. ej. uso de drogas, trastornos alimenticios, problemas médicos, entre otros).

De manera estructural, la organización de la personalidad puede evaluarse mediante las manifestaciones concretas de todas las áreas de funcionamiento para determinar el nivel de integración de las representaciones objetales internas y de sus afectos asociados. Esto se expresa en la identidad nuclear, nivel de las defensas, prueba de realidad, agresión, valores morales y calidad de las relaciones objetales.

En una personalidad normal, la integración de las representaciones del *self* y la diferenciación de las representaciones integradas de los otros permite un funcionamiento adaptativo y flexible. En la identidad normal, el *self* es capaz de alcanzar metas, obtener satisfacción y placer en las actividades productivas y comprometerse en relaciones interpersonales satisfactorias de mutualidad y reciprocidad. En los casos de difusión de identidad, estas capacidades están ausentes.

Recomendaciones de batería de evaluación estándar

Una batería de evaluaciones estándar sirve de ayuda cuando se requiere de información adicional sobre algún área problemática específica o se hace investigación. La entrevista estructural aporta información sobre qué áreas deben ser evaluadas de forma más sistematizada, si fuese necesario.

Patología Eje I

La evaluación del Eje I podría requerir de una entrevista semi-estructurada, como la Entrevista Clínica Estructurada para Desórdenes Eje I DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*; SCID-I, por sus siglas en inglés), Pauta para Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia, para niños en edad escolar, de 6 a 18 años (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; SADS para niños, por sus siglas en inglés) o Entrevista Diagnóstica para Estructura de Personalidad (*Diagnostic Interview for Personality Structure*; DIPS, por sus siglas en inglés).

Sobre todo estas herramientas son útiles para los clínicos que no tienen experiencia en realizar el diagnóstico del Eje I y diferenciarlo del Eje II; esto también sirve para fines de investigación. Los cuestionarios de detección Pauta de Comportamiento Infantil (*Child Behavior Checklist*; CBCL, por sus siglas en inglés) y Autoinforme para Jóvenes (*Youth Self Report*, YSR, por sus siglas en inglés)) también son útiles cuando hay limitaciones de tiempo para obtener información sobre síntomas y funcionamiento para trastornos Eje I.

Personalidad y patologías de personalidad

Por lo regular la personalidad se evalúa mediante un cuestionario de autoevaluación llamado NEO-PI-R (*NEO personality inventory*; versión corta: NEO-FFI, por sus siglas en inglés) fue desarrollado para evaluar cinco grandes rasgos de personalidad: neuroticismo, extroversión, apertura, amabilidad rectitud para personas de 16 años en adelante (McCrae & Costa, 2010). Otra opción es el Inventario Clínico Adolescente Millon o *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI, por sus siglas en inglés; Millon *et al.*, 2008) para adolescentes de 13 a 19 años y que cubre 27 áreas de funcionamiento de la personalidad. El Inventario de Temperamento y Carácter Infantil o *Junior Temperament and Character Inventory* (JCTI; por sus siglas en inglés Goth, Cloninger y Schmeck, 2009) se desarrolló para evaluar siete dimensiones de la personalidad: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa, persistencia, autodirectividad, cooperatividad y autotranscendencia en adolescentes de 12 a 18 años de edad.

Como la perturbación de la identidad es un aspecto central de las patologías de personalidad, se recomienda hacer una evaluación específica con el cuestionario de autoevaluación AIDA (Goth *et al.*, 2012) o con el Inventario de Organización de la Personalidad, *Inventory of Personality Organization* (IPO, por sus siglas en inglés; Clarkin *et al.*, 2001; Lenzenweger *et al.*, 2001) para adolescentes

de mayor edad, que cubre los cinco dominios: difusión de identidad, defensas primitivas, prueba de realidad, agresión y valores morales. Amaniti y Fontana (2011, comunicación personal) desarrollaron una versión de la entrevista estructural para ser usada en adolescentes (IPOP-A, por sus siglas en inglés). La mejor forma de evaluar las patologías de personalidad de forma estandarizada es con una entrevista semi-estructurada como el SCID-II (Entrevista Clínica Estructurada para Desórdenes Eje II DSM-IV, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*). Ésta se requiere para la investigación.

Funciones cognitivas

La capacidad intelectual del adolescente se debe medir por medio de pruebas de inteligencia estándar como la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, Cuarta Edición (*Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition*; WISC-IV) Las dificultades neurofisiológicas como los problemas de atención o las dificultades de aprendizaje se pueden diagnosticar con instrumentos como la Prueba de Rendimiento Continuo (*Continuous Performance Test*, CPT, por sus siglas en inglés) o la Batería de pruebas de Desempeño de Atención (*Test Battery for Attention Performance*; TAP, por sus siglas en inglés).

Batería de Evaluación Estándar

Patologías Eje I

SCID-I (u otra entrevista psiquiátrica estructurada para niños y adolescentes)

Patologías de la personalidad

SCID-II

Personalidad

JTCI (o NEO-FFI, MACI) y AIDA (o IPO, IPOP-A)

Funciones cognitivas

WISC-IY, CPT, TAP

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO

Este tratamiento es indicado para adolescentes que presentan trastornos de personalidad primarios o graves. Estos adolescentes se caracterizan por tener perturbaciones en la experiencia de sí mismos (identidad), en la regulación del afecto, en su comportamiento y en su funcionamiento interpersonal (figura 4-3).

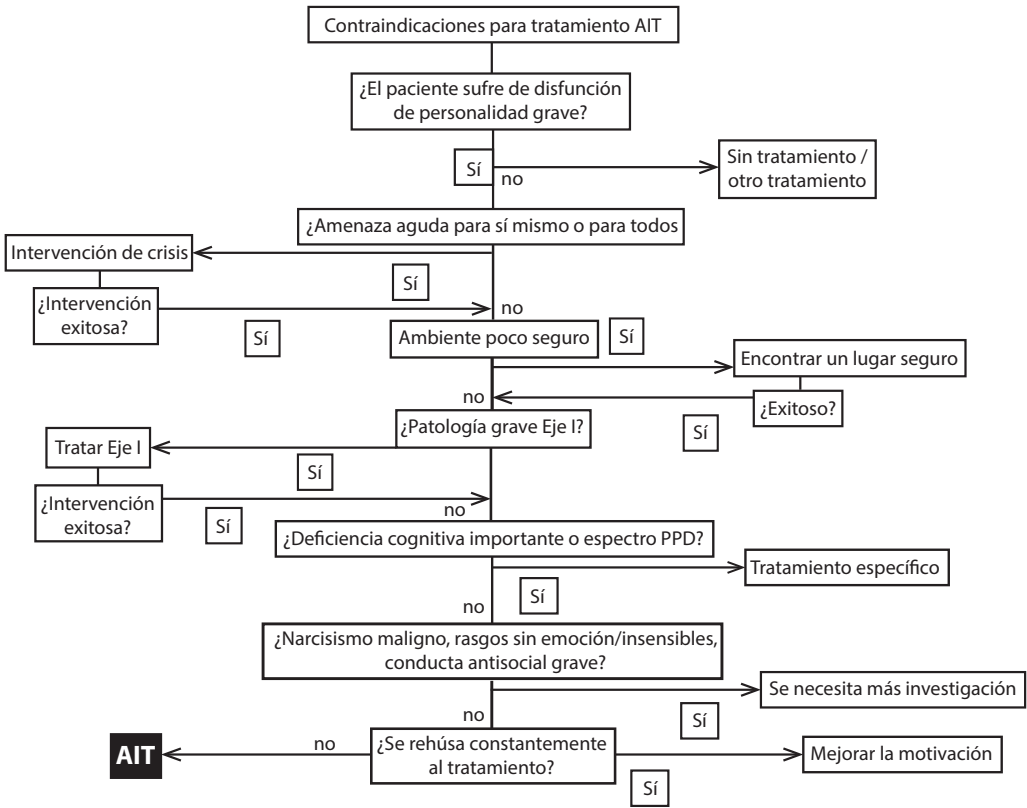


Figura 4-3. Indicaciones para el tratamiento con AIT (y contraindicaciones).

Indicaciones para tratamiento coadyuvante

A los padres se les refiere a tratamiento individual, de pareja o familiar cuando se identifica una patología adicional, en especial si ésta tuviera un impacto negativo en la habilidad del adolescente para participar en terapia individual. Las patologías de los padres que impactan el funcionamiento de la relación con el adolescente y, o la familia, o ambos, deben derivarse a tratamiento individual. Los problemas de relación entre los padres deben derivarse a terapia de pareja; esto es más frecuente en casos donde el niño “se hace padre o madre” y se coloca en la pareja como un compañero/a sustituto, o es triangulado por el conocimiento de que uno de los padres tiene una aventura. Las patologías que involucran a toda la familia y que impactan en el funcionamiento del adolescente deben tratarse con terapia familiar colateral.

Es útil recordar que los padres suelen llevar al joven a tratamiento como el “paciente identificado” y, de forma indirecta, en busca de ayuda para ellos; por lo que es probable que no reciban bien esta recomendación. En esta situación, podría

requerirse el desarrollo de un **proceso** antes de que reconozcan su propia necesidad de ayuda.

Es importante establecer y mantener una comunicación clara entre los terapeutas familiar, de pareja o individuales y el terapeuta del adolescente, sobre todo para disminuir la escisión que incluyan distorsiones de la información, *enactment* y la toma de bandos donde uno es el objeto "bueno y el otro el "malo".

Intervenciones ambientales

Además de referir a los miembros de la familia a tratamiento psiquiátrico, se pueden necesitar apoyos adicionales para que el adolescente participe en el tratamiento y, o mejore su funcionamiento diario, o ambos. Ejemplos comunes de esto incluyen el apoyo del sistema social, tutores educativos, entre otros.

Rechazo al tratamiento

Una tarea fundamental dentro de la fase de evaluación es determinar la consciencia que tiene el adolescente de sus dificultades y, en específico, su motivación para cambiar; de tal forma que esas dificultades disminuyan o se eliminen. Los adolescentes suelen ambivalentes o variables con respecto a la consciencia sobre sus dificultades, y por lo general se les lleva a tratamiento porque otros tienen problemas con su comportamiento, no debido a su propia malestar. Además, puede haber incentivos externos para mantener la patología, o para participar en el tratamiento, pero sin una motivación intrínseca para cambiar. Entonces, es importante buscar la presencia de **un milímetro cuadrado de deseo de cambiar**; hay que entender que esta situación puede variar, pero una vez que se ha reconocido, el terapeuta puede volver a ella como un recordatorio para el adolescente de que se ha sentido mal y ha querido sentirse mejor. Esta motivación, sin importar cuán débil o variable sea, es esencial para que se pueda llevar a cabo el tratamiento.

Contraindicaciones del tratamiento

Hay principios generales para determinar si un adolescente puede ser tratado de forma ambulatoria. En general, la gravedad de la sintomatología y el funcionamiento determinan si éste es capaz de recibir tratamiento ambulatorio. (Figura 4-4).

Las conductas suicidas u homicidas agudas deben ser contenidas primero mediante hospitalización u otro programa residencial para mantener la seguridad. Una vez que se ha resuelto la crisis aguda, se puede traer al adolescente para que se evalúe su tratamiento ambulatorio.

Si el adolescente está en un ambiente **inseguro** donde ella o él sufre abusos, negligencia o donde no hay una supervisión adecuada, está contraindicado un tratamiento ambulatorio, dado que se deben realizar intervenciones ambientales directas para llevar al adolescente a un lugar seguro.

Evaluar antes de empezar el tratamiento

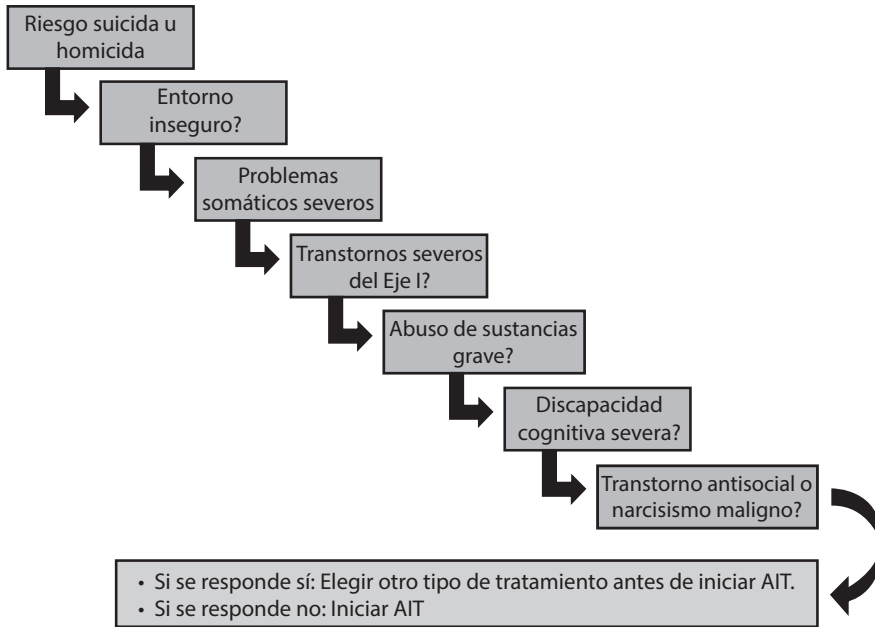


Figura 4-4. Árbol de decisión AIT.

También se deben tratar las condiciones médicas que requieren hospitalización antes de establecer una relación terapéutica y aplicar este modelo de tratamiento.

Los trastornos Eje I potencialmente peligrosos, que requieran hospitalización o que no hayan sido estabilizados, deben ser tratados antes de usar este tratamiento. Ejemplos comunes de esto son las adicciones graves y los desórdenes alimenticios. Es necesario hacer un diagnóstico diferencial cuidadoso entre trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno de personalidad esquizotípico. Las condiciones subumbrales se pueden contener dentro del marco de tratamiento. Además, existen pacientes que requieren tratamiento **de preparación**, dentro del modelo, con el fin de facilitar la aceptación del tratamiento para su adicción o desorden alimenticio.

La evaluación del trastorno de personalidad y su tratamiento no es posible para el paciente que tiene un problema de abuso grave de sustancias y que se encuentra en consumo, por lo que se debe hacer una derivación adecuada para tratar el problema de abuso de sustancias en el funcionamiento global del paciente y la familia. En paralelo se debe educar al paciente y a la familia sobre la imposibilidad de hacer terapia o aliviar los síntomas del paciente hasta que esto se solucione, así como también se debe evaluar la codependencia de la familia. Los terapeutas deben estar conscientes de que hay un alto riesgo de que la familia actúe de forma codependiente.

Luego de evaluar la gravedad del abuso de sustancias, es esencial una derivación asistida de la familia a un programa de dependencia de sustancias, para trabajar con ésta y el paciente para llegar a ese punto. El uso de sustancias durante la adolescencia bloquea el desarrollo y la integración de la identidad. De manera ideal, se requiere que un terapeuta sea parte de un equipo multidisciplinario que trabaje con un programa de adicción y un modelo de personalidad adolescente. En la actualidad el Instituto Médico Schilkrut en Chile maneja un programa piloto que integra el AIT con adicciones y realiza intervenciones secuenciales y paralelas en uso de sustancias y personalidad en adolescentes y jóvenes cuyo desarrollo ha sido bloqueado.

Es bien sabido que la **discapacidad cognitiva, entendida como** la inteligencia baja limita la capacidad de abstraer, simbolizar y generalizar aprendizajes de una situación concreta a otra. Todavía no se conoce cuál es el nivel mínimo necesario de funcionamiento intelectual, en especial en el dominio verbal.

Hay pacientes que cumplen los criterios del **trastorno de personalidad antisocial y de patología narcisista grave**, quienes explotan la situación del tratamiento y no responden a él. Estos individuos también pueden crear situaciones problemáticas para otros que se encuentren en terapia. Los adolescentes que se comportan de forma antisocial bajo la influencia del alcohol y las drogas requieren evaluación adicional cuando están libres de sustancias, con el fin de determinar si su conducta es parte de su carácter o del comportamiento adictivo.

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual of the Child Behaviour Checklist 4/18 and 1991 Profile*. EUA: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. EUA: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Clarkin, J.F, Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 164(6): 922–928.
- Dammann, G., Smole-Lindinger, S., Buchheim, P. (2002). (IPO 07) Evaluating threönlichkeitsorganisation. En E. Brähler, B. Schumacher, B. Strauss (Hrsg) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S 217–221). Göttingen: Hogrefe.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Poustka, F. (2000). *Kiddie-SADS – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Frankfurt: Universität Frankfurt.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer R.L., Williams J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. EUA: American Psychiatric Publishers.
- Goth, K., Foelsch, P., Schluter-Muller, S. et al., (2012). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence SCID-II). American Psychiatric Publishers, Arlington hotherapie.rt questionnaire AIDA. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 6(1): 27.
- Goth, K., Schmeck, K. (2009). JTCI ller, S. et al. (2012). Assessment of identity develEine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten- bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell. Göttingen: Hogrefe.
- Jung, E., Pick. O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K. et al. (2013) Identity development in adolescents with mental problems. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(1): 26.

- Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. En M. P. Hartocollis (Hrsg) *Borderline Personality Disorders: The concept, the syndrome, the patient* (S 87–121). EUA: International Universities Press.
- Kernberg, O.F. (1981) Structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4(1): 169–195.
- Kernberg, O.F. (1984) *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. EUA: Yale Univ Press.
- Kernberg, P.F., Weiner, A.S., Bardenstein K.K. (2001) *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Alemania: Klett-Cotta.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., Foelsch P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factor composition, and criterion relations with affect aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess* 13: 577–591.
- Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg O.F., Foelsch, P.A. (2001) The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess*, 13(4): 577–591.
- McCrae, R.R., Costa P.T. (2010). *Professional manual for the NEO Inventories*. Odessa FL: Psychological Assessment Ressources.
- Schneider, S., Margraf, J. (2008). *DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Selzer, M.A., Kernberg, P., Fibel B. et al. (1987) The Personality Assessment Interview: preliminary report. *Psychiatry* 50(2): 142y Asse.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M., Frydrich T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse-II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Tratamiento

OBJETIVOS Y METAS

Objetivo específico

La meta primaria de la Psicoterapia para Adolescentes (AIT) es eliminar las obstrucciones que impiden el desarrollo normal, en particular de la identidad, para producir mejoras en el funcionamiento conductual, afectivo y social. La identidad normal se forma a través de la integración de las representaciones mentales internas positivas y negativas del *self* y de otras que se dan a nivel mental (Kernberg, 1977). Por el contrario, la difusión de la identidad es la falta de integración del *self* y la concurrente falta de integración de las representaciones de Otros, las que tampoco se hallan diferenciadas del *self*. El desarrollo normal de la integración de los aspectos positivos y negativos del *self* y de Otros puede bloquearse debido a aspectos constitucionales, ambientales o a la interacción de ambos. Las intervenciones psicoterapéuticas del AIT, están dirigidas tanto a ambos con el objetivo de ayudar a despejar los bloqueos en el desarrollo de adolescentes que presentan difusión de la identidad.

DESPEJE DE BLOQUEOS

En el desarrollo adolescente normal, las situaciones que evocan una crisis de identidad crean una confusión temporal sobre la propia identidad que en general se resuelve de manera natural a medida que el adolescente integra las imágenes contradictorias del *self* que son evocadas por las discontinuidades entre éste y la visión del mismo que tienen los demás. Éstas ocurren de manera más perceptible en el contexto de decisiones centrales en la vida del individuo (intimidad, elección de la profesión, competencia, aspectos psicosociales). Sin embargo, son las situaciones cotidianas que enfrenta el adolescente las que evocan decisiones diarias que ayudan a definir al *self* mediante acciones. La mayor parte de ellas ocurren con poca conciencia o conflicto de parte del individuo. Éstas incluyen, por ejemplo, las eleccio-

nes sobre cómo vestir, con quién pasar el tiempo, dónde ir y qué hacer. Cada una de estas acciones define quién es la persona, cómo desea presentarse ante los demás y cómo éstos en realidad la ven.

El proceso de trabajo elaborativo ocurre de manera bastante fluida y dentro de discurso normal con amigos, adultos de confianza y la familia. En adolescentes con difusión de la identidad, la capacidad normal de resolver estas autoimágenes contradictorias evocadas durante la crisis de identidad es bloqueada por el uso de distintas defensas; con predominio de la escisión de las representaciones positivas y negativas del *self* y también las representaciones de los demás.

Otra forma de entender el concepto de despejar los bloqueos es enfatizar el hecho de que no se busca forzar la maduración completa hacia el concepto integrado del *self* y el Otro; es decir, una estructura adulta de la identidad, sino que se permite que ocurra el nivel de desarrollo de la identidad apropiado a la edad. Las personas que inician la adolescencia, por lógica, tienen más aspectos del *self* que integrar; a medida que se deshacen de las introyecciones de sus padres, sus propias posiciones emergen y se consolidan en las áreas del *self*, las relaciones interpersonales, el trabajo, la moral, la cultura y la identidad dentro de la sociedad.

Metas del tratamiento

Base del tratamiento

- Despejar los bloqueos que impiden el desarrollo normal de la identidad

Metas a corto plazo

1. Reducción de síntomas
2. Mejora del funcionamiento conductual
3. Amor: reducción de la promiscuidad (o inhibición completa)
4. Escuela/trabajo: asistencia regular; desempeño al nivel
5. Familia: disminución del conflicto derivada de una mejora en los límites familiares/de rol y apoyo durante la fase de separación e individuación de la adolescencia
6. Pares: aumento de la continuidad de las amistades y mejora de las relaciones

Metas a largo plazo

1. Cambios en la estructura de la personalidad
2. Mediante una consolidación de la identidad adecuada a la edad a través de la integración y diferenciación de las representaciones del *self* y del Otro.
3. Integración del superyó (mejora de los valores morales, capacidad de sentir vergüenza)
4. Uso de defensas de alto nivel y reducción de defensas inmaduras (p. ej. escisión, control omnipotente, negación, identificación proyectiva)
5. Mejora de las funciones del Yo:
 - Autonomía
 - Control de los impulsos
 - Regulación de los afectos
 - Postergación de la gratificación
 - Tolerancia a la frustración

- Capacidad de estar solo
 - Empatía
 - Funcionamiento reflexivo
6. Amor / relaciones:
- Intimidad, mutualidad y reciprocidad
 - Integración del sexo y del amor
 - Estabilidad de la orientación sexual

Sembrar semillas

La tarea del adolescente es formar una identidad normal. El AIT se enfoca en despejar los bloqueos que impiden que ocurra este desarrollo normal a la edad apropiada. “Las semillas plantan poco a poco” mediante la relación terapéutica y el trabajo de interpretación (con el uso de técnicas de aclaraciones, confrontaciones y por último, interpretaciones), que permiten que el adolescente lleve a cabo su trabajo de desarrollo en forma autónoma. En otras palabras, no debe esperarse ver de inmediato **todos** los beneficios del trabajo, el objetivo es que, una vez despejado el bloqueo actual, el adolescente logre una mayor capacidad de manejar las crisis normales de identidad que ocurrirán en el futuro.

Este concepto también es útil en el contexto de la forma que toma el trabajo. Al mejorar las dificultades que motivaron la consulta, las familias pueden sacar al paciente del tratamiento (ya sea con la aprobación del terapeuta o contra sus recomendaciones). En cualquier caso, además de la internalización del adolescente con respecto a la forma de abordar sus conductas y sus comprensiones del *self* (las semillas primarias que se sembraron), existe también otra semilla, que es la comprensión, a través de su experiencia, de que la relación terapéutica es útil y estará disponible en el futuro si es que se indica la necesidad de volver a tratamiento.

VARIABLES, POSTURA Y ACTITUDES DEL TERAPEUTA

Consideraciones: la atmósfera que hace prosperar al tratamiento

El terapeuta debe ser capaz de desarrollar una imagen del adolescente, libre de sus problemas del momento, basada en sus fortalezas y recursos. En otras palabras, no debe abordarse al adolescente de acuerdo a un modelo de enfermedad sino de flexibilidad. Esto podría verse como la formación del **Yo ideal** del adolescente. Sin embargo, al emplear el lenguaje del apego (Bowlby, 1969), esta imagen puede comprenderse con facilidad como la formación de un modelo de trabajo internalizado, positivo de manera afectiva, o una representación mental del niño. Esto es esencial dentro del terapeuta, porque es la imagen que se transmite a través del trabajo y que es experimentada por el adolescente en su forma no-verbal más primitiva.

Características y actitudes del terapeuta

Se ha demostrado que ciertas características generales, como la genuinidad, la empatía y la calidez, son factores comunes a todos los tratamientos y terapeutas (Wampold *et al.*, 1997; Luborsky, 1994; Orlinsky *et al.*, 1994). Además, el AIT requiere tener flexibilidad (en especial para **jugar**) y conservar el **sentido común**, aspectos que apoyan la capacidad del terapeuta para facilitar el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica y para implementar técnicas específicas. Estas características quedan de manifiesto en **actitudes** específicas del terapeuta hacia el adolescente y en su **postura** al trabajar con éste en cada sesión. Pfaefflin y Kächele (2000) observaron que ciertas características del psicoterapeuta, como el pesimismo, un énfasis exagerado en conceptos teóricos (como la abstinencia) y la falta de interés y atención, empeoran el resultado de la terapia. Ricks (1974) observó que los terapeutas no sólo alcanzan el éxito mediante las intervenciones, sino que también a través de su postura y debido a su personalidad. Estas características específicas del terapeuta y del paciente, además de su interacción, requieren un estudio más detallado.

Existen tres actitudes que aportan un apoyo óptimo al proceso terapéutico del AIT: la apertura y la aceptación dentro de la estructura del tratamiento, el optimismo (tener una representación mental positiva del adolescente) y la curiosidad y el interés en conocer al adolescente como persona (no sólo dentro del contexto de su patología).

El optimismo es una actitud general que permite al terapeuta involucrarse terapéuticamente porque existe una visión del potencial del adolescente, una imagen del paciente “saludable”. También se relaciona con la percepción de aquél acerca de que el adolescente es capaz de involucrarse en el tratamiento y de cambiar mediante éste. Esto tiene su contraparte en el adolescente, lo que aquí se ha llamado “un milímetro cuadrado” de motivación para cambiar en el tratamiento. Ambos elementos son necesarios para lograr un tratamiento exitoso. Además, el terapeuta debe fomentar en el adolescente, al menos, una actitud de escepticismo benigno con respecto al terapeuta. Así como éste debe tener una cuota de “optimismo” acerca de aquél; este último debe tener (como mínimo) una actitud de escepticismo benigno hacia el primero. No es de esperarse que confíe en él desde el principio, sino más bien que lo acepte como “benigno” y que se mantenga “escéptico” hasta que la actitud constante de interés y ayuda se convierta en confianza mutua y en una alianza de trabajo.

Se entiende que la alianza terapéutica se basa en la presencia del “optimismo” del terapeuta con respecto al adolescente y en el “escepticismo benigno” de éste adolescente hacia aquél.

Postura del terapeuta

Además de esta actitud optimista, se requiere que el terapeuta esté por completo presente, con una postura caracterizada por la curiosidad y el interés en la experiencia del *self* del adolescente. Puede considerarse que la postura terapéutica con-

siste en factores asociados a todos los buenos profesionales (autenticidad, calidez, empatía), pero al enfatizar ciertos aspectos que son en especial relevantes para los adolescentes. Un terapeuta está por completo presente cuando su lenguaje corporal, su tono afectivo y su discurso son consistentes y se integran en una curiosidad cognitiva dirigida a entender la experiencia del adolescente en todas las áreas, pero con especial atención a la relación aquí y ahora.

Existen razones, tanto prácticas como dinámicas, para enfatizar ciertos aspectos de la postura del terapeuta. Aunque hay muchas técnicas que pueden facilitar en gran medida la capacidad del adolescente para pasar de una posición de difusión de la identidad a un desarrollo normal de la misma, todas ellas se basan en una simple premisa. Los adolescentes, como los niños, aprenden de manera primordial a través de acciones. Por lo tanto, lo que éstos experimentan son las acciones del terapeuta. Aquél con un genuino interés y curiosidad por las experiencias del joven paciente modelará una forma productiva de involucramiento interpersonal. En un nivel más profundo, es importante comprometer al adolescente en tener curiosidad e interés en sí mismo y en su relación con el terapeuta.

De manera clínica se observa que los adolescentes con patologías de la personalidad muchas veces han perdido la curiosidad e interés en las cosas, rasgos que por lo general son una característica prominente en los niños y adolescentes normales. El terapeuta necesita concentrarse en incrementar la curiosidad e interés del joven en sus propias experiencias; éste es el comienzo de un proceso que conduce a la capacidad de reflexionar, y la reflexión es la base de la diferenciación del *self* de los otros y de la integración del *self*. También se sabe que la curiosidad es un aspecto de la excitación autonómica positiva asociado con un aumento de la capacidad de lograr nuevos aprendizajes y que permite el cambio en patrones conductuales manifiestos (Cozolino, 2010).

Dado que una de la meta del tratamiento es facilitar la integración de estas relaciones objetales internalizadas escindidas, que se manifiestan en afectos, cognición y conducta contradictorios, es esencial que los terapeutas sean integrativos en su comunicación:

su lenguaje corporal del terapeuta es un vehículo de comunicación importante para los adolescentes.

Además, éste debe estar siempre consciente de su comunicación no-verbal y necesita evaluar si es consistente con el tono afectivo, cogniciones, curiosidad y comprensión que se transmitan. Las discrepancias del terapeuta contienen información importante acerca de las dinámicas manifiestas en la relación de transferencia y se usan como la base del proceso interpretativo en el tratamiento.

Todas las expresiones no-verbales, entre las que se incluyen el afecto y lenguaje corporal (como las expresiones faciales), son formas de comunicación más básicas; como tales constituyen una forma primaria de comunicación con adolescentes cuyas patologías se basan en mecanismos de escisión y que poseen una capacidad limitada para identificar, articular o integrar las discrepancias entre expresiones no verbales y verbales. A través de la articulación consistente de estas funciones por parte del terapeuta mediante su curiosidad por conocer y entender las experiencias

del adolescente, éste último desarrolla un lenguaje con el cual puede identificarse y conocerse a sí mismo y de manera eventual, modificar sus acciones.

Postura terapéutica

Estar por completo presente. Esto ocurre cuando el lenguaje corporal, tono afectivo y discurso del terapeuta son consistentes y se integran con una curiosidad cognitiva dirigida a entender la experiencia del adolescente en todas las áreas, pero con especial atención a la relación aquí y ahora (no ser un robot)

Imagen espejada. Uso de la metacognición

Capacidad de contener el afecto. Un requisito básico para la realización de todas las técnicas del tratamiento

Mantener la objetividad

La objetividad implica mantener una posición que no se alía con los impulsos, prohibiciones internas ni pensamientos del adolescente, sino que se mantiene equidistante con respecto a todos estos elementos, incluida la realidad externa (Clarkin *et al.*, 1999). Un terapeuta que interviene desde una posición de objetividad evita tomar partido por cualquiera de las fuerzas involucradas en los conflictos del paciente. Esto implica mantener la posición de observador con respecto al paciente y a sus otras dificultades. Sin embargo, al trabajar desde una posición de objetividad, el terapeuta se alinea con la parte saludable del individuo.

Cuando se trabaja con adolescentes, esto también conlleva estar consciente de las influencias de la transferencia (y de la contratransferencia del terapeuta) con respecto a los padres y a la familia. Esto es relevante no sólo porque en ocasiones aquél trabajará en forma directa con ellos, sino porque ellos pueden entregarle información sobre aspectos del adolescente que pueden escindirse y proyectarse en los padres para luego proyectarse en el terapeuta. Por lo tanto, el terapeuta debe mantener una postura objetiva dentro de la cual pueda observar, entender y utilizar esta información en su trabajo con el adolescente.

Las desviaciones intencionales de la objetividad sólo ocurren cuando el *acting out* del paciente pone en riesgo la supervivencia del paciente, de otros o del tratamiento. En estas situaciones, el terapeuta debe actuar para proteger en primer lugar al adolescente, y luego debe reinstaurar la objetividad cuando ya no sea necesario imponer límites. Las desviaciones innecesarias e involuntarias de la objetividad son el resultado de la contratransferencia. Estar consciente de la contratransferencia ayuda a comprender la activación de las diadas de relaciones objetales subyacentes y permite guiar la selección de las técnicas empleadas en las intervenciones terapéuticas.

FASE PREPARATORIA Y EDUCACIÓN

Durante esta etapa el terapeuta educa tanto al adolescente como a su familia acerca de la naturaleza de los problemas del joven y delinea las expectativas del tratamien-

to. La meta es optimizar el potencial de los familiares para apoyar el tratamiento, mejorar el resultado del mismo y disminuir la tasa de abandono al reducir la probabilidad de escisión y el *acting out* relacionado.

Confidencialidad

El terapeuta regresará a los asuntos relacionados con la confidencialidad y las vías de comunicación durante esta fase. Esto incluye retornar a la discusión del acuerdo de confidencialidad delineado en un inicio durante la fase de evaluación del tratamiento, el cual destaca la política psiquiátrica estándar de que la confidencialidad sólo puede romperse si el adolescente se pone en riesgo a sí mismo o a otros. Algunos padres, en particular aquellos con adolescentes más jóvenes, pueden tener dificultades para apreciar y aceptar estos parámetros básicos. Las preocupaciones de éstos pueden relacionarse con varios aspectos, entre los que se encuentre un historial de *acting out* conductual grave y, o experiencias terapéuticas previas, o ambas. Es esencial explorar estos problemas con los padres de modo de que entiendan y se sientan cómodos con el proceso.

Con respecto a los límites de la confidencialidad, es útil discutir los contextos potenciales en los cuales se rompería la confidencialidad y cómo el terapeuta compartiría información con los padres si ello fuera necesario; por ejemplo, solicitar al paciente que les cuente a sus padres o programar una sesión familiar. Desde una perspectiva técnica, el terapeuta debe evitar coludirse con el paciente para esconder información de sus padres de modo de no facilitar la ganancia secundaria.

El terapeuta delinea condiciones adicionales para la comunicación entre él o ella y los miembros de la familia, a la cual se le recuerda que por las vías de comunicación toda la información fluye hacia el terapeuta, pero sólo la que el adolescente autoriza sale a través del clínico hacia los demás, en especial hacia los padres (excepto en casos de abuso grave de drogas, riesgo suicida, embarazo o de peligro grave para el adolescente u otros). Debe quedar claro para los padres que la confidencialidad no es bidireccional. En otras palabras, el terapeuta es libre de compartir con el adolescente lo que los padres conversan con el terapeuta. Es probable que esto también haga aflorar sentimientos encontrados en los padres, los que deben explorarse según sea necesario. Por ejemplo, éstos pueden querer compartir secretos familiares o revelar información sobre el adolescente que han descubierto de manera cuestionable (p. ej., al espiarlo) sin que el terapeuta revele dicha información al paciente. Aquél debe evaluar la información para definir si es importante para el adolescente, y si lo es, debe tener la libertad de usarla para ayudarlo. Él debe informar al joven de todos los contactos de parte de los padres, pero puede decidir cuánta información comparte con éste en ese momento. Por ejemplo, si éstos le revelan que se van a divorciar, pero que aún no han planeado cuándo o cómo hacerlo, el terapeuta puede reservarse esta información hasta el momento apropiado. Éste debe dejar claro a los padres que será necesario compartir esta información, pero que trabajarán juntos para determinar el mejor modo de hacerlo de manera terapéutica. La información que compartan los padres y que no tenga relevancia inmediata para el adolescente también puede guardarse hasta que sea relevante (si es que llega a serlo). Sin embargo, el terapeuta debe dar un resumen de toda la información relevante para el

paciente. Se debe hablar sobre la importancia de la honestidad en la relación terapéutica y abordar las preocupaciones de los padres acerca de este punto.

Cambio en la dinámica familiar

A la familia, al igual que al adolescente, se le informa que puede producirse un marcado cambio en el estilo de interacción familiar como consecuencia de que el joven esté en tratamiento. Éste puede cumplir una función (p. ej. fomentar una alianza o locus de poder en particular) dentro de la familia mediante su rol de paciente identificado. A medida que el joven comienza a cambiar o a cuestionar el ambiente dentro de la familia, el *statu quo* puede verse amenazado, lo que genera desequilibrio. En esta situación, no es inusual que los padres o el adolescente interrumpan el tratamiento en forma abrupta. La familia requiere educación con respecto a esta posibilidad para evitar una reacción terapéutica negativa o el fracaso del tratamiento.

También es importante conversar sobre las expectativas y limitaciones del tratamiento durante la etapa pre-contrato.

El terapeuta describe el modelo de tratamiento, en particular dentro del contexto de posibles diferencias en comparación con tratamientos previos y se aclaran las dudas y preocupaciones sobre el modelo. A la familia se le instruye sobre la posibilidad de que el adolescente se vuelva más sintomático a medida que se implementa el contrato o el plan domiciliario / *Home plan*. La negociación del plan domiciliario es muchas veces un proceso largo que puede cambiar las dinámicas familiares de manera incómoda; más allá de ello, es importante educar a la familia sobre la importancia del plan domiciliario dentro del tratamiento completo, puesto que refuerza el trabajo del que se realiza a nivel individual y da la oportunidad de aprender maneras más efectivas de interactuar. Por último, es esencial alertar a la familia acerca de las numerosas tensiones que pueden aparecer durante la implementación del plan domiciliario y acerca de la necesidad de monitorearlas y discutir las a lo largo del tratamiento.

Limitaciones del tratamiento

Las limitaciones del tratamiento también se discuten con el adolescente y su familia. Una limitación en particular que debe enfrentarse es la importancia de mantener el marco de la terapia; es decir, que el terapeuta no estará disponible para contactos ilimitados entre sesiones con el paciente o su familia; aunque debe quedar claro que, en caso de un problema urgente o emergente, sí se debe contactarlo. El plan de contingencia, cualquiera que sea, debe explicarse en este punto; por ejemplo, llevar al adolescente a la sala de emergencias en caso de que esté desregulado de gravedad y, o se ponga en riesgo a sí mismo o a otros, o ambos. Los problemas no urgentes deben resolverse en la siguiente sesión individual programada, o, de ser necesario, durante una sesión adicional ya sea familiar o solo con el paciente programada en respuesta a dicho evento o situación.

Rol de la familia en el tratamiento

La familia se reunirá de forma periódica con el terapeuta, puesto que la comunicación regular con los padres es importante para apoyar el trabajo individual del adolescente. Sin embargo, las reuniones con la familia no deben convertirse en terapia familiar, ni deben realizarse interpretaciones. Ésta puede indicarse en forma adicional para los padres, ya sea en pareja o individual, en respuesta a las necesidades independientes que éstos presenten y que pudieran impactar a la familia o de manera directa al adolescente, de acuerdo al nivel de patología de las interacciones y al impacto negativo en éste. A las familias se les informa sobre la posibilidad de que se recomiende terapia familiar y, o individual para los padres a medida que avance el tratamiento.

Psicoeducación

A diferencia de los pacientes adultos, quienes por lo regular han visto a muchos terapeutas y han participado en variados tratamientos previos, es probable que los adolescentes y sus familias tengan poca o nula experiencia o conocimiento sobre lo que se requiere en la psicoterapia ambulatoria intensiva. Se debe emplear tiempo para educarlos sobre la naturaleza de la patología y de sus dificultades asociadas, además de explicitar la expectativa de que el adolescente y su familia apoyarán el marco de esta terapéutica.

Es útil que el terapeuta identifique ciertas respuestas prototípicas de los padres que pueden interferir con el tratamiento del adolescente. Algunas de ellas se resolverán mediante el uso del contrato (p. ej., la tardanza crónica de los padres al traer al adolescente a las sesiones). Otras se enfrentarán durante la fase de educación sobre éste previa al tratamiento.

Durante la evaluación, con frecuencia se revelan los límites del conocimiento de los padres sobre el desarrollo adolescente normal y sobre cómo tratar con sus hijos en este periodo. En tales casos, se da psicoeducación para fomentar la comprensión de las tareas del desarrollo normal del adolescente y de las áreas en las que su hijo o hija enfrenta dificultades.

Por lo general, se consideran cuatro áreas:

1. Comunicación, construcción y mantenimiento de las relaciones
2. Establecimiento de límites
3. Seguridad / rescate / juicio / autonomía
4. Manejo del afecto

Es frecuente que los padres lleguen predispuestos a instruir al adolescente en lugar de escuchar cómo piensa sobre una situación o problema y hacer preguntas para guiarlos hacia una comprensión o solución adecuada. Este último enfoque ayuda a construir confianza y respeto mutuos dentro de la relación, elementos clave para establecer límites y manejar emociones difíciles de manera efectiva.

La información sobre qué es normal y usual en los adolescentes les da a los padres un marco de referencia dentro del cual pueden comprender las áreas que le

resultan problemáticas a su hijo o hija. También abre la posibilidad de que tomen conciencia sobre la profundidad y extensión de las dificultades de su hijo o hija, algo que pueden no haber aceptado hasta ese momento. En casos excepcionales, esta información también puede hacer que aquellos padres muy predispuestos a hallar disfunciones en su hijo o hija normalicen su visión y sus expectativas. Se revisan las tareas normativas de la adolescencia y brinda información sobre los comportamientos adolescentes, en particular en áreas de alto riesgo.

La sub-fase de psicoeducación comienza justo después del inicio de la de evaluación y no sólo incluye discusiones sobre lo que los padres y el adolescente quieren que cambie como resultado del tratamiento, sino que también trata de anticipar las formas en las que cambiará la familia (no sólo el adolescente) debido a éste. Esta etapa incluye elementos contractuales previos al tratamiento que sacan a la luz y exploran las ambivalencias iniciales con respecto al compromiso de la familia en el tratamiento del adolescente. Todos estos componentes se incluyen como forma de optimizar el potencial de la familia para apoyar el tratamiento, mejorar el resultado del mismo y disminuir la tasa de abandono al reducir la probabilidad de escisión y del *acting out*.

Resumen de las metas de la psicoeducación

- Educar a la familia y al paciente a fin de optimizar el potencial de la familia para comprometerse en el apoyo al tratamiento (y minimizar el abandono)
- Explicar las expectativas del tratamiento y delinear sus limitaciones
- Anticipar elementos potenciales que puedan contribuir a una terminación prematura
- Anticipar las formas en las que cambiará la familia (no sólo el adolescente) como resultado del tratamiento

Factores que pueden contribuir a las interrupciones del tratamiento

Dado que la meta principal de la fase de psicoeducación es lograr que los padres apoyen el tratamiento del adolescente, es importante tener una comprensión clara de los factores que tienen el potencial de afectar el tratamiento.

Respuestas de los padres

Con base en la evaluación inicial, es posible tener un indicio sobre cuáles podrían ser las predisposiciones transferenciales de los padres. Se han identificado algunas de las más típicas, por ej. se ve al terapeuta como un “salvador” que “les va a arreglar todo” a los padres y a su hijo ; al clínico y el tratamiento como un “vertedero” donde los padres “depositan” al adolescente para que sea tratado, con la esperanza de que aquél “lo arregle todo” y con ello abandonan su responsabilidad de ayudar a mejorar la situación; al terapeuta como un “ladrón” que les va a “robar” el afecto del adolescente; y al terapeuta como un “protector a sueldo”, empleado por la familia y que por lo tanto debe seguir sus instrucciones y proteger al adolescente de toda amenaza, ya sea interna o externa. Es útil para el clínico identificar y abordar estas respuestas.

Disposiciones transferenciales de los padres

- Terapeuta como “salvador”
- Terapeuta como “vertedero”
- Terapeuta como “ladrón”
- Terapeuta como “protector a sueldo”
- Terapeuta (mujer) como “competidora” con la madre

Aquellas que puedan interferir con el tratamiento se resolverán de manera directa en el contrato (p. ej., la tardanza crónica de los padres paralevar al adolescente a las sesiones). Otros problemas requieren que el terapeuta esté atento, los monitoree e intervenga según sea necesario, pero no es forzoso que éste interprete de manera directa a los padres. Por ejemplo, mantener límites claros con el fin de manejar y contener la envidia de éstos frente al hecho de que su hijo o hija reciba ayuda terapéutica y para enfrentar su deseo de utilizar al terapeuta para satisfacer sus propias necesidades.

En especial las mujeres psicoterapeutas pueden ser vistas como una competencia amenazante para las madres. El miedo de que otra mujer pueda ser una “mejor madre” para su hijo es comprensible y debe discutirse como un tema central al comienzo y durante el tratamiento. La ambivalencia de una madre que quiere que la psicoterapeuta sane a su hijo y que, al mismo tiempo, teme que ésta sea más exitosa que ella misma, debe comprenderse y comunicarse una y otra vez. Las respuestas de los padres se tratan durante la etapa de la educación con respecto al contrato previa al tratamiento, con el fin de anticiparse a los problemas.

Límites, alianzas y locus de control

Además de las predisposiciones transferenciales de los padres, existe el tema de las alianzas y la distribución del poder que pueden repercutir en la habilidad del adolescente de mantener su participación en el tratamiento. Las alianzas, límites y locus de poder se observaron durante la fase de evaluación. Si hay una alianza intensa entre un padre y el adolescente, es posible que el primero desee terminar el tratamiento de forma abrupta si dicha alianza es amenazada. El terapeuta puede anticipar este hecho: a medida que el adolescente se separa y se individualiza con respecto al padre, éste puede sentir que el clínico usurpa su lugar en los afectos del adolescente. El acto de anticiparse a este evento (es decir, la terminación abrupta) sin la necesidad de interpretarlo puede disuadir o impedir que se produzca, al alentar un diálogo acerca de la posibilidad de que ocurra.

Estrategias generales de parentaje

Existen varios conceptos generales que es útil que los padres entiendan con respecto a su hijo, en particular durante la adolescencia. Algunos de ellos son conceptos generales del desarrollo que influyen en forma directa en la posible actitud y las acciones de un padre durante las interacciones con su adolescente y que, por lo tanto, son importantes para guiarlo hacia una interacción más productiva.

Hijo y padre “suficientemente buenos”

La idea del hijo “suficientemente bueno” no es ni un hijo del todo bueno, ni del todo malo”. A veces, muchos padres han perdido la posibilidad de ver algo positivo en la experiencia con sus hijos debido a que están en una lucha y haciendo frente a comportamientos negativos y abrumadores. El terapeuta presenta el concepto básico de que el adolescente necesita sentir que el padre aún cree que existe algo rescatable dentro de ellos, aunque se hayan comportado mal.

Además, se discute también la importancia del padre “suficientemente bueno”. Se les muestra a éstos que hay un paralelismo en la forma como interactúan con el adolescente y el comportamiento resultante de éste. Si los padres gritan, critican o denigran como respuesta permanente a las conductas negativas, entonces lo que logran es aumentar la probabilidad de que el adolescente los vea sólo de esa manera negativa y adversa. De esta forma se perpetúa un patrón de interacción negativa, el cual tiene efectos fatales en sus relaciones, pero principalmente en el autoconcepto del adolescente y en la imagen que tiene sobre sus padres.

Actitud general de los padres

Hay muchas habilidades de crianza que los padres que tienen dificultades con su hijo/a han perdido o tal vez nunca aprendieron. El terapeuta debe ofrecer indicaciones generales de parentaje como una forma de recordarles a éstos que hay cosas que pueden hacer, incluso cuando sienten que no tienen ninguna habilidad y que no son efectivos. Las siguientes ideas se revisan con los padres como parte de una discusión general sobre cómo pueden apoyar el crecimiento y desarrollo del adolescente mientras éste trabaja en el tratamiento para despejar los bloqueos que han interferido con su desarrollo.

- Escuchen, escuchen y escuchen un poco más
- Sean observadores y pongan atención
- Comuníquense de manera abierta
- Expresen sus valores y expectativas con claridad
- Sean empáticos y no juzguen
- Muestren aceptación y comprensión para que su hijo/a sepa que puede recurrir a ustedes incluso si ha cometido errores
- Hablen desde el comienzo y con frecuencia
- Estén preparados para escuchar opiniones con las que no están de acuerdo
- Hablen sobre la forma de resolver problemas
- Sean buenos modelos
- Ayúdenlos a manejar el estrés
- Edúquense a ustedes mismos y a ellos
- Estén atentos y alertas sobre los signos de depresión, comportamiento, impulsivo, suicidalidad, entre otros.
- Conozcan a sus amigos (y a los padres de sus amigos)
- Pregunten (dónde, quién, con quién, cuando, porqué, entre otros)
- Checar esto de forma periódica

- Recordarles a sus hijos que SIEMPRE pueden llamarles a sus padres y para CUALQUIER cosa y ellos estarán allí

Tareas de la adolescencia

Las tareas normales del desarrollo adolescente se deben revisar junto con la familia, en particular las áreas de flexibilidad que son las que el adolescente hace de forma correcta y en las que se desarrolla de manera adecuada. Las tareas en las que éste enfrenta un bloqueo también se discuten como parte de las metas del tratamiento (cuadro 5-1)

Cuadro 5-1. Psicoeducación

	Desarrollo normal	Trastorno	Tratamiento
Padres	<p>Las reglas deben negociarse en forma constante</p> <p>Se debe hallar el equilibrio entre la aceptación de una mayor autonomía y la necesidad de control</p>	<p>Síntomas</p> <p>Modelo etiológico</p> <p>Curso + pronóstico</p>	<p>Cómo manejar la sensibilidad específica del joven con respecto a estresores como la crítica, la separación y el rechazo</p> <p>Confidencialidad</p> <p>Postura</p> <p>Despeje de bloqueos</p>
Adolescente	<p>Establecer la identidad</p> <p>Desarrollar autonomía/independencia</p> <p>Establecer intimidad</p> <p>Desarrollar la autoestima</p> <p>Establecer una imagen corporal estable</p> <p>Logro</p> <p>Cambios en las relaciones padre-hijo</p>	<p>Síntomas</p> <p>Modelo etiológico</p> <p>Curso + pronóstico</p>	<p>Confidencialidad</p> <p>Postura</p> <p>Despeje de obstrucciones</p>

- Establecer la identidad
- Desarrollar autonomía/independencia
- Establecer intimidad
- Desarrollar la autoestima
- Establecer una imagen corporal estable
- Logro
- Cambios en las relaciones padre-hijo

Las áreas más problemáticas para los adolescentes en general se deben revisar con los padres, además hay que especificarles los comportamientos autodestructivos de sus hijos. Estas áreas se convertirán en los focos del contrato de tratamiento para el adolescente, pero muchas veces requerirán también que los padres se involucren, quienes deberán monitorear, contener o apoyar los intentos de éste por mejorar. Esta discusión sienta las bases para trabajar en el contrato del plan domiciliario familiar.

Ejemplos de conductas autodestructivas en la adolescencia

- Uso de sustancias
- Comportamiento sexual de riesgo
- Autolesiones
- Trastornos peligrosos de la dieta/desordenes de la alimentación
- Imprudencia al conducir
- Hurto en tiendas
- Problemas con el juego por dinero

Si el adolescente y su familia acuerdan comenzar el tratamiento, a los padres se les dará psicoeducación para ayudar a reducir el abandono del tratamiento, aumentar su apoyo al tratamiento individual del paciente, mejorar el funcionamiento familiar, dar contención [a los padres] y mantener límites apropiados.

ESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO

El contrato permite explorar las emociones y la experiencia dentro de un ambiente seguro para el adolescente y el terapeuta. El plan domiciliario es un contenedor para la familia, en especial entre padres e hijos, el cual apoya el trabajo que realiza el paciente en la terapia individual.

Una fase del contrato antes de iniciar el tratamiento permite maximizar las posibilidades de éxito mediante la psicoeducación y la exploración de cuestiones con respecto al tratamiento individual. Los padres son incluidos en la fase de la elaboración del contrato para facilitar su apoyo al tratamiento y al contrato individual. Existe además la necesidad de aumentar las intervenciones ambientales directas al trabajar con adolescentes.

Lo más importante es el desarrollo y realización del plan domiciliario, el cual representa el contrato familiar basado en reglas en la casa.

Fase de contrato

Durante la fase de establecimiento del contrato se delinearán las responsabilidades del adolescente, padres y terapeuta. El propósito de establecer un contrato de tratamiento es proveer un marco claro dentro del cual las desviaciones se puedan observar, clarificar, confrontar y por último, interpretar (Clarkin, *et al.*, 2006). Si bien la mayor parte de los aspectos del contrato individual quedarán entre el terapeuta y el adolescente, hay algunas modificaciones que involucran la inclusión de la familia. El proceso de incluir a los padres en el establecimiento del contrato tiene dos propósitos globales: primero, clarificar la capacidad del adolescente para responsabilizarse de manera personal para el cumplimiento del contrato de tratamiento y, segundo: discutir los parámetros del tratamiento con los padres en relación a su rol y a sus responsabilidades.

Contrato individual

Responsabilidades universales del paciente (modificado de Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999, 2006)

1. Asistencia y participación: se espera que los adolescentes lleguen a la hora estipulada y no se vayan antes del fin de la sesión
2. Pago: el adolescente debe estar al tanto del apoyo de sus padres al tratamiento, aunque con frecuencia los padres son quienes tienen la responsabilidad de conocer el monto, el método y las condiciones de pago
3. Hablar con libertad: informar al terapeuta sobre sus pensamientos y sentimientos sin censurarlos; enfocarse primero en las áreas con dificultad y luego en otras que le vengan a la mente.

Responsabilidades universales del terapeuta (modificado de Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999, 2006)

1. Atender las citas programadas: el terapeuta deja en claro que las sesiones serán la prioridad del adolescente y se discute la política de cancelación de sesiones
2. Tratamiento: el terapeuta describirá el método del tratamiento, incluido el hecho de que no dará consejos ni "soluciones", sino que ayudará al adolescente en el proceso de tomar decisiones propias
3. Aclarar los límites de involucramiento del terapeuta (en especial para pacientes con experiencias previas de ruptura de límites)
4. Revisión del acuerdo de confidencialidad estándar, en el cual se integren las "vías de comunicación" en cuanto a cómo se compartirá la información con los padres (y lo contratado con ellos también)
5. Se compromete a esforzarse al máximo para entender y hacer comentarios cuando considere que serán útiles, pero también a hacer todas las preguntas que sean necesarias para entender todo de la mejor manera posible (p. ej., clarificación)

En el caso de algunas responsabilidades universales, el adolescente dependerá de un padre o apoderado que le ayude a cumplir los aspectos prácticos del contrato (p. ej., llegar a tiempo y pagar el tratamiento). Los asuntos prácticos como éstos se

resuelven con los padres durante el establecimiento del contrato familiar, pero también se conversan con el adolescente de modo de sentar las bases para la reflexión y la discusión en caso de que éste se comporte de formas que puedan amenazar el cumplimiento de las responsabilidades de los padres.

Contrato familiar

El contrato familiar se negocia en sesiones familiares paralelas a aquellas en que se establece el contrato individual con el adolescente. La meta principal de incluir a los padres en la etapa de contrato es apoyar el tratamiento individual. La inclusión de los padres en el proceso de establecimiento del contrato busca evaluar su capacidad de ayudar de manera concreta al adolescente a ceñirse al contrato individual, medir su nivel general de apoyo, remarcar posibles obstáculos y dar más psicoeducación sobre la difusión de la identidad y al modelo de tratamiento, según sea necesario.

Luego, los padres y el adolescente se reúnen para establecer un plan domiciliario que integra aspectos del contrato familiar e individual, el cual cumple la función de organizar las interacciones conductuales manifiestas entre el paciente y su familia, estipular recompensas y consecuencias para distintos comportamientos, dar la oportunidad de aclarar distorsiones en la percepción de la realidad (en particular las discrepancias entre el adolescente y los padres) y estimular la autorreflexión y la responsabilidad personal por las acciones/contribuciones de cada uno a la interacción; en todo esto es importante que siempre se mantenga una actitud (cuadro 5-2).

Cuadro 5-2. Contrato del plan domiciliario: responsabilidades

Responsabilidades	Adolescente	Padres	Terapeuta
Universales	Asistencia y participación Empleo de la técnica de asociación libre Apertura a considerar los comentarios del terapeuta	Pagar a tiempo Apoyar la asistencia y participación del adolescente Respetar los canales de comunicación (confidencialidad)	Atender a las sesiones Describir el método de tratamiento Clarificar los límites de involucramiento del terapeuta Acuerdo de confidencialidad Esforzarse al máximo para entender y hacer comentarios cuando considere que serán útiles.
Individuales	Comprometerse a detener conductas específicas que sean destructivas o que interfieran con el tratamiento	Responsabilizarse por conductas negativas específicas (p. ej., no regañar); mantener límites adecuados	Estar consciente de las predisposiciones a la contratransferencia

El proceso de articulación del plan domiciliario permite discutir las dinámicas familiares, aclarando problemas tanto del sistema familiar como individuales. Más aún, el plan domiciliario provee un “Yo de apoyo” para la familia al dar una estructura y un modelo explicativo para comprender las acciones y la visión de mundo del adolescente. Por último, el plan domiciliario apoya la motivación y las conductas positivas al ayudar a establecer un sentido de competencia a medida que el paciente aumenta su habilidad para contener y manejar los afectos de forma más efectiva.

Amenazas al tratamiento

Hay muchos factores que pueden afectar el tratamiento del paciente. Aunque muchos de ellos son resultado directo de los conflictos intrapsíquicos que son la base de la disfunción del adolescente, también existen elementos del entorno en el que éste se desenvuelve que pueden interferir con la continuidad del tratamiento. Varias de estas amenazas pueden identificarse mediante una evaluación detallada de su patología, su ambiente (incluido su ambiente familiar) y sus experiencias previas de tratamiento.

Problemas para llevar al cabo el tratamiento

1. Intentos de suicidio
2. Geografía: distancia con respecto a la consulta
3. Incapacidad de pagar: intencional o debido a los costos de viaje
4. Adicciones
5. Trastornos alimentarios
6. Sabotaje de los padres
7. Reacciones terapéuticas negativas
8. Transferencias eróticas
9. Ganancias secundarias
 - a) del adolescente
 - b) de los padres

Amenazas individuales

Es importante incluir también las amenazas individuales al tratamiento dentro del contrato (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999, 2006). Además el terapeuta también deberá informarle al adolescente (y a los padres) que cualquier nueva amenaza al tratamiento, será incluida en el contrato, siempre y cuando ocurran. Las amenazas al tratamiento se relacionan con la sintomatología actual del adolescente y con su historial individual. Entre los elementos más importantes a incluir en el contrato están las conductas suicidas y autodestructivas (y los impulsos o acciones homicidas, si estuvieran presentes); esto también incluye conductas que representan una

amenaza para el terapeuta. Otros problemas que interfieren con el proceso de tratamiento son la mentira o el ocultamiento de información, el abuso de sustancias (lo cual incluye llegar a la sesión bajo su influencia), los trastornos alimentarios no controlados, la baja asistencia a las sesiones y el excesivo número de llamadas al terapeuta o las intrusiones en su vida.

Por último, existen hechos que ponen en riesgo la continuidad de la participación; por ejemplo, la creación de situaciones (externas) que interfieran con la asistencia a las sesiones (como programar actividades a la misma hora de la terapia), el no pagar los honorarios u orquestar una situación que interfiera con la capacidad de pago. Todo esto no amenaza de inmediato al tratamiento, pero si no se resuelven, destruyen cualquier esfuerzo terapéutico en pos del cambio. (Esta lista de amenazas para el tratamiento se ha modificado de Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999, 2006.)

Otras amenazas para el tratamiento

Existen muchos elementos que pueden interferir con la continuidad de un tratamiento efectivo. Éstos se han organizado de forma jerárquica para ayudar al terapeuta a seleccionar cuál es más urgente y debe atenderse primero. Las conductas de este tipo pueden ir desde las amenazas de emergencia hasta las más sutiles y, o menos inmediatas, o ambas.

Las principales prioridades son:

1. Rupturas del contrato como los intentos de suicidio o las autolesiones. También deben abordarse de inmediato, otras faltas como incumplimiento con diversas partes del tratamiento (p. ej., no asistir a reuniones de AA, no tomar los medicamentos recetados, entre otras).
2. Amenazas a la continuidad del tratamiento (p. ej., las peticiones de reunirse con menor frecuencia, problemas crónicos con la hora de las sesiones, entre otras). Dentro de las sesiones se encuentran actitudes o formas de ser que interfieren con el proceso terapéutico, como deshonestidad o el ocultamiento deliberado de información (p. ej., mentirle al terapeuta, rehusarse a hablar de ciertos temas, quedarse en silencio durante la mayor parte de las sesiones, entre otras). Esto se relaciona estrechamente con *el acting out en la sesión* (p. ej., dañar el mobiliario del consultorio, negarse a salir del consultorio al final de la sesión, gritar, entre otras).
3. Resistencias narcisistas, como la trivialización y, o la devaluación del terapeuta y, o de la terapia, o ambas. Por supuesto, la conducta del adolescente fuera de la consulta será un foco constante, por lo que los actings out no letales entre sesiones deben abordarse en el momento en que salgan a la luz y sean relevantes.

Por último, si ninguna de las situaciones de mayor prioridad estuviera presente, el terapeuta podría enfocarse en los temas no afectivos o triviales.

ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO

Una estrategia es un plan de acción sistemático y elaborado. En el AIT, existen algunas de éstas que son claves para guían el enfoque general y las acciones específicas que se articulan dentro de las tácticas y técnicas. En general, estos aspectos coinciden con el modelo de tratamiento de relaciones objetales elaborado por Clarkin y colaboradores (1999, 2006).

Paso 1:

La primera estrategia consiste en identificar las díadas de relaciones objetales dominantes a medida que se observen dentro de las relaciones extratransferenciales y dentro de la transferencia. Éstas ayudan a elucidar la consciencia del adolescente sobre ellas en sus relaciones interpersonales y en la interacción “aquí y ahora” con el terapeuta.

El clínico puede realizar lo anterior mediante un proceso de cuatro pasos: El primero requiere que éste experimente y tolere la confusión y los afectos intensos que se activan a medida que el mundo interior del adolescente se despliega durante el proceso. Éstos se observan en forma simultánea dentro de las descripciones del adolescente de sus relaciones con los demás (las relaciones “extra-transferenciales”), las reacciones del terapeuta ante éstas y dentro de la transferencia.

Paso 2.

La segunda estrategia requiere que el terapeuta identifique las relaciones objetales dominantes. Por ejemplo, el adolescente puede caracterizarse como “víctima desamparada” en su relación con un “otro que lo ataca”, algo también experimentado por el terapeuta, quien observa que el paciente se siente como una víctima atacada por él. La segunda estrategia consiste en observar e interpretar las inversiones de roles. Esto se refiere a las frecuentes oscilaciones, experimentadas por lo regular al comienzo como puntos de vista caóticos o actitudes hacia el terapeuta. Por ejemplo, éste puede ser visto como alguien dispuesto a ayudar, pero al minuto siguiente se convierte en un agente de los padres, que “sólo quiere que el adolescente se porte bien”. Una vez que el paciente (a través de las técnicas del proceso de interpretación: clarificación, confrontación e interpretación) ha identificado con éxito una experiencia de activación de la díada de relaciones objetales (ya sea en en las relaciones extra-transferenciales o en la transferencia), se le facilita al terapeuta hacer que el joven se dé cuenta de las inversiones de roles (puesto que tienden a presentarse juntas). Al seguirles la pista a estas inversiones de roles, será posible observar, clarificar, confrontar y por último, interpretar cómo se vinculan tales oscilaciones, para estar consciente de las díadas de relaciones objetales que se defienden las unas de las otras (Clarkin *et al.*, 1996, 2006).

Paso 3:

Consiste en articular la relación (proveer el lenguaje para que el adolescente describa el patrón). Cuando el terapeuta tiene claridad sobre las díadas activadas, éstas pueden compartirse con el adolescente (tercer paso). En ocasiones, esto se denomina “nombrar a los actores” (Clarkin *et al.*, 1999, 2006). Sin embargo, ello sólo se realiza después de una exhaustiva clarificación del aquí y el ahora, del afecto y de las conductas que se activan. Así, cuando el terapeuta en efecto provee las palabras que describen la relación activada/escenificada entre

ellas, el adolescente puede verla de manera clara y aceptar el lenguaje como descriptivo de su experiencia (no aplicado de forma intrusiva por el terapeuta).

En este punto, esta etiqueta aplicada a la díada de relaciones objetales puede convertirse en una forma breve de referirse a algo que emerge en la transferencia, para ayudar al adolescente a lograr una mayor consciencia sobre la proyección de estas partes escindidas del *self* y del Otro, en el aquí y el ahora, lo que le permite tener una consciencia simultánea (que conduce a la integración) (Clarkin *et al.*, 1999, 2006).

Paso 4:

Consiste en observar y clarificar las reacciones del adolescente. En el paso final del proceso, el terapeuta pone atención a la reacción del paciente ante la presentación de las relaciones objetales existentes en el aquí y el ahora, y vuelve a aplicar la clarificación para así facilitar la reflexión cognitiva, la tolerancia afectiva y por último, la diferenciación del otro (el terapeuta) y la integración (de las representaciones mentales del *self* y del Otro).

Frecuencia de las sesiones individuales y con los padres/familiares

La frecuencia de las sesiones está determinada por la gravedad de las dificultades que se presentan. Una terapia usual para un adolescente con difusión de la identidad es de una o dos sesiones de cuarenta y cinco minutos por semana. Esta frecuencia puede aumentarse (o disminuirse en casos excepcionales) en función del nivel de funcionamiento. Es probable que se necesiten sesiones más continuas; en especial al inicio de la terapia, si el nivel de funcionamiento muestra una perturbación significativa. La mayoría de los tratamientos requieren sesiones dos veces por semana, puesto que debe haber tiempo suficiente para hacer un recuento de los eventos ocurridos entre éstas y para hacer el trabajo de conectar dichas situaciones con la experiencia interna del adolescente. En casos raros, si los síntomas entran en remisión y el funcionamiento mejora, el tratamiento puede reducirse hasta un mínimo de una sesión semanal. Esto ocurre en casos en los que el nivel de funcionamiento del adolescente es tan bueno que asistir con mayor frecuencia interferiría con las actividades dentro de las que sí funciona (p. ej., actividades extra curriculares como deportes, teatro, clubes, entre otros).

Además de las sesiones individuales con el adolescente, existen las sesiones familiares y con los padres. Al comienzo del tratamiento, mientras se establece el contrato familiar y el plan domiciliario, se realizan sesiones semanales con los padres y, o con el adolescente, o ambos. A medida que progresa el trabajo del adolescente, las reuniones familiares o con los padres disminuyen a una al mes o se convierten en sesiones de revisión que se realizan sólo cuando se necesitan. Sin embargo, de ocurrir una crisis (por lo regular cuando algo resulta destructivo ya sea para el individuo o para el tratamiento mismo), se llama a los padres. Una vez que se ha resuelto el problema inmediato, se vuelve a las sesiones de monitoreo que se realizan sólo cuando se necesitan.

Duración del tratamiento

El tratamiento es abierto en el sentido de que no se predetermina la duración ni el número de sesiones. El periodo del tratamiento está sujeto a la gravedad de las dificultades que se presentan, las metas de trabajo identificadas y el progreso del adolescente. Dado que la terapia está dirigida a adolescentes con difusión de identidad, por lo general el nivel de patología requiere un mínimo de seis meses para despejar un bloqueo menos grave, pero lo normal es que se necesite un año o más. Esto se basa en observaciones clínicas y en un estudio sobre el resultado de terapias de largo plazo con adolescentes (Seiffge-Krenke, 2011), que muestran que las mejoras conductuales más significativas ocurren dentro de los cuatro y seis primeros meses de tratamiento, mientras que en casos de patologías graves los cambios sólo son estables en tratamientos más largos. No es raro que un tratamiento se extienda por 10 a 16 meses, mientras se consolida la mejoría en la identidad. En los casos más graves, el tratamiento puede alargarse más. Ello se debe a la severidad de la escisión sumada a una complejidad mayor de los problemas conductuales manifiestos. En este modelo, el progreso del tratamiento es revisado en intervalos regulares para determinar si logran avances en las áreas definidas o si han emergido otras áreas que requieren atención. Esto puede llevar a una rearticulación de las metas del tratamiento y a una renegociación de los contratos del tratamiento con el adolescente y con los padres.

Intervenciones directas

Además del trabajo exploratorio en las sesiones individuales, puede ser necesario realizar intervenciones ambientales. Es usual que éstas sean propuestas durante la fase de evaluación; por ejemplo, puede indicarse la necesidad de efectuar pruebas neuropsicológicas/psicológicas seguidas de clases dirigidas a los problemas de aprendizaje. El terapeuta debe alentar a la familia a seguir estas recomendaciones, y puede incluirlas como condiciones en el contrato familiar.

La mayoría de las intervenciones directas ocurren durante la etapa del establecimiento del contrato, cuando el terapeuta trabaja con el adolescente y su familia para establecer interacciones más efectivas y adaptativas. Algunas de estas intervenciones relacionan a la familia con recursos colaterales, como pediatras, profesores, grupos de habilidades sociales, tutores y grupos de Alcohólicos Anónimos y Al-Anon. Un ejemplo de esto es el caso de los comportamientos autodestructivos. Una intervención directa es llegar a un acuerdo con el adolescente y con sus padres para que, en caso de un evento autodestructivo, se lleve al paciente con un pediatra que realice un examen médico antes de asistir a la siguiente sesión de terapia individual.

Otra forma de intervención directa consiste en intervenir en la forma en que interactúa la familia a través del plan domiciliario. La familia puede requerir que se modifiquen las reglas del hogar existentes. Por lo regular el terapeuta apunta las fortalezas de la familia y reduce los aspectos negativos de su dinámica familiar al explicitar las expectativas de la familia con respecto al comportamiento y las actitudes. Un área que se discute de manera frecuente es la de las responsabilidades del adolescente en cuanto a los quehaceres domésticos.

Enfoque dual de tratamiento: agudo/focal y de largo plazo (cambio estructural)

El objetivo global del tratamiento es ayudar al adolescente a moverse de una posición de difusión de identidad hacia los desafíos normales del desarrollo presentados por la crisis de identidad. La meta a largo plazo de lograr un cambio interno y estructural de la identidad por lo regular requiere un enfoque de terminación abierta, con una duración mínima de seis meses. Sin embargo, los adolescentes y sus familias acuden con dificultades agudas (la mayoría de las cuales son el resultado de una difusión de la identidad subyacente) y esperan un alivio bastante inmediato. Se entiende que el trabajo realizado en los temas centrales hará que poco a poco emerjan los temas subyacentes relativos a la identidad. Esta emergencia permite el trabajo elaborativo de los objetos escindidos e incompletos que conforman al *self* difuso y al Otro indiferenciado.

Este enfoque dual, centrado en el problema focal/la crisis aguda y en la difusión de la identidad subyacente, guía tanto el trabajo individual como las intervenciones ambientales (con los padres, la familia, la escuela, entre otros).

Asimismo, éste es importante para que el terapeuta pueda mantenerse flexible en cada sesión y para que determine qué aspecto es prioritario: las dinámicas internas, la realidad externa, o una combinación de ambas. El principio general es que si las conductas externas (autodestructivas) son contenidas, entonces el foco debe mantenerse en la exploración que hace el adolescente de las experiencias internas; y de manera ideal, en la transferencia. Mientras más se involucre el paciente (o su familia) en conductas destructivas o debilitantes, más deberá enfocarse el terapeuta en la realidad externa, interpretada dentro del contexto de las dinámicas subyacentes.

Guiado por el paciente *versus* guiado por el modelo

La función del modelo de tratamiento es darle al terapeuta un mapa con una ruta, no definir el viaje. El modelo proporciona una conceptualización sucinta de la forma en apariencia contradictoria y muchas veces caótica en cómo se presenta un adolescente con una patología de la personalidad (y de las conductas de su familia). Sobre la base de esta conceptualización, el modelo aporta una forma sistemática de abordar las dificultades del adolescente al proporcionar intervenciones de tratamiento y justificaciones para elegir las en cada momento.

Las maneras como se presenta el adolescente en cada momento guían al terapeuta en su elección entre las distintas técnicas disponibles para implementar. De este modo, el paciente guía la dirección del trabajo dentro del marco general establecido entre el adolescente y el terapeuta. Se espera que por momentos la parte destructiva del adolescente busque acabar con el tratamiento, y es entonces cuando el terapeuta deberá intervenir de manera técnica para llamar la atención del adolescente a este hecho. El terapeuta destaca la división (o escisión) que ahora existe dentro del adolescente, entre la parte que acordó trabajar para comprender algo

sobre sí mismo y la que en este momento busca la destrucción, para tomar el control y cortar la conexión con la otra parte (ahora ocupada por el terapeuta). Entonces, mientras el material que presenta el adolescente dirige las sesiones, el mapa y la ruta del terapeuta permitirá que ambos lleguen a un destino común.

TÁCTICAS

Una táctica es un plan para conseguir una meta específica. En terapia, el término se refiere a las cosas que se hacen para preparar la situación y guiar la aplicación de las técnicas (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999, 2006). En el AIT, identificar las representaciones objetales escindidas, dominantes de manera afectiva y propia de la difusión de la identidad, manifestadas durante la interacción aquí y ahora con el terapeuta, es la táctica principal para elegir dónde intervenir mediante el empleo de las técnicas de interpretación.

A través del tiempo, la aplicación consistente y sistemática de estas técnicas guiadas por las estrategias y las tácticas, terminará por conducir a la integración de las díadas de relaciones objetales escindidas y despejará los bloqueos, para dejar al adolescente libre para continuar el desarrollo de una identidad consolidada y normal.

Las tácticas primarias incluyen:

1. Establecer y mantener el contrato (el contrato individual del adolescente, y, según sea necesario, el plan domiciliario familiar)
2. Elegir el tema afectivo dominante, mediante la evaluación de las discrepancias entre la descripción que hace el adolescente de sus experiencias (realidad interna, con frecuencia con distorsiones) y la experiencia misma (realidad externa, observada primero en el contexto de las relaciones extratransferenciales y luego en la transferencia) mediante la exploración de la activación de las díadas de relaciones objetales
3. Regular la intensidad del afecto
4. Priorizar el contenido de las sesiones

Muchas de estas tácticas son análogas a las delineadas por Clarkin y colaboradores (1999, 2006) pero se han modificado, aumentado y especializado para satisfacer las necesidades de los adolescentes y sus familias. La elección de la díada a seguir depende de a) su predominio afectivo, b) su naturaleza egodistónica y, c) su conexión con la motivación para cambiar.

Mantener el marco del tratamiento

En puntos anteriores se habla sobre el establecimiento del contrato, pero mantenerlo constituye un proceso constante durante todo el tratamiento. A medida que éste evoluciona, el terapeuta debe estar de manera constante atento a cualquier violación del contrato (Clarkin *et al.*, 1996, 2006). Éste proporciona el marco dentro del cual se puede observar la activación de las díadas de relaciones objetales, al tiempo

que el adolescente enfrenta o distorsiona los límites establecidos en él. Por ejemplo, durante el curso de las sesiones, el adolescente puede volverse más pasivo y esperar a que el terapeuta proponga un tema o responda a un asunto tratado en las sesiones previas. Pueden pasar varias de éstas antes de que el terapeuta se dé cuenta de que el adolescente hace un *acting out* en relación al aspecto de asociación libre modificado del contrato; cuando el clínico escenifica la diada proyectada del cuidador que da apoyo y nutre al adolescente, un niño pasivo y lleno de necesidades.

Selección del afecto dominante

La selección del tema afectivo dominante es una táctica primaria basada en el concepto del principio económico (Hartmann, 1964; Clarkin *et al.*, 1999, 2006), pero se lleva a cabo dentro del contexto de comprensión de cuáles son las prioridades de la intervención. Cierta material que entra a la sesión en forma clara requiere atención inmediata (p. ej. los aspectos suicidas o de homicidio). Es más difícil priorizar los otros aspectos del material que el adolescente lleva a la sesión. Aquí es donde se emplean los principios dinámicos y estructurales de la intervención (Clarkin *et al.*, 1999, 2006) para seleccionar el contenido de la sesión al que se le debe dar prioridad.

Al trabajar con adolescentes, en particular es importante comenzar con las observaciones sobre lo que se activa en la superficie (material consciente) y clarificar esto con el paciente para que esté presente en su consciencia del aquí y ahora antes de entrar a una zona más profunda (material inconsciente). Por lo general, el material de la superficie es una defensa contra un impulso de la diada escindida. Por ejemplo, en la diada “te odio, pero no me dejes (te necesito)”, el vehemente rechazo a la ayuda ofrecida por el terapeuta puede ser una defensa ante el sentimiento de estar necesitado y ser dependiente (la diada de la superficie que puede oscilar), que en última instancia debe defenderse contra un temor aún más profundo de no ser digno de ser amado sino de rechazo por el cuidador (la relación objetal subyacente de la cual la persona se defiende).

Éste es el principio dinámico de la interpretación (Clarkin *et al.*, 1999, 2006) el que también se relaciona con el principio estructural. En adolescentes con difusión de la identidad, el paso de la superficie a la profundidad involucra la interpretación de la escisión entre las diadas de relaciones objetales positivas y negativas (al contrario del caso de las estructuras de nivel neurótico, en las cuales la interpretación se refiere a la defensa e impulso entre las estructuras del ello, el Yo y el superyó dentro de una identidad integrada, consolidada y diferenciada entre el *self* y el Otro).

Trabajar con las diadas de representaciones objetales constituye la culminación de la selección del tema afectivo dominante en el contexto de la comprensión de la estructura interna subyacente (Clarkin *et al.*, 1999; 2006). La estructura básica es la diada de las relaciones objetales, la cual está constituida por una autorrepresentación conectada con una representación de otro ligada por un afecto.

Seguir el afecto que se activa durante la sesión le permite al terapeuta dar seguimiento a las diadas de las relaciones objetales que se activan en cualquier momento en particular. En la difusión de identidad, las diadas de relaciones objetales internas están escindidas; las que son positivas y negativas se defienden las unas de las otras para mantener la escisión (a menos que el afecto negativo aplaste la existencia de los objetos positivos e idealizados). Algunas de las diadas están presentes en la superficie y son accesibles con mayor facilidad mediante la exploración consciente. (Clarkin *et al.*, 1996). Éstas son las primeras en identificarse y trabajarse a través de las técnicas de clarificación, confrontación y después interpretación.

Otras diadas se mantienen activas fuera de la consciencia para defenderse en contra y mantenerse en el inconsciente (“profundidad”). Éstas son en particular problemáticas cuando emergen a la superficie de la consciencia del adolescente y provocan que éste se comporte de formas contradictorias, con lo que de manera usual experimenta en la superficie (p. ej., si solía sentirse poderoso y agresivo frente a los demás, o si era la víctima, ahora está consciente de que necesita al Otro). Por lo tanto, estas diadas sólo salen a la superficie en raras ocasiones (por lo general son experimentadas por el adolescente como momentos de vulnerabilidad) y es normal que esto suceda por primera vez en la contratransferencia del terapeuta.

El afecto que se presenta en la sesión puede ser derivado de distintas fuentes, muchas veces de forma simultánea. El afecto puede ser compartido de manera activa por el adolescente en el aquí y el ahora, introducido por uno de los padres (u otra fuente externa) o si se encuentra activo dentro de la contratransferencia del terapeuta. La convergencia de conocimiento sobre afecto y estructura permite la identificación de las diadas de relaciones objetales que se activan en el aquí y el ahora. La tarea del clínico es ubicar la fuente e identificar el afecto, y al mismo tiempo identificar esto en relación a la **diada de relaciones objetales subyacente que se activa** (Clarkin *et al.*, 1996; 2006).

Con frecuencia, lo anterior se observa primero en la contratransferencia del terapeuta, como una proyección inicial que se defiende contra la consciencia de otra diada (profundidad), donde el clínico se vuelve consciente sobre otro sentimiento de contratransferencia: verse privado de sus habilidades e incapaz de ayudar al adolescente.

Este sentimiento se asocia a la diada de relaciones objetales defendidas de forma profunda dentro del adolescente, que representa el deseo subyacente de ser digno de recibir amor y ayuda. Sólo se vuelve en parte consciente en el terapeuta, quien experimenta los efectos negativos asociados con la proyección inicial (diada de la superficie) del adolescente.

El terapeuta (quien ahora puede, en el aquí y el ahora, tener acceso tanto a la reacción de la contratransferencia emocional y al mismo tiempo tener una comprensión cognitiva de las diadas internas activadas en el adolescente) usa las técnicas de clarificación, confrontación e interpretación de manera eventual para traer el patrón de interacción a la consciencia del paciente. Así, el clínico usa el sentimiento de ser rechazado para que el joven sea más consciente de cómo provoca este sentimiento en otros, primero dentro de las relaciones extratransferenciales, y luego de manera directa dentro de la transferencia.

Al oscilar la diada, el terapeuta puede integrar en la consciencia del adolescente la inversión de roles, en la medida en que el adolescente es la víctima del terapeuta perseguidor. Este intercambio también se aprecia dentro de la experiencia contra-transferencial de éste, y luego se le transmite al paciente mediante la clarificación, la confrontación y la interpretación. Mediante la aplicación sistemática de la clarificación, la confrontación y la eventual interpretación de las experiencias afectivas en las interacciones momento a momento (es decir, los afectos asociados a la diada de la superficie activada, su oscilación de la superficie y en ocasiones, el intercambio con la activación de la diada profunda), el adolescente puede comenzar a integrar las experiencias de ser tanto la víctima como el perseguidor (y es posible sea también la experiencia subyacente del “niño lleno de necesidades”).

Cuando el paciente es capaz de tolerar en forma afectiva y de entender de forma cognitiva que éste es un aspecto de su propia percepción (aunque inicialmente distorsionada) de la realidad (integrada) y no un verdadero aspecto de la relación con el terapeuta (diferenciación), quien puede empezar a acercarse a la diada de la que se defiende el adolescente a su consciencia.

Por último, mediante la aplicación sistemática de las técnicas en el trabajo extratransferencial y transferencial en el aquí y ahora, las diadas de superficie y de profundidad se vuelven conscientes para el adolescente de manera simultánea, con lo que aumenta la tolerancia afectiva. Esto le permite integrar los aspectos positivos y negativos del *self* y del Otro (con lo que aumenta su sentido de realidad); ello conduce a la integración (como resultado de la reducción y eventual eliminación de la necesidad de usar la defensa de la escisión).

Regulación de los afectos en las sesiones

Existen dos conjuntos de afectos que deben ser regulados durante el proceso terapéutico aquí y ahora, los del adolescente y los del terapeuta. La identificación de esta situación como una táctica ayuda al terapeuta a centrarse en mantener la objetividad, en particular frente a los afectos extremos que el adolescente trae a la sesión. También facilita la consciencia de explorar los afectos asociados con las diadas activadas de manera sistemática, al tener cuidado de no sobrepasar la capacidad del adolescente de tolerar el proceso. La meta de regular el nivel óptimo de afecto en la sesión (no demasiado, ni muy poco) por lo regular se alcanza a través de una aplicación juiciosa de las técnicas interpretativas.

Otro aspecto de la regulación del afecto es mantener la alianza terapéutica en un nivel suficiente para continuar el trabajo (Safran & Muran, 2000). En este punto, es útil recordar que la postura terapéutica requiere tener una imagen optimista del adolescente. Ésta se mantiene en forma simultánea con el trabajo activo con las diadas de las relaciones objetales, a la vez que se mantiene la objetividad.

Es importante evitar producir una reacción terapéutica negativa.

Aunque el foco todavía esté sobre aquellos afectos que se activan en relación con las diadas de relaciones objetales, debe mencionarse que la activación de los afectos

puede ocurrir como consecuencia del contacto con la realidad externa. El terapeuta puede ser impactado por eventos de su vida en un cierto día, lo que puede aumentar o disminuir su capacidad de manejar afectos (la cual debería ser monitoreada dentro de su contratransferencia). La regulación de los afectos también es importante tanto para el adolescente como para el terapeuta en su relación con los padres (y en otras relaciones en la realidad fuera de la sesión). Es importante que el clínico mantenga todo esto en mente, diferenciando los afectos activados por la realidad de aquellos que se relacionan con la activación de díadas de relaciones objetales subyacentes.

Es importante localizar la fuente de los efectos.

Intervención: tácticas

Aunque las tácticas descritas son una guía para saber dónde intervenir, aún es necesario priorizar el contenido presentado por el adolescente, el ambiente (es decir, la realidad externa del modo en que es traída a la sesión por los padres, la policía u otros eventos) y, o la contratransferencia, o ambas. Estas prioridades consideran en primer lugar la seguridad, en segundo lugar la amenazas a la continuidad del tratamiento y al final, el objetivo del trabajo; es decir, el mundo interno escindido de las relaciones objetales que constituye el centro de la difusión de la identidad (Clarkin *et al.*, 1999, 2006). Estas prioridades coinciden con el buen cuidado clínico en general y también con las metas del AIT.

Prioridades de las intervenciones

1. La seguridad está primero.
 - a) Suicidio y homicidio
 - b) Autoagresión
 - c) Abuso o negligencia
2. Amenazas a la continuidad del tratamiento
 - a) Conductas manifiestas (p. ej., faltar a las sesiones)
 - b) Deshonestidad (p. ej., mentiras evidentes u ocultamiento motivado de información relevante)
 - c) Violaciones del contrato (tanto del adolescente como de la familia)
3. Integración de la identidad
 - a) Activación extratransferencial de díadas de relaciones objetales
 - b) Activación transferencial de díadas de relaciones objetales
 - c) Otro contenido afectivo

En resumen, estas tácticas cumplen la función de orientar al terapeuta sobre lo que es importante atender en cada sesión. Aunque cada área en la que se debe enfocar es

distinta, está claro que deben estar disponibles en la mente del terapeuta de manera simultánea para priorizar en cuál de los aspectos de los problemas del adolescente debe enfocarse y qué técnica emplear (y en qué nivel, superficie, profundidad o realidad).

Transferencia y contratransferencia

Los adolescentes mantienen relaciones con padres, otros familiares, profesores y pares. En casos de difusión de la identidad, muchas veces éstas son distorsionadas por las proyecciones de su mundo interno. Dichas proyecciones son la transferencia del mundo de las relaciones objetales internas hacia la relación con la otra persona en la realidad. Dado que están más relacionadas con el mundo interno que con la realidad objetiva, crean distorsiones que están desconectadas y son inapropiadas, por lo que generan experiencias cada vez más discrepantes dentro del adolescente (el mundo interno y la realidad externa se distancian cada vez más, por lo que crece la discrepancia). Estas respuestas guiadas de manera interna (no modificadas ni moduladas por retroalimentación llegada desde la realidad externa) crean dificultades en la realidad, en la esfera interpersonal, lo que contribuye al mantenimiento de la difusión de la identidad.

Modificación del análisis de la transferencia con adolescentes

Con antelación se describió la importancia de la postura y actitud del terapeuta en relación a la aplicación exitosa de las estrategias, tácticas y técnicas de este modelo de tratamiento. Aun cuando el clínico debe mantener la posición de objetividad, también debe formarse la representación optimista del adolescente saludable (identidad integrada y diferenciada con mejoras concomitantes en su funcionamiento).

La incapacidad de formarse una representación optimista del paciente indica un problema para el clínico, que debe comprenderse porque tiene implicaciones para el pronóstico y para el tratamiento.

Cuando éste tiene dificultades, primero debe identificar si la dificultad deriva de aspectos que presenta el adolescente o si corresponde a una reacción de contratransferencia que interfiere con la capacidad del terapeuta de ver los aspectos positivos del joven. En el primer caso, puede ser que haya aspectos generales de éste (p. ej., trastornos de aprendizaje graves o una apariencia o actitud poco atractiva), identificados de manera típica durante la fase de evaluación, que interfieren con un pronóstico positivo en general. En el posterior, puede existir una contribución de los aspectos generales, pero también puede haber aspectos individuales que activen una reacción negativa en el terapeuta. En las circunstancias más graves, éste puede no estar capacitado para hacer el trabajo con el adolescente (y la familia) de manera adecuada, en cuyo caso la mejor solución sería referir al adolescente a otro terapeuta. Una razón típica para que el terapeuta no logre formarse una actitud optimista es la presencia de ciertas características antisociales que causan conductas graves. Si

se identifican estos rasgos durante la evaluación, se puede derivar al adolescente a un nivel de atención distinto (p. ej., tratamiento residencial).

Es común que el clínico se encuentre comprometido en un proceso en marcha con el paciente, que requiere la constante atención a las activaciones contratransferenciales que interfieran con el mantenimiento de la representación optimista. Éstas se emplean para comprender mejor las díadas activadas, y deben ser llevadas por el terapeuta a la aplicación de técnicas que fomenten en el adolescente el aumento de su conciencia y su eventual integración de las representaciones mentales escindidas del *self* y del Otro:

1. La actitud optimista del terapeuta tiene una relación directa con la capacidad de desarrollar una imagen afectiva positiva del adolescente, la cual es esencial para que el tratamiento avance de manera óptima. De nuevo, aquél debe observar y diferenciar los aspectos del mundo real contenidos en las relaciones del paciente y las reacciones tanto de transferencia como de contratransferencia. Esta imagen positiva cumple varias funciones durante el tratamiento:
 - a) Aporta una perspectiva alterna a la visión actual del adolescente. En esencia, la representación del terapeuta sobre su visión del joven le permite a éste último tener la experiencia de verse a sí mismo de distintas formas.
 - b) Es una experiencia inmediata de un cambio de perspectiva. El terapeuta mantiene una imagen positiva hacia la que el adolescente debe trabajar, similar a la muy importante función de la imagen positiva de los padres sobre su hijo, que es reflejada al hijo y forma la base de una autoimagen positiva. (Véase el estudio paralelo de la Dra. Kernberg para encontrar una explicación más completa de esta función; 2006).
 - c) Cuando los aspectos negativos amenazan con desbordar la experiencia del adolescente de sí mismo o de la terapia, la capacidad del terapeuta para mantener los aspectos positivos de la representación mental del paciente entra en juego de forma activa dentro del trabajo. Es una manifestación concreta de la integración de los aspectos positivos y negativos del adolescente, la capacidad de mantener en efecto la imagen positiva, incluso frente a un afecto negativo abrumador. La capacidad del terapeuta de hacerlo sustenta el espacio dentro del cual es posible para el adolescente integrar también estos aspectos.

TÉCNICAS

Para la mayoría de la gente, la aplicación de las técnicas es el corazón del tratamiento. En concordancia con esto, las técnicas se aplican y la fase de tratamiento comienza de forma oficial en AIT cuando ya se ha establecido el contrato de tratamiento. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las intervenciones terapéuticas se han desarrollado desde el principio (p. ej., diagnóstico diferencial, psicoeducación, establecimiento del contrato) y, además, las técnicas se aplican dentro de una estructura esencial (el marco de tratamiento). Más aún, las técnicas se aplican de manera óptima dentro del contexto de las estrategias, las tácticas y el ambiente terapéutico mantenido (p. ej., la postura y actitudes del terapeuta).

Canales de comunicación

En las interacciones momento a momento entre el terapeuta y el adolescente, se encuentran tres fuentes primarias de información usadas para comprender la activación de las díadas de las relaciones objetales en el aquí y el ahora. Los canales de comunicación son lo verbal y lo no-verbal del paciente y la contratransferencia del terapeuta. El primero es lo que el adolescente en efecto dice y representa un material accesible de manera consciente; sin embargo, no es raro que el adolescente olvide o niegue haber dicho algo debido a los procesos defensivos activos que buscan mantener la escisión. Las comunicaciones no-verbales consisten en lenguaje corporal, tono afectivo y otras observaciones conductuales (p. ej., ropa, higiene, entre otros). Por último, la activación de la respuesta contratransferencial del terapeuta es otra forma de comunicación con respecto a la interacción. Son las discrepancias entre estos tres canales las que por lo regular guían el punto de intervención.

Clarificación

La clarificación es comprendida como la invitación del terapeuta al paciente a explorar y explicar cualquier información poco clara, vaga, desconcertante o contradictoria.

La clarificación busca facilitar el desarrollo de la conciencia del adolescente sobre su propia experiencia. (Esto es distinto a dar “explicaciones” como haría un profesor). Éstas pueden centrarse en la realidad externa, el pasado del adolescente, la transferencia, las defensas actuales o una combinación de cualquiera de estos aspectos. En el AIT, el foco primario comienza en un aspecto específico de la realidad externa, las relaciones interpersonales (es decir, las relaciones extratransferenciales).

El lenguaje de los adolescentes

El lenguaje usado por el adolescente es una de las principales áreas en que el terapeuta debe enfocarse. Un ejemplo de cómo se usarlo para explorar la transferencia involucra una respuesta prototípica a un intento de éste de traer a la consciencia del paciente su enojo aparente durante una sesión, quien puede responder con un monosílabo despectivo: bah”. De inmediato el clínico notará en ese comentario y en su tono la devaluación del joven hacia él. El terapeuta debe comprender esa dinámica al trabajar con adolescentes, pero primero necesita explorar la relación extratransferencial mediante la técnica de clarificación antes de abordarla en forma directa dentro de la transferencia.

El terapeuta puede preguntar en qué situaciones el adolescente usa la expresión “bah” con sus pares, para luego clarificar cómo éstos responden y explorar si ellos experimentan la actitud del adolescente como despreciativo. El terapeuta también deberá indagar si el adolescente tiene alguna conciencia de su actitud despreciativa y, o la función defensiva de ésta, o ambas. Así, el patrón de interacción y la dinámica subyacente se lleva a la consciencia del adolescente, al emplear como vehículo la

relación extratransferencial. Las áreas específicas a las que apunta la clarificación son los afectos, las diadas de relaciones objetales y la perspectiva (es decir, el *self*, el Otro y el tiempo).

Afectos

La primera meta buscada al clarificar los afectos es facilitar la capacidad del adolescente de reconocer cuándo tiene una experiencia afectiva; segundo, de identificar y nombrar los afectos y, tercero, de desarrollar su habilidad de diferenciar el *locus* del origen del afecto, para identificar si éste se encuentra en el *self* o en el Otro, si es interno o externo).

Diadas de relaciones objetales

Clarificar las diadas de relaciones objetales es uno de los focos del tratamiento; pero en adolescentes, esto es esencial para ciertos aspectos de la fase de desarrollo (es decir, el contexto de la tarea de diferenciación de la familia de origen y el paso hacia el mundo adulto). El foco de la clarificación es la diferenciación entre el *self* y el otro, junto con la integración de la representación de sí mismo y otras representaciones.

Perspectivas

La perspectiva se emplea para describir dos aspectos de la experiencia, el tiempo y la visión. La primera es la perspectiva que da el tiempo cuando uno logra diferenciar el pasado, el presente y el futuro, e integrar esa experiencia a través del tiempo. Las clarificaciones relacionadas con el tiempo incluyen diferenciar la experiencia del *self* en el pasado, el presente, y la posibilidad de anticiparse a experiencias futuras, tanto fuera de la sesión en el contexto de las interacciones con otros como en el aquí y ahora de la sesión, en la relación con el terapeuta (es decir, en la transferencia). La perspectiva también se aplica a la visión del *self* y a la visión sobre la visión misma. La clarificación de la perspectiva de la *visión* se centra en lo que es la experiencia de uno mismo, la perspectiva del *self*, ya sea al introducir la posibilidad de que exista una perspectiva alternativa (otra) o diferenciar el límite de la perspectiva del Otro.

La clarificación es la técnica dominante empleada con adolescentes, ya que permite que éstos tengan un acceso completo al significado internalizado e inconsciente de sus acciones y además fomenta la autorreflexión. Esto sienta las bases para una eventual interpretación directa en la transferencia con el terapeuta.

El proceso de clarificación con adolescentes

Para que la invitación a clarificar sea bien recibida, el terapeuta debe iniciar un proceso específico. En primer lugar, el terapeuta debe aceptar la posibilidad de que

haya un significado propio para el adolescente en cualquier cosa que se presente (conducta, afecto y, o cognición, o ambos). El paso siguiente es empatizar con el “dilema” del adolescente. Éste consiste en que hay significados que pueden ser desconocidos, y es probable exista ansiedad/incomodidad/frustración asociadas a esta experiencia. Una vez que se reconoce la posibilidad de un sentido personal y que se empatiza con el dilema, el terapeuta puede comenzar la clarificación enfocada de manera específica en el material que el adolescente presenta. Esto se hace sobre todo mediante la curiosidad y el interés del terapeuta por entender cuál es el significado propio para el adolescente.

Es usual que la clarificación se centre en las inversiones de roles del adolescente, primero manifestadas en las relaciones extratransferenciales, pero monitoreadas dentro de la transferencia en forma simultánea. Muchas veces esto se puede explorar al involucrar al adolescente en un tipo de juego donde se le alienta a ponerse en el lugar de otros e imaginar cómo se sentiría, qué pensaría y cómo se comportaría. Esto también se puede expandir a la transferencia, al imaginar qué haría el terapeuta en una situación dada. De este modo se aumenta en forma directa el funcionamiento reflexivo, ya que al adolescente se le anima a articular su experiencia interna y a imaginar la del Otro; ello ayuda a incrementar la diferenciación entre el *self* y el Otro. Jugar con los roles también expande la capacidad de adoptar perspectivas.

Otro componente muy importante en el desarrollo de la identidad. De manera eventual, con el avance del tratamiento, la clarificación pasará de las diádas de la superficie y las inversiones de roles a las subyacentes, de las que el adolescente se defiende; en particular cuando salen a la superficie en la activación de la transferencia en el aquí y el ahora.

El proceso de clarificación no desafía de manera directa al adolescente a explorar las discrepancias entre la experiencia del *self* y del Otro (además el terapeuta pondrá atención a estos puntos y los empleará más tarde en las confrontaciones). La clarificación le permite al paciente desarrollar conciencia sobre su experiencia y a generar un vocabulario para referirse a ella, al mismo tiempo que identifica y tolera los afectos que emergen en el contexto del crecimiento de ésta conciencia y de sus significados asociados.

Ejemplo de cómo clarificar la motivación para el tratamiento

T: Te he escuchado y estoy atento a lo que me dices (curiosidad y actitud preocupada), y eso me hizo pensar en un par de cosas de las que te quiero hablar... si te entiendo de manera correcta, ¿me dices que vienes aquí para que no tengas que pelear con tu mamá?

P: Sí.

T: Si tu mamá te dejara tranquila, si ustedes no pelearan, ¿todo lo demás estaría bien?

P: Mmm...

T: Parece que piensas que es ella la que tiene problemas...

P: Sí, ella debería estar aquí, no yo.

T: ¿Qué te hizo venir aquí hoy?

P: ¡Tuve que venir!

T: ¿Tuviste que venir?

P: Mi mamá le dice a todos que estoy loca

T: ¿Y tú crees que hay algo en lo que necesitas ayuda?

P: No

(El terapeuta pasa a la relación extratransferencial y explora la relación objetal con otro “ayudante” antes de trabajar de manera directa en la transferencia).

T: ¿Cuál ha sido tu experiencia con psiquiatras y psicólogos? ¿Qué te parecen? P: (Cuenta la historia de una larga lista de terapeutas. Ella sentía que los terapeutas no la ayudaban).

T: Me gustaría compartir una idea sobre mi experiencia contigo hoy, para que me digas qué piensas de ella. Creo que eres muy cuidadosa con respecto a lo que me cuentas sobre ti misma, y que tal vez seas tan cuidadosa con lo que compartes conmigo porque piensas que trabajo para tu madre, para calificarte de loca, para que así ella pueda controlarte (interpretación preliminar, presentada como una hipótesis tentativa).

P: Sí (y su comunicación no-verbal pasó de sentarse hacia atrás y estar controlada a sentarse inclinada hacia adelante, escuchando con atención e interés).

Desde el primer contacto, el terapeuta identifica las relaciones objetales subyacentes y se basa en la siguiente hipótesis: la paciente experimenta a su madre como alguien que desea controlarla al hacer que el terapeuta la califique de “loca”, y luego trabaja para clarificar de qué modo esto interfiere con su capacidad de compartir los aspectos negativos de sí misma, porque si reconoce que hay algo malo en ella, entonces se convertirá en loca, que es como su madre la ha etiquetado. Este dilema interfiere con su motivación para establecer una relación de colaboración con el terapeuta y afecta su capacidad de contribuir a su evaluación. Esta es una interpretación parcial de la diada de las relaciones objetales que se activa en el aquí y el ahora entre la adolescente y el terapeuta.

Ejemplos de preguntas que ayudan a la clarificación

- ¿A qué te refieres cuando dices que eres como la Madre Teresa con tus amigos?
- ¿A qué te refieres cuando dices que “no te molesta” que tu amigo sea gay?
- ¿Por qué crees que no importa que tu madre no haya recordado hacerte un pastel de cumpleaños?
- ¿A qué te refieres cuando dices que sólo puedes contar en los hechos “reales”?

Confrontación

El proceso de confrontación con adolescentes involucra traer a la consciencia los pensamientos, sentimientos y, o acciones contradictorios del paciente, lo cual permite una integración gradual, que da como resultado mayor tolerancia de los afectos y los impulsos, una mejor capacidad para realizar juicios y, por lo tanto, mejora el funcionamiento interpersonal.

Al emplear los principios económico, dinámico y estructural en conjunto con el tema prioritario, la presentación contradictoria se observa en tres canales de comunicación: el verbal, el no-verbal y en la contratransferencia del terapeuta (Clarkin, *et al.*, 1999, 2006). Todos estos aspectos se emplean para ayudar al terapeuta a elegir los aspectos contradictorios del material (pensamientos, sentimientos y acciones del adolescente, además de la contratransferencia del terapeuta) con lo que confrontará al adolescente, y para saber cuándo compartir las discrepancias observadas.

La consciencia sobre estos patrones repetitivos, conflictivos y, o inconsistentes, o ambos, aumenta a través de la aplicación razonable de ciclos de confrontación. Esta técnica se apoya en elementos de la clarificación y se convierte en confrontación; primero, al pedirle al adolescente que observe y luego intente verbalizar su comportamiento, pensamientos y sentimientos además de la forma como éstos se relacionan (o si los experimenta como elementos inconexos). El proceso aclara las áreas de contradicción o inconsistencia y las lleva a la consciencia del adolescente. También, se emplea para marcar aspectos específicos en el aquí y el ahora de la experiencia del adolescente a la vez que se le desafía a reflexionar sobre su experiencia. Las contradicciones e inconsistencias, las funciones defensivas y los motivos inconscientes se llevan a la consciencia y se utilizan para confrontar las distorsiones de la realidad del paciente. De esta manera, continúa la preparación del terreno para la interpretación.

Ilustración del proceso de confrontación (ejemplo: sospechas sobre consumo de alcohol)

- En la sesión, el terapeuta comienza por compartir con el paciente la razón por la cual cree que éste beba (cuando el paciente ha acordado no beber en el contrato inicial y, o si ha negado beber, o ambos)
- El terapeuta debe mostrarse confundido y, o curioso, o ambos con respecto al cambio que percibe en la conducta del paciente, ya sea en la sesión o fuera de ella (lo que le hace sospechar que todavía bebe)
- Debe clarificar si el paciente ha observado también los cambios en su comportamiento
- Si los han notado, se debe proseguir con la exploración
- Si no lo ha hecho, se debe trabajar para que el adolescente vea lo que el terapeuta ha observado
- Si ambos coinciden, se debe seguir adelante
- Si no concuerdan, el terapeuta puede tener que aceptar este desacuerdo, pero de igual forma debe seguir con la exploración de esta discrepancia de opiniones
- El terapeuta debe explicar que está en busca de una forma de entender este cambio. ¿A qué podría deberse?
- El terapeuta debe pedirle al paciente que le ayude a entender qué podría pasar en relación con este cambio de conducta. (NOTA: las confrontaciones muchas veces retornan a la clarificación, puesto que forman parte de un ciclo. Asimismo, una confrontación puede llevar a una interpretación si el adolescente está abierto a este nivel de comprensión o si pasa por una crisis, la cual requiere un movimiento rápido de la superficie a la profundidad)

Discusión sobre el ejemplo del caso

De manera simultánea, existe la necesidad de reestablecer el marco y tal vez de volver a contratar en relación con la realidad externa. Si no se incluyeron exámenes toxicológicos aleatorios en el contrato, puede ser necesario añadirlos. En este contexto, también se deben explorar e interpretar las implicaciones de la transferencia. Dado que el terapeuta toma un rol activo en el establecimiento de estos parámetros externos, la postura de la objetividad técnica se modifica por un momento. Ésta debe reinstaurarse lo antes posible, y la desviación de la neutralidad debe interpretarse dentro de un contexto en el que el terapeuta se vio forzado a implementar estándares de seguridad debido a las acciones del paciente. En casos como éste, se requiere que el terapeuta sustente los aspectos proyectados del paciente que busca cambiar, puesto que el paciente está por completo sumido en su parte autodestructiva; esto, por último, garantiza la seguridad y bienestar del paciente, pero además, lo que es igual de importante, preserva el espacio del tratamiento para explorar todos los aspectos del mundo interno del paciente.

Las confrontaciones son invitaciones a observar las contradicciones de la experiencia que se han vuelto más conscientes durante el proceso de clarificación. Como se ha indicado, a veces éstas pertenecen a la propia experiencia del adolescente, pero con frecuencia se hallan entre la experiencia del terapeuta y la del adolescente. Es usual que las confrontaciones se toleren mejor cuando se dan en forma tentativa, como hipótesis, sobre las observaciones y, o los significados de dichas contradicciones, o ambos. Los siguientes son algunos ejemplos de enunciados del terapeuta con el objetivo de confrontar al adolescente.

Ejemplos de preguntas en la confrontación

- Me hablas sobre el dolor terrible que sientes y, sin embargo, sonríes. ¿Podrías explicármelo?
- Me cuentas que no estás para nada decepcionada porque tu madre no te llamó por tu cumpleaños, pero apenas puedes contener las lágrimas. ¿Cómo podríamos entender esto?
- En todas las sesiones, me dices que es muy importante venir al tratamiento, pero siempre llegas tarde. ¿Qué crees que pueda significar esto?

Interpretación

Como las confrontaciones, las interpretaciones son hipótesis que se le ofrecen al adolescente para que las considere.

A diferencia de las que buscan hacer conscientes las contradicciones, las interpretaciones apuntan a ayudar al paciente a organizar y desarrollar significado para sus pensamientos y acciones. Las interpretaciones se enfocan en el funcionamiento intrapsíquico, que se ha omprendido a través de las clarificaciones y confrontaciones anteriores con base al material que presenta conflictos. Tanto éste, como las con-

ductas conflictivas son las manifestaciones de las partes intrapsíquicas escindidas. La meta es ayudar a articular la relación entre los diversos aspectos del material consciente del adolescente y conectarlos con el inconsciente inferido que ejerce una influencia en su motivación y funcionamiento. La interpretación enlaza las contradicciones entre el material verbal, no-verbal y contratransferencial activo en la sesión (es usual observarlo mediante la identificación proyectiva y la experiencia de control omnipotente). Mediante la repetición de este proceso ocurre la integración de estos aspectos escindidos.

A diferencia del trabajo con adultos, cuando se trabaja con adolescentes, la interpretación requiere una actitud de juego. Dado que los adolescentes se encuentran en la transición de la niñez a la adultez, y sus habilidades cognitivas de razonamiento abstracto siguen en desarrollo, puede ser útil incorporar metáforas e historias al proceso de interpretación (de modo que las interpretaciones no se asemejen tanto a la enseñanza escolar ni se vuelvan demasiado abstractas).

Ejemplo de una metáfora

Historia

La paciente tiene 16 años, es una alumna de segundo año de preparatoria que se presentó con problemas conductuales, incluida agresión (física y verbal), falta de respeto a la autoridad (padres, profesores, entre otros), relaciones interpersonales inestables (relaciones volátiles con sus pares), promiscuidad e incapacidad de mantenerse dentro del salón de clases (muchas veces salía para fumar con otros menores que también se escapaban de clases).

La sesión empezó con su activo interés en seguirme de la sala de espera a la consulta. Ella se levantó de forma exhibicionista, se apoyó en su pierna derecha, porque la tenía inmovilizada con una férula, y tomó dos muletas al tiempo que trataba de sostener su bebida. De forma inusual estaba alerta y habladora, y comenzó a compartir su versión de los hechos que su madre me había informado antes de la sesión.

Descripción de la paciente

El plan había sido ir a ver una película con su novio mientras su padre y su hermano mayor veían otra película en el mismo cine. Esto cambió cuando ella decidió ir a comprar un par de pantalones que estaban en oferta en una tienda cercana. Se inició una serie de llamadas telefónicas porque un "amigo", John, la acusó a ella y a su novio de hacerle llamadas de broma en las que se hacían pasar por policías. En un inicio él cayó en la trampa, y cuando se reveló la verdad, se sintió humillado y buscó vengarse. Por razones que aún no se aclaran, ella y su novio caminaron por la calle, tal vez en espera del llamado de un amigo de ambos. John anunció que quería golpearlos a los dos. Ellos trataron de explicar que la broma se la habían hecho otro par de amigos. Él no les creyó. Ellos pudieron alejarse por un momento, pero seguían intercambiando amenazas. La paciente y su novio procedieron a llamar a sus amigos para ver quiénes se presentarían a la pelea, pero sólo tres estaban disponibles.

Mientras tanto, John había reunido un grupo de unos 20 jóvenes. La paciente y sus amigos se vieron superados en número, pero no iban a retroceder. Una joven la tiró del pelo y la amenazó. Ella le dijo que "la cortara", pero la otra joven no lo hizo y la violencia se desató cuando se dio vuelta y golpeó a la joven en la cara y, sin querer, le arrancó el aro que llevaba en la ceja. Ella admitió que su novio no quería pelear, y que fue su incapacidad de "callarse la boca" y sus comentarios provocadores los que convirtieron la situación en una riña que terminó con la paciente y su novio en la sala de emergencias. Él tuvo que ser suturado. A ella la golpearon en la rodilla, lo que agravó una lesión previa. Cabe mencionar que, en su pelea con la joven, ella admitió que le arrancó otro aro, además de un *piercing* que llevaba en la lengua. Esto lo dijo con un aire de orgullo, pero cuando más tarde se le preguntó sobre su experiencia, mostró

algo de culpa porque no había tenido la intención de hacerle un daño así a la otra joven; pero una vez que le hubo desgarrado la oreja su agresión se volvió “incontrolable”.

Reacción del terapeuta

Cuando finalizó la historia, la terapeuta comenzó a preguntarle sobre aspectos específicos de los distintos eventos y sobre cómo los había experimentado ella, en busca de conocer si ella, como pensaba su madre, era “incoregible” o si había un conflicto en su consciencia. Quedó claro que al hacerle preguntas (más o menos intencionadas) la terapeuta correría el riesgo de parecer juzgar y castigar (con lo que activaría de manera afectiva la díada de relaciones objetales de modo excesivo y bloquearía su capacidad de pensar sobre la experiencia). Cuando la terapeuta se dio cuenta de que había una imagen en su mente evocada por la contratransferencia, decidió no luchar contra la defensa, sino eludirla al compartirla una historia.

Uso de la metáfora: una historia

‘Un día que iba tarde al trabajo, un pavo macho se apareció en el camino delante de mi auto. Tuve que frenar con brusquedad para no atropellarlo. Él se quedó ahí, mirándome, y desplegó sus plumas, lo que lo hizo parecer hasta tres veces mayor que su tamaño normal. Mientras esperaba para ver qué iba a hacer él, y pensaba si podría pasar por su lado, varias hembras salieron de atrás de un muro de piedra y empezaron a cruzar la calle, entre la defensa de mi coche y el pavo macho. Él se quedó ahí como un policía vial hasta que las cinco o seis hembras cruzaron la calle. Luego retrajo las enormes plumas de su cola y lentamente comenzó a caminar desde el centro del camino hacia el lado donde habían pasado las hembras. Sólo entonces pude seguir mi camino al trabajo.’

Interpretación de la metáfora

La terapeuta empezó a hablar sobre lo que el pavo pensaría al momento de cruzarse delante del auto (fomento de la mentalización y un cambio de perspectiva) y sobre su deseo de verse más grande para asustar a la terapeuta. Su intención no era jugar ni pelear, sino sólo permitir que sus “amigas” cruzaran la calle con seguridad. La terapeuta describió su frustración porque ya iba tarde al trabajo y esta situación sin duda la haría llegar aún más tarde (identificación del afecto, particularmente negativo). La terapeuta expresó que sólo pudo haber avanzado, asustarlo para que se moviera, o que pudo atropellarlo, puesto que su auto con claridad era más grande a pesar de todo lo que el pavo tratara de agrandarse (demostración de la capacidad de pensar sobre la agresión pero sin pasar a la acción).

Al adoptar los distintos puntos de vista y perspectivas disponibles, la terapeuta comenzó a establecer las asociaciones entre la necesidad de John de “verse más grande” frente a su humillación y los posibles cursos de acción que ella pudo haber tenido (trabajo en la relación extratransferencial). Ella describió el proceso al identificar sus sentimientos de frustración: “¿por qué a mí? ¿Por qué ahora?” La terapeuta pudo elegir cómo responder. Ella pudo afrontar el hecho de tener que explicar a un paciente porqué había llegado 5 minutos tarde, y fue capaz de tolerar la frustración con respecto al paciente por el bien del pavo (demostración de empatía). Describió el proceso mediante el cual tomó esta decisión según cómo se sentiría, no de manera necesaria en el momento, sino después, porque se habría sentido muy mal si hubiera dañado al pavo (conexión con la perspectiva temporal). También fue capaz de entender que el pavo sólo trataba de hacer lo que él pensaba que era lo correcto en ese momento, y que no estaba tratando de interferir con lo que ella hacía y que le parecía importante. La terapeuta explicó cómo pudo transformar sus sentimientos de frustración y rabia por este inconveniente en la sensación de que era una situación graciosa, pensando en lo cómica que era... un pavo grande que hacía esperar a un auto aún más grande mientras todas esas “señoritas” cruzaban la calle (uso de defensas de nivel más alto en lugar de actuar de acuerdo a la agresión primitiva). Como la paciente pudo haber visto el deseo de John de pelear, igual que el intento del pavo por verse más grande y dar miedo, pero sin tener que siempre actuar de forma agresiva. Además, como la terapeuta, ella pudo haberse movido del lugar de sentirse enojada y “atacada” por esta postura (la conexión psicomotora que ayuda a comprender cómo se siente otra persona, en el contexto de la díada de la relación objeto/víctima/perseguidor) a una de comprensión; así, logra no tomarlo de forma personal (como tantos adolescentes que ven todo en relación a ellos mismos) y con esto tener la fuerza de irse (y tal vez incluso pensar que la situación era graciosa, transformando de ese modo la agresión en humor).

Seguimiento: en las semanas y meses posteriores, la paciente aumentó la capacidad para reconocer su agresividad, evitar actuar de acuerdo a ella e integrar sus impulsos agresivos. La terapia continuó con base en establecer la visión internalizada positiva y negativa, escindida, del *self* y los otros, integrar su agresividad y construir una imagen bastante buena y coherente del *self* diferenciado de los otros. 5 años de seguimiento, la joven no ha vuelto a tener ningún altercado físico agresivo, tiene relaciones más estables (y ha mejorado sus relaciones amorosas), se graduó de la preparatoria, mejoró mucho sus relaciones familiares (después de repetidas amenazas de "echarla" de la casa, se le dio la bienvenida y sigue con su familia), incluso consiguió un trabajo estable en un refugio para animales.

Las interpretaciones se hacen cuando el adolescente ha reconocido y entendido los patrones repetitivos. En este contexto, el terapeuta puede empezar a conectar las diadas escindidas y sus afectos asociados. A medida que las diadas se activan en el aquí y el ahora, el terapeuta trabaja para clarificar sus significados, confrontar su naturaleza inconsistente o contradictoria e interpretarlas, para ofrecerle sus significados hipotéticos al paciente. Las primeras conexiones se realizan entre lo que éste llega a entender en la interacción con sus pares y los miembros de su familia.

En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta muchas veces necesita proporcionar un andamiaje para apoyar la capacidad emergente del adolescente para tolerar las experiencias afectivas en conflicto del *self* y observarlas simultáneamente, mientras se encamina a la integración. El terapeuta trabajará de manera sistemática hacia la interpretación completa, proporcionará lenguaje para articular la experiencia afectiva en el contexto de las diadas de las relaciones objetales activadas y dará posibilidades alternativas (hipótesis explicativas); el adolescente recibe opciones concretas entre las que podrá escoger; por ejemplo, "Tal vez sentiste a, b o c, o ninguno de estos sentimientos en la situación que describiste". La aportación de palabras y alternativas crea una estructura dentro de la cual el paciente puede comenzar a construir una comprensión más coherente de sus experiencias. En la fase media del tratamiento, mientras crece la tolerancia del adolescente a las interpretaciones, el terapeuta puede empezar a trabajar de manera directa dentro de la transferencia. En esta fase, cuando las diadas se activan de inmediato en el aquí y ahora con el terapeuta, están disponibles para su identificación directa y su interpretación en la transferencia. A medida que el adolescente logra tolerar la intensidad creciente de la relación transferencial, cambia la proporción relativa de las clarificaciones, confrontaciones e interpretaciones transferenciales. Hay un aumento de los ciclos interpretativos completos.

El primer ejemplo usado para ilustrar una interpretación extratransferencial se ha repetido con un añadido y lo ha transformado en una interpretación transferencial en los ejemplos siguientes. Con frecuencia, las interpretaciones extratransferenciales pueden retomarse dentro de la transferencia al hacer la asociación en forma directa.

Interpretación de la transferencia con adolescentes

- Comenzar en la relación extratransferencial antes de moverse de manera directa a la transferencia (el terapeuta debe estar consciente sobre la activación de la transferencia y monitorearla de forma constante)
- "Jugar" con la transferencia más que explicarla de manera directa

- Hacer intentos coherentes para entender/imaginar la mente del otro, además de explorar el impacto del Otro en el *self* (con el objetivo de identificar la activación de las diadas de las relaciones objetales subyacentes)

Ejemplos de interpretaciones extratransferenciales

- Me imagino que tus amigos se deben enojar si siempre llegas tarde. ¿No será esta una de las razones de tus conflictos con ellos?
- Si siempre tienes la sensación de que no puedes confiar en los demás, entonces yo supongo que esa es la razón por la cual no hablaste con nadie sobre tus sospechas de estar embarazada. (Al interpretar la conexión entre la confianza y el ocultamiento de información, esto también prefigura la exploración de la desconfianza que define qué se le oculta al terapeuta y cómo se hace)
- Tu profesor está enojado contigo y sientes que siempre todo es así, que nadie te quiere. En vez de sentir que generas un desagrado general, ¿podrías imaginar que él se enoja porque siempre llegas tarde a la escuela? (Interpretación al servicio de la diferenciación)

Ejemplos de interpretaciones transferenciales

- Me imagino que tus amigos se deben enojar si siempre llegas tarde. ¿No será ésta una de las razones de tus conflictos con ellos? Y si así fuera, ¿no crees que aquí también podría haber conflictos?
- Los dos sabemos que mientes mucho porque quieres evitar problemas. Tus amigos no pueden conocer tus razones, y tal vez por eso ya no quieren estar en contacto contigo. Tal vez te preocuparías si sintieras que esto también podría pasar aquí.
- Tengo la sensación de que eres racional en extremo cuando hablas sobre sentimientos malos, tal vez para no sentirte herido. Si esto es así, entonces es probable que eso también sea lo que pasa aquí.
- Si mientes sin que siquiera trates de decir la verdad porque siempre esperas un castigo, tal vez aquí haces lo mismo porque también esperas que te castigue, a pesar de que sabes que estoy abierto a escuchar y a aceptar todo lo que compartes. (Identificación del objeto negativo proyectado al tiempo que se evoca el objeto positivo).

La respuesta y la reacción del adolescente a las interpretaciones se clarifica cada vez más y luego se confrontan las discrepancias. Ésta es la naturaleza del ciclo de interpretación que lleva a mejorar de forma progresiva la capacidad del adolescente para tolerar afectos y cogniciones asociadas con la activación de los aspectos escindidos de su mundo interno de las relaciones objetales. Mediante un trabajo elaborativo sistemático, las conductas mejoran y las obstrucciones se despejan, lo que permite la integración normal de la identidad.

Breve ejemplo de tratamiento. Intervención directa, establecimiento de contrato, clarificación, confrontación e interpretación

Antecedentes

Un joven de 18 años, con una historia de abuso de sustancias como marihuana y alcohol, autocuidado pobre, alto nivel de ansiedad y agresividad, autolesiones, aislamiento (pasa la mayor parte del día frente al computador), pobre desempeño académico en la escuela, dificultades sociales graves (víctima de *bullying*, sin amigos) y conflictos graves con su familia. La ganancia secundaria del trastorno es que él se siente "muy cómodo" en casa, mientras sus padres pagan una escuela a la que él no asiste.

Diagnóstico

Trastorno de personalidad grave con rasgos narcisistas, dependientes y antisociales.

Tratamiento

Sembrar las semillas. El primer paso fue crear consciencia (curiosidad e interés) sobre las dificultades para estimular la motivación para el cambio y sentar las bases de una relación de trabajo con él y con la familia para minimizar las posibilidades de abandono del tratamiento. (Ya habían abandonado otros tres tratamientos previos).

Psicoeducación. El terapeuta invirtió mucho tiempo en explicarle al paciente y a su familia que la psicoterapia debe ser un lugar donde él pueda experimentar sus dificultades, pero si éste no intenta llevar lo que aprendió en la terapia sobre sus dificultades al mundo real (hogar, escuela, pares), ésta no funcionaría.

Establecimiento del contrato. El terapeuta tuvo que traer la realidad al tratamiento, al incluir la cláusula de que dentro de 3 meses el paciente debía estudiar o trabajar o la terapia no podría continuar (esto fue esencial, ya que él había empezado a ser muy dependiente del terapeuta en el contexto de su aislamiento extremo). El terapeuta lo confrontó con respecto a su estilo de vida actual y el riesgo de que se convirtiera en un "paciente profesional", por lo que debía interrumpir la ganancia secundaria del tratamiento. (Principio "de afuera hacia adentro": la idea del clínico no era pelear por la computadora [como habían intentado sin éxito sus padres, lo que habría sido una recapitulación de la diada controlador/rebelde] sino incrementar su inversión en su vida fuera de la computadora, aumentar sus sentimientos positivos sobre sí mismo al hacer cosas responsables y productivas primero, mientras trabajaban en las sesiones para interpretar las manifestaciones auto destructivas de su mundo interno).

Home Plan. Articular las responsabilidades del paciente (labores normales como asistencia a la escuela, pasar algún tiempo fuera de su cuarto con su familia/padres, entre otros), establecer una conducta respetuosa con la familia (no más gritos, obscenidades ni ataques verbales o físicos) y lograr que cuide de sí mismo (dormir, comer, tener higiene). Con los padres, el terapeuta acordó que debían dejar de darle dinero, no apoyar su sentido narcisista de merecerlo todo ni tampoco respaldar su evitación del mundo real.

Proceso de tratamiento después de las intervenciones directas**Confrontación conducente a una interpretación (alentar la reflexión)**

Terapeuta

Estás dividido. Una parte de ti quiere quedarse en la casa en el mundo del computador, haces como si fueras otra persona, te escondes en la identidad de otra persona, así te sientes especial, que te escuchan y te respetan. Por un lado, es seguro y gratificante sentirte querido en la computadora, pero no lo es por completo... porque otra parte de ti sabe que en realidad no es a ti a quien quieren y respetan.

Cuando estás en la computadora y juegas el papel de ser alguien más, sientes que ser otra persona te da la satisfacción momentánea pero incompleta de sentirte necesitado o de ser amado, te quedas con la sensación de que no es suficiente y de que hay una parte de ti que quiere salir para que te vean de verdad. Fuera de la computadora, en el mundo real, tienes mucha ansiedad, sientes pánico, tienes miedo de que te vean, de que te ataquen, de que te odien, así que no quieres que te vean afuera porque sientes que eres feo, enflaquecido y débil y que nadie te puede amar... y prefieres al menos tener la ilusión de existir, de forma ideal, en la computadora.

Pero estás frente a un dilema porque eso te deja un vacío. No es la satisfacción que anhelas, no puede satisfacer tus necesidades... ¿no valdría la pena tratar de salir de la computadora y atreverse a ver qué ocurre en el mundo real?

Trabajo en la transferencia/interpretación transferencial:

Paciente (P): ¡No puedes ser el bueno y el malo al mismo tiempo!

Terapeuta (T): ¿Por qué no? ¿Qué es lo que lo hace difícil?

P: Simplemente no puedes... eres el único con quien puedo hablar, el único que me escucha ... ¡pero eres mi psicólogo y te pago, así que esta relación no es real!

T: ¿Qué quieres decir con que no es real?

P: En realidad no te preocupas por mí... quieres deshacerte de mí, por eso dices que vas a dejar de tratarme... no te importo. ¡Voy a salir de esta consulta hoy y me voy a cortar!

T: ¡Déjame compartir algunas ideas contigo! Por una parte dices que no me preocupo por ti... pero también me dices que quieres hacerte daño... es casi como si quisieras ver cómo reacciono a lo que me dices ...poner a prueba mi reacción, ver si *sólo* soy duro contigo (al pedirte que tomes el riesgo de salir) o si también me preocupo por ti. Y para ti parece que eso no fuera posible... preocuparme y a la vez ser duro... o soy bueno o soy malo. Y cuando soy malo, el bueno (el que te escucha, el que se preocupa por ti, el que se interesa en ti) ya no existe. No puedes confiar en mí, porque crees que sólo soy agradable porque me pagan

P: Sí. Eres un idiota. ¡No te importo! Sólo te preocupa si estudio o trabajo... te preocupa que salga de la computadora porque eso es lo que quieren mis padres

T: Es muy importante que sientas que se preocupan por ti, y tal vez... esto es *sólo*... pero tal vez por eso es tan difícil para ti dejar la computadora y salir de tu casa, porque sientes que a los demás no les importas, que no te ven... ¡y que ahora yo ya no me voy a preocupar más por ti! ¡Sientes que no te veo! Y que hago esto solamente por tus padres

...Y en parte tienes razón: nadie me puede pagar para que me preocupe por ti, pero esa idea te protege de la posibilidad de que yo en realidad te vea, te escuche y que me importes

P: Te digo, me voy a cortar o me voy a suicidar si les dices a mis padres que dejen de darme dinero o si les dices que tienen que obligarme a estudiar o a trabajar o a ser productivo

T: A veces sueñas como una terrorista con bombas atadas al cuerpo y que exige cambios. (Una interpretación metafórica, que luego es clarificada y explorada)

Cambio de la internalización de un otro significativo:

Cuatro semanas después de estas intervenciones, el paciente comenzó a trabajar en un negocio vinculado a la familia, lo que le permitió al terapeuta explorar sus relaciones extratransferenciales (del mundo real), su rabia, su humillación y sus sentimientos de incompetencia. Debido a su experiencia e interpretación de que el terapeuta era tanto el bueno como el malo; asimismo reconoció que tenía aspectos buenos y malos, y luego extendió esto a sus relaciones con otras personas, las que "como todos nosotros" tienen partes buenas y malas, agradables y desagradables, y empezó a trabajar en la integración de lo "suficientemente bueno"

Resumen de técnicas específicas para adolescentes

- Mayor énfasis en la clarificación (dirigida a los afectos, díadas y perspectivas) antes de realizar confrontaciones seguidas de interpretaciones
- Trabajar en las relaciones extratransferenciales antes de abordar de manera directa la transferencia
- La objetividad técnica se modifica al servicio de las normas familiares (y sociales)
- Expansión de la atención en la contratransferencia para incluir no sólo al adolescente, sino también a los padres y a la familia como un todo
- La confrontación como invitación para ver las discrepancias (por ejemplo, la rutina "Columbo")
- La interpretación es el compromiso sistemático del adolescente, mediante una actitud de juego durante el proceso de desarrollo de hipótesis, poniendo especial atención a los vínculos entre comunicación no-verbal, el afecto y el pensamiento (manifestaciones de las díadas de las relaciones objetales activadas)

TRABAJO CON LAS FAMILIAS

Trabajar con los padres es uno de los aspectos centrales que diferencian el trabajo con niños y adolescentes del trabajo con pacientes adultos. Hay variaciones entre los distintos enfoques terapéuticos sobre cuándo y cómo trabajar con los padres de los adolescentes. El trabajo típico con adolescentes y adultos jóvenes le da mucha menor preponderancia al trabajo con la familia. En la AIT, para preparar la tierra en donde se plantarán las “semillas”, el terapeuta debe trabajar con los padres y las familias para apoyar los cambios que ocurrirán dentro de los adolescentes a medida que el tratamiento vaya en progreso.

Luego de que se completa la fase de evaluación y se determina que el paciente sufre de difusión de la identidad y podría beneficiarse del AIT, comienza la fase de establecimiento del contrato previa al tratamiento con el adolescente y su familia. Para hacer esto, la postura del terapeuta hacia la familia, en ausencia de violaciones extremas de los límites (p. ej., presencia de abuso sexual o físico), debe ser de aceptación general de que la familia ha hecho todo lo posible, sólo que tal vez no ha usado las estrategias más efectivas ni reconocido el verdadero impacto de la patología en su hijo. Incluso los padres suficientemente buenos parecen quedar bastante perturbados por la carga de un trastorno grave de su hijo.

Incluso en las relaciones muy afectadas, existen lazos intensos entre padres e hijos. Si no se incluye a los padres, el terapeuta subestima la influencia de la interacción que ocurre en el hogar y mantiene el desorden (de ahí la necesidad de tener un plan domiciliario). El terapeuta también se sobreestima a sí mismo si toma toda la responsabilidad por el adolescente. Si los padres son vistos como terribles y paralizantes, existe el riesgo de alinearse con la visión del adolescente de que son aterradores y perseguidores, y se corre el riesgo de genere la fantasía del terapeuta como un mejor padre (salvador). Esta posibilidad fomenta y mantiene una estructura interna escindida, contraria a la meta de integración del tratamiento.

Ejemplo de la importancia de obtener información de la familia para saber cuál es la realidad

Una bella joven de 16 años, de pelo castaño largo y ojos verdes, vestida con su uniforme escolar, con una falda corta

Actitud y conducta. Desde el comienzo de la entrevista, trata de seducir al terapeuta, le muestra sus piernas y coquetea

En forma verbal. Cuenta una historia. Es una niña que se porta bien, que nunca consume drogas ni alcohol, pero reconoce que tiene dificultades para controlar su ira. Describe que su familia la trata en forma muy dura y que la relación con su madre es muy difícil. Dice que su madre es responsable de casi todas las peleas entre ellas, que ella siempre la culpa a por todo y quiere controlarlo todo. Sus padres han estado divorciados por un año, y siempre peleaban. Ella quiere vivir con su papá, pero su madre no la deja. ‘Ella cree que estoy loca, así que tiene que tenerme cerca, donde sus ojos me vean’.

La paciente cuenta muy pocas cosas sobre sus dificultades y sobre sus *acting outs*, pero describe a su madre como la agresora y a sí misma como la víctima de todo

Reporte de la madre. Su hija es muy promiscua, grabó un video sexual que estuvo en Internet, abusa del alcohol y de la marihuana, tiene un comportamiento muy impulsivo, se pone agresiva y va a ser expulsada de la escuela debido a sus conductas

Esta fase tiene seis objetivos:

- 1) Educar a los padres con respecto al desarrollo y las conductas normales en los adolescentes
- 2) Revisar con los padres la psicopatología específica del caso que ha sacado a su hijo/a de la esfera normativa
- 3) Explicar las expectativas y limitaciones del tratamiento
- 4) Anticipar qué elementos pueden contribuir a un abandono prematuro del tratamiento
- 5) Predecir las maneras en que cambiará la familia (no sólo el adolescente)
- 6) Ofrecer estrategias de crianza específicas (tanto agudas como continuas). Durante esta fase, el terapeuta trabaja para involucrar a los padres como socios que apoyen al adolescente en su trabajo individual. Esta fase va más allá de sólo dar información: es el comienzo de un proceso dinámico dentro de la mente de los padres que involucra cambiar las representaciones muchas veces negativas sobre el adolescente para así permitir la posibilidad del cambio. De este modo, los padres comienzan a crear un espacio (tanto literal en el ambiente como de manera figurativa en sus mentes) dentro del cual el adolescente puede cambiar de formas positivas.

Asuntos prácticos relativos al tratamiento

La mayoría de los adolescentes por lo regular viven con sus padres y no se espera que tengan el mismo nivel de autonomía e independencia que los adultos. Por esta razón, se discuten asuntos concretos relacionados con el apoyo parental al tratamiento; entre ellos la asistencia a las sesiones y las expectativas de pago. Debe determinarse cómo llegará el adolescente a la consulta y además debe dejarse en claro la importancia de llegar a tiempo a las sesiones. La política de cancelación de éstas, de haberla, debe discutirse en este momento; en este punto también deben negociarse los honorarios e incluir el costo por sesión tanto individual como familiar, el método de pago y el momento de pagar (p. ej., por sesión, semanal o mensual). El apoyo general de los padres al tratamiento debería haberse determinado durante la fase de evaluación. Durante el establecimiento del contrato, el terapeuta debe conversar con éstos acerca de sus sentimientos con respecto al tratamiento y sus motivaciones para seguirlo; asimismo, deben explorarse las predisposiciones potenciales de los padres que pudieran interferir con el tratamiento individual, y además deben establecerse expectativas y límites en relación a estos problemas. De manera específica, éstos deben estar abiertos a discutir sus preocupaciones o frustraciones con el terapeuta en lugar de sabotear el tratamiento de manera involuntaria o terminarlo en forma abrupta (y unilateral). De ser necesarias, las derivaciones para que ellos reciban tratamiento paralelo individual o de parejas pueden realizarse en ese momento.

Estrategias de tolerancia de los afectos negativos para los padres

Por lo general los padres no tienen claro cómo manejar aquellos momentos de extrema intensidad que se viven con un adolescente perdido en una “tormenta afectiva” negativa. El AIT remarca la importancia de tolerar la tormenta afectiva, siempre y cuando no haya ningún riesgo en la situación. Si existe peligro inmediato para cualquiera de los involucrados, se les debe animar a tomar cualquier medida necesaria para asegurar su seguridad (p. ej., ir a la sala de emergencias, llamar a la policía, entre otras).

Sin embargo, los padres que han sido superados por la intensidad del conflicto están cansados y sienten que ya han aguantado “suficiente”. Se les debe educar para que desarrollen una forma más efectiva de interactuar con el adolescente durante estos episodios y para que vuelvan a intentarlo.

La AIT ha identificado estrategias para ayudar a los padres a interactuar de modo más efectivo con sus hijos. El terapeuta educa a los primeros sobre cómo desarrollar una postura más apropiada que involucre dos aspectos: tolerar el afecto y diferenciar su fuente. Tolerar el afecto no se refiere sólo al del adolescente, sino también a la respuesta afectiva de los padres. Al mismo tiempo, éstos deben aprender a diferenciar la fuente de esos afectos, ya sea si se hallan dentro de sí mismos o dentro del adolescente. Adoptar esta postura exige que el padre emplee la estrategia del tono afectivo complementario. Por ejemplo, a los padres se les explica: “si el adolescente grita, ustedes no deben hacerlo.”

Si los padres aplican esta recomendación, y el afecto sigue demasiado intenso (lo que se evidencia por la imposibilidad de tener una conversación sobre lo que originó la tormenta afectiva), se les explica que deben usar la estrategia retroceder, pero no desaparecer. Esta estrategia permite que los padres marquen el momento con el adolescente, verbalicen la situación y generen la posibilidad de que las dos partes recuperen algo de estabilidad afectiva al reducir la intensidad. Durante este momento, los padres le dicen al adolescente: “De verdad quiero escuchar lo que tengas que decirme, pero no puedo escucharte con toda esta emoción. Por eso, te voy a dar espacio para que te calmes, y estaré disponible para ti cuando estés listo para hablar. Y si no vienes a hablar conmigo, voy a ir a verte en forma periódica para saber cómo estás.” Se recomienda hacer esto porque muchas veces los padres escenifican una tormenta afectiva paralela, gritan, dan portazos y se alejan de la situación. Hacer todo esto sólo consigue que el adolescente se quede solo con una experiencia que de por sí ya es abrumadora y que les es difícil de procesar, y además no les aporta ninguna estrategia alternativa para manejar la situación.

Diferenciar la fuente del afecto negativo del adolescente es una parte importante del proceso puesto que de inmediato ayuda a establecer y mantener límites, los que muchas veces son destruidos durante una tormenta afectiva. No se espera que los padres actúen como terapeutas, ni tampoco que sigan estas recomendaciones del todo bien (en especial porque es probable que experimente un afecto negativo muy intenso); sin embargo, es justo por esa razón que deben ser educados con respecto a la importancia de diferenciar su propia reactividad negativa y sus fuentes de lo que

el adolescente les trae durante la interacción. Esto quiere decir que tienen la responsabilidad de reconocer (al menos frente a ellos mismos) sus propios problemas. ¿Tuvieron un mal día en el trabajo? ¿El adolescente los ataca de una forma que les recuerda el ataque de un padre o de su cónyuge? A los padres se les educa sobre como factores más allá del adolescente pueden aumentar sus reacciones negativas al ataque del adolescente y generar una respuesta desproporcionada en relación a lo que está en efecto ocurre en la interacción. Esto puede crear un espacio en las mentes de los padres y de los adolescentes para que consideren qué podría sentir el Otro o a qué podría reaccionar, lo que podría tener muy poca relación con ellos mismos.

Resumen del manejo de una tormenta afectiva

- Tolerar el afecto (si la seguridad está garantizada)
- Usar un tono complementario
- Cuando el afecto esté en un nivel alto, alejarse, pero no desaparecer
- Establecer y mantener buenos límites
- Diferenciar la fuente del afecto
- Reconocer qué elementos no son del adolescente, e identificar los problemas propios

A los padres se les explica que, aún si siguen esta estrategia, no se puede garantizar que el joven se calmará de inmediato (de hecho, en un inicio podría hacer que la tormenta aumente). Sin embargo, si usan este enfoque de manera consistente, ocurrirán dos cosas. En primer lugar, el adolescente aprenderá que su tormenta afectiva encontrará una respuesta predecible, capaz de contener parte de su reacción porque ésta no se amplificará dentro del sistema familiar. En segundo lugar, esta estrategia es coherente con lo que se trabaja en la terapia, por lo que apoya y facilita el tratamiento.

INTERVENCIONES AMBIENTALES DIRECTAS

La inclusión de las intervenciones ambientales directas en el contrato de tratamiento es otra de las modificaciones significativas de la AIT. Las intervenciones ambientales directas pueden tomar muchas formas entre las que se incluyen el desarrollo y la implementación del plan domiciliario. Este plan se implementa para frenar las conductas destructivas y para apoyar las normas adaptativas (p. ej., definir horas de llegada a la casa, limitar el contacto con ciertos pares, entre otras).

Plan domiciliario

El plan domiciliario se basa en la integración de la teoría psicodinámica y la de sistemas familiares y sobre todo emplea técnicas cognitivo-conductuales. El plan se negocia en varias etapas, incorpora aspectos que el adolescente y sus padres han identificado como problemáticos, mientras que el terapeuta lo organiza y define sus prioridades. Esta síntesis permite comprender a nivel “meta” cómo conductas distin-

tas están en realidad conectadas bajo un constructo supraordenado. La priorización sigue la jerarquía estándar del AIT, en la cual la autoagresión está al comienzo de la lista. Como otros aspectos del establecimiento del contrato, se discute cada tema y se exploran las resistencias (en términos de la terapia cognitivo-conductual, resolución de problemas), y el producto final debería ser sólo tan restrictivo como sea necesario para garantizar la seguridad. El terapeuta debe definir con sumo juicio qué normas apoyará e incluirá en el plan domiciliario y cuáles irán dirigidas al cambio. Aunque el énfasis primario es controlar la conducta autodestructiva del adolescente y generar un sentido de respeto para sí mismo y para el otro, también se agregan los patrones ineficaces de comunicación de los padres, quienes pueden hacer que sus expectativas con respecto a su propia conducta también se articulen en el plan domiciliario (p. ej., no regañar, preguntar sólo una vez y dejar que el adolescente responda, entre otros). Esto saca a los padres del rol aversivo, lo que a su vez libera al adolescente del ciclo visiado de comunicación y aumenta la responsabilidad por su conducta. Este paso también sirve para apuntalar las fortalezas de la familia y así reduce los aspectos negativos de la dinámica familiar.

Con el apoyo de los aspectos positivos de las normas familiares, las reglas del hogar se discuten y modifican en conjunto para mejorar el funcionamiento familiar y apoyar el trabajo del adolescente, quien también busca mejorar su desempeño mediante el tratamiento. La discusión sirve para explicitar las reglas del hogar y para tener un marco común para la familia, el adolescente y el terapeuta. El plan domiciliario también ayuda al adolescente a establecer la asociación entre conductas concretas (p. ej., ponerse ropa limpia) y conceptos más abstractos como el autorespeto.

Aunque con claridad el plan domiciliario emplea técnicas de la terapia cognitivo-conductual, cumple tres funciones psicodinámicas: 1) es un objeto transicional (Winnicott, 1953) que funciona como una representación concreta del tratamiento en el hogar, 2) facilita un aspecto del funcionamiento reflexivo del otro y 3) proporciona una función contenedora de la realidad.

Esta función también ayuda a dar un paso hacia la implementación de los aspectos morales de las expectativas (representación mental) y la de un Otro importante. Son los principios de realidad dentro de la familia. Como otros aspectos del establecimiento del contrato, este plan apunta a apoyar el tratamiento individual que libera a la familia y a sus recursos. Visto de este modo, es una herramienta más que hace posible la terapia.

Desafíos para la realización del plan domiciliario

Llevar a cabo el plan domiciliario es un proceso integral del AIT. Sin embargo, además podría convertirse en uno de los aspectos más desafiantes del tratamiento, en especial para familias que se han visto envueltas por algún tiempo en patrones dinámicos negativos y conductas cada vez más problemáticas. Es esencial que el terapeuta sea sensible al probable impacto que tenga este proceso tanto en el adolescente como en sus padres. Éste puede inclinarse a ver al terapeuta como un agente de los padres debido a su intento de clarificar y priorizar las expectativas paternas de que tenga una conducta segura y apropiada. Por el contrario, es posible que aquéllos tengan su propia reacción frente a las ideas y recomendaciones del terapeuta (p. ej.,

en relación a la jerarquía de las conductas que se tratarán). A algunos padres puede resultarles en particular molesto, por ejemplo, una conducta que es menos urgente o problemática comparada con otras. La importancia de crear un plan con parámetros tan poco restrictivos como sea posible (y que apunte a las conductas más preocupantes) maximiza las oportunidades de éxito y por lo tanto se les debe recalcar.

El terapeuta comenzará por recabar información sobre las áreas que los padres y el adolescente quieren cambiar y comprenderá que en in inicio éstas pueden diferir mucho. El clínico también trabajará para traer la realidad externa a la terapia, después compilará y priorizará las reglas del hogar, las expectativas de los padres y las metas relativas a los privilegios para el adolescente. Las expectativas de comportamiento se ubican de forma subsecuente dentro de áreas de contenido y las metas asociadas a privilegios se organizan de acuerdo a marcos temporales. Finalmente, se delinean las consecuencias de no cumplir las expectativas básicas. Este proceso se dirige a establecer reglas e identificar cuál sería el resultado si el adolescente las rompiera; de esta manera los límites se identifican y mantienen, lo que también facilita la diferenciación de sí mismo y del Otro en el adolescente. Completado este primer borrador, los puntos se negocian con el adolescente y sus padres hasta llegar a un consenso (figura 5-1).

Plan domiciliario – Nombre:		Fecha: septiembre de 2012		Preparado por: Drs. Arena y Foelsch	
<p>Problemas enfrentados Honestidad, respeto, participación escolar, interacciones familiares</p>					
<p>Visión general y propósito Plan basado en principios, orientado a reconstruir la confianza y el respeto dentro de la familia, con una implementación gradual de privilegios crecientes que van en paralelo a la demostración de un aumento de la responsabilidad y la cooperación</p>		<p>Guía para los padres Cualquiera de las violaciones en color rojo producirá una pérdida inmediata de todos los privilegios, además de una notificación y consulta al terapeuta Todas las demás violaciones se rigen por la regla de las consecuencias Los padres también deben hablar calmadamente y con respeto. El respeto es algo bidireccional, y es probable que no se logre a menos que ambas partes hagan un esfuerzo. No se enfraquen en disputas verbales Al adolescente deberían concedérsele sus peticiones de irse a su cuarto para calmarse</p>			
<p>Guía para el adolescente Se espera que tengas buen juicio y te comportes de forma adecuada todo el tiempo. Los puntos mencionados son manifestaciones observables de respeto hacia ti mismo y otros Robar y mentir no son conductas aceptables en ningún caso. Evitar estas conductas demostrará tu deseo de alcanzar la meta de mejorar tu vida familiar y tu confianza dentro de la familia</p>		<p>Consecuencias: Cualquier infracción generará de inmediato una pérdida de privilegios durante un día, la que se mantendrá hasta el siguiente día completo Notas adicionales Habrá una implementación gradual de las consecuencias; serán permitidos tres o menos errores en la primera semana (siempre y cuando no sean los de color rojo), dos en la segunda y uno en la tercera, hasta llegar al cumplimiento total dentro de un mes</p>			
<p>Conducta respetuosa No robar No mentir No usar la computadora sin permiso (p. ej., no entrar al Facebook de la mamá) No poner música rap en el auto con los padres - Cumplir con las peticiones de tus padres (p. ej., quitar el X-Box del televisor para que los padres puedan ver sus programas, trabajar en el jardín según se requiera, entre otros)</p>		<p>Los esfuerzos por hacer avances en esta área deben ser recompensados. No se espera un cumplimiento inmediato de todos los aspectos (excepto en el área de participación en el tratamiento y la aceptación de hacerse pruebas para detectar drogas)</p>			
<p>Autocuidado Participación total en el tratamiento Mejorar la higiene del sueño Ir a dormir (a la cama) a las 12-1 am Despertar (levantarse de la cama) a las 10-11 am No jugar videojuegos después de las 12 am Practicar habilidades de sueño Eliminar el uso de marihuana * Aceptar hacerse pruebas periódicas de drogas, según las prescriba el psicofarmacólogo, para medir niveles de concentración de THC.</p>		<p>Se concederán privilegios según el acuerdo. No habrá regaños ni amenazas El adolescente irá a clases y hará sus tareas, o tal vez no. Esto lo decidirá él. De no cumplir, se aplicará la regla de las consecuencias</p>			
<p>Conducta responsable - Asistir todos los días a la escuela - Hacer las tareas</p>		<p>Mantener la asistencia al tratamiento y cumplir con las responsabilidades académicas es una manera concreta de mostrar voluntad para hacer concesiones</p>			

Figura 5-1. Plan domiciliario

Al presentar el plan domiciliario al adolescente y a su familia, se clarifica la justificación de la implementación de todas las intervenciones ambientales directas y se exploran las reacciones del paciente y de sus padres además de los elementos que hacen peligrar dichas intervenciones. Es posible algún grado de negociación, pero para que continúe el tratamiento, los padres deben trabajar de buena fe con el terapeuta para desarrollar un plan que puedan apoyar y hacer cumplir, y el joven debe acordar regirse por el plan domiciliario. Todos deben aceptar este proceso para conseguir el objetivo común: la mejora del funcionamiento del adolescente. El marco del tratamiento se estableció en un origen para que los padres/familiares aceptaran el contrato antes de pasar a la fase activa de psicoterapia, pero aunque ese es el ideal, dada la severidad de los casos (y el nivel típico de la patología en la familia), puede ser necesario continuar la terapia individual con el adolescente mientras se sigue trabajando para que la familia acuerde apoyar el tratamiento según el contrato.

Mantener la objetividad y el plan domiciliario

El rol de la objetividad

La creación, realización y mantenimiento del plan domiciliario son desafíos adicionales para la capacidad del terapeuta de mantener la neutralidad técnica con el adolescente de manera efectiva. El plan domiciliario es la manifestación concreta de los límites mínimos necesarios para mantener la seguridad del paciente. Aunque la mayoría de los puntos incluidos buscan la seguridad y la prevención de la autodestrucción, algunos también se consideran para fomentar el autocuidado y mejorar el funcionamiento. Así, el plan domiciliario es muchas veces una representación de las expectativas de la sociedad dentro de la cual se espera que el adolescente funcione. En consecuencia, los terapeutas a veces sienten que son forzados a realizar la función del superyó del adolescente, por lo que se sienten empujados fuera de la neutralidad técnica. Sin embargo, en circunstancias en las que el adolescente se halla en una parte destructiva de la escisión y es incapaz de acceder a la parte que quiere proteger al *self*, esto se proyecta en el terapeuta, quien debe asumir dicha función para así garantizar la seguridad del paciente. Esto es posible porque, durante la fase de establecimiento del contrato éste (mientras no se encontrara dentro de una tormenta afectiva) acordó mantenerse dentro de los límites articulados en el plan domiciliario. Por lo tanto, no es que el terapeuta imponga estos límites, sino que los mantiene, los recuerda y los apunala para (y con) el adolescente. La meta es que éste sea capaz de recuperar esta función una vez que se haya resuelto la tormenta afectiva. La resolución por lo regular se logra cuando el terapeuta interpreta, desde la superficie a la profundidad, las dinámicas subyacentes que crean la situación que requiere que se sostenga esta función para el adolescente.

Rol de la contratransferencia

Hay situaciones en las que el terapeuta debe ser cuidadoso para no tomar un rol que actúe una diáda interna. Es usual que éstas se puedan identificar a través de las re-

acciones contratransferenciales, las más comunes incluyen sentir un aumento en la presión, frecuencia o irritación, o sentirse demasiado sensible y cuidadoso. Sentirse presionado para adoptar el rol del establecedor de límites, o tener que adoptarlo con regularidad, suelen indicar una escenificación que debe identificarse e interpretarse. En ocasiones el terapeuta asocia el sentirse irritado con el adolescente por ser “forzado” a intervenir mediante el establecimiento de límites o, por el contrario, el sentirse empujado a ser en especial cuidadoso o sensible al establecer límites (o incluso desear evitar establecer cualquier límite). Es importante identificar estos sentimientos porque nos dan pistas sobre qué tipo de diada de relaciones objetales se está escenificando. Esto lleva de manera directa al trabajo de elaboración en las sesiones (es decir, la clarificación, confrontación e interpretación de estas diadas activadas).

Intervenciones ambientales directas adicionales

Existen diversas intervenciones ambientales directas que podrían ser necesarias para impedir que las conductas autodestructivas amenacen o interrumpan el tratamiento. Por ejemplo, podría llegarse a un acuerdo con el pediatra para que evaluara la gravedad de las acciones autodestructivas. Asimismo, los terapeutas podrían tener que hablar con los profesores del adolescente para poner en marcha distintos sistemas de monitoreo o comunicación, tanto entre el clínico y los maestros como entre la escuela y la familia. Como se ha mencionado con anterioridad, en ocasiones los terapeutas deberán recomendar exámenes para detectar posibles trastornos de aprendizaje en el adolescente, trabajo con tutores, grupos de habilidades sociales, estudios de sueño y, o participación en Alcohólicos Anónimos o en grupos Al-Anon, o ambos. Esto coincide con lo que suele hacerse en el tratamiento de adultos; sin embargo, la frecuencia y la intensidad de la comunicación entre el terapeuta y estos apoyos auxiliares suelen ser mayores al trabajar con adolescentes.

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO COADYUVANTE

No es fácil dar recomendaciones psicofarmacoterapéuticas generales para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (ni en adolescentes ni en adultos). Por una parte, existen muchas comorbilidades del Eje I y II, por lo que las recomendaciones deben ser muy específicas. Por otra parte, es muy complicado lograr un cumplimiento adecuado del tratamiento, en especial en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Sus intensos afectos pueden llevarlos a tomar medicamentos con intención suicida; esto dificulta la realización de estudios farmacológicos controlados (Schmeck y Schlüter-Müller, 2009).

En una revisión sistemática Cochrane de pruebas aleatorias, Lieb y colaboradores (2010) evaluaron evidencia sobre la efectividad de la farmacoterapia en el tratamiento de distintas facetas de la psicopatología del TLP. En los 27 estudios incluidos en esta revisión, se probaron antipsicóticos de primera y segunda genera-

ción, estabilizadores del ánimo, antidepresivos y ácidos grasos omega-3. Los mejores resultados correspondieron a los estabilizadores del ánimo (topiramato, lamotrigina y ácido valproico) y a los antipsicóticos de segunda generación (aripiprazol y olanzapina). Hay poca evidencia sobre la efectividad de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Sin embargo, Lieb y cols. (2010) indican que los resultados se basan principalmente en estudios individuales y limitados, por lo que la robustez de sus resultados es aún insuficiente.

El tratamiento psicofarmacológico de los trastornos de la personalidad no puede considerarse una alternativa al tratamiento psicoterapéutico, sólo un suplemento, porque no es suficiente por sí mismo. Por lo tanto, los blancos principales del tratamiento psicofarmacológico no son las perturbaciones básicas de la personalidad como los conflictos interpersonales o la rigidez de ciertas conductas, sino el tratamiento de trastornos comórbidos como la ansiedad, la depresión o la impulsividad, o de síntomas como la inestabilidad afectiva o los episodios micro-psicóticos (Schmeck & Schlüter-Müller 2009).

Las pautas para el tratamiento biológico de los trastornos de la personalidad fueron desarrolladas por el Cuerpo especial para los trastornos de la personalidad de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica [*Task Force on Personality Disorders, World Federation of Societies of Biological Psychiatry*] (Herpertz *et al.*, 2007). Los autores advierten de manera explícita que, a pesar de la alta prevalencia de este trastorno y su gran impacto clínico, no existen evidencias concluyentes para fundamentar un tratamiento psicofarmacológico.

La revisión Cochrane (Lieb *et al.*, 2010, p. 4)

Concluyó que: La evidencia actual derivada de pruebas controladas aleatorias sugiere que el tratamiento con fármacos, especialmente estabilizadores del ánimo y antipsicóticos de segunda generación, puede ser efectivo para tratar una serie de síntomas centrales y psicopatologías asociadas, pero no se ha comprobado su efectividad para tratar la severidad general del trastorno límite de la personalidad. Por lo tanto, la farmacoterapia debe dirigirse a síntomas específicos.

RESUMEN DEL AIT

El contrato de tratamiento con adolescentes es la culminación de una fase de evaluación que incluye la participación familiar y una fase de establecimiento del contrato previa al tratamiento que instruye a la familia con respecto a las expectativas de tratamiento, enfatiza en forma especial sus potenciales obstáculos y pone en práctica límites apropiados para conseguir un resultado exitoso. El contrato de tratamiento en sí mismo es la combinación del contrato individual desarrollado con el adolescente y un contrato familiar (el plan domiciliario) que requiere la participación activa de los padres en las áreas en las que comparten responsabilidades con el adolescente para mantener la estructura del tratamiento. El nivel de detalle y la amplitud del contrato se basa en la gravedad de la patología del adolescente y dentro de la familia. Este marco de tratamiento proporciona las funciones contenedoras que permiten que la terapia avance desde la construcción de la alianza a la exploración

del material extratransferencial y después el transferencial como se activen en el aquí y el ahora de cada sesión. A medida que avanza la terapia individual, la participación de los padres disminuye, pero siempre se mantiene la atención sobre la realidad externa del funcionamiento del adolescente (p. ej., según la escuela, la familia, el psicofarmacólogo, entre otros) (figura 5-2). De manera periódica se estudian las metas del tratamiento y se toma la decisión de terminar la terapia o de generar un nuevo contrato, de continuar el trabajo hacia las metas iniciales o de centrarse en otras adicionales que hayan emergido durante la terapia.

El AIT trabaja para mejorar el funcionamiento del adolescente al darle una estructura contenedora (la combinación de la “postura” del terapeuta y el marco/contrato del tratamiento) que le permite vivir un “refugio seguro” en el cual experimentar todos los pensamientos, sentimientos y conductas que contribuyen a las dificultades funcionales que presenta.

Mediante la capacidad del terapeuta para mantener la objetividad frente a todos estos aspectos del adolescente y para observar todos los canales de comunicación dentro del adolescente (y dentro de él mismo), él/ella puede utilizar las técnicas de clarificación, confrontación y de manera eventual, interpretación para facilitar el aumento de la conciencia en el adolescente (incremento de la reflexión). Este incremento de la capacidad reflexiva también aumenta la capacidad de tolerar los afectos intensos (mejora de la regulación afectiva), todo lo que contribuye a mejorar el funcionamiento interpersonal. Esta vía de cambios se ilustra en la siguiente figura 5-3.

Estructura del tratamiento AIT

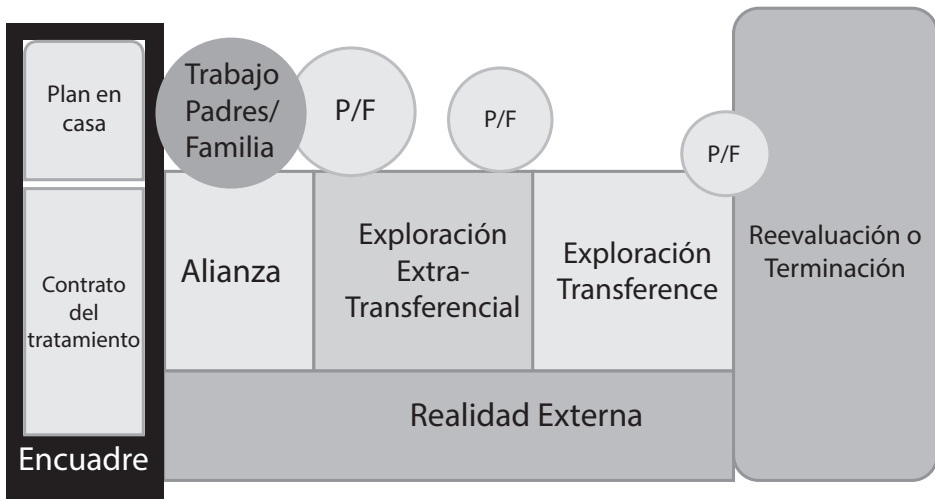


Figura 5-2. Estructura del tratamiento AIT. Exploración extratransferencial y Experiencia transferencial.

Mecanismo de cambio en AIT:

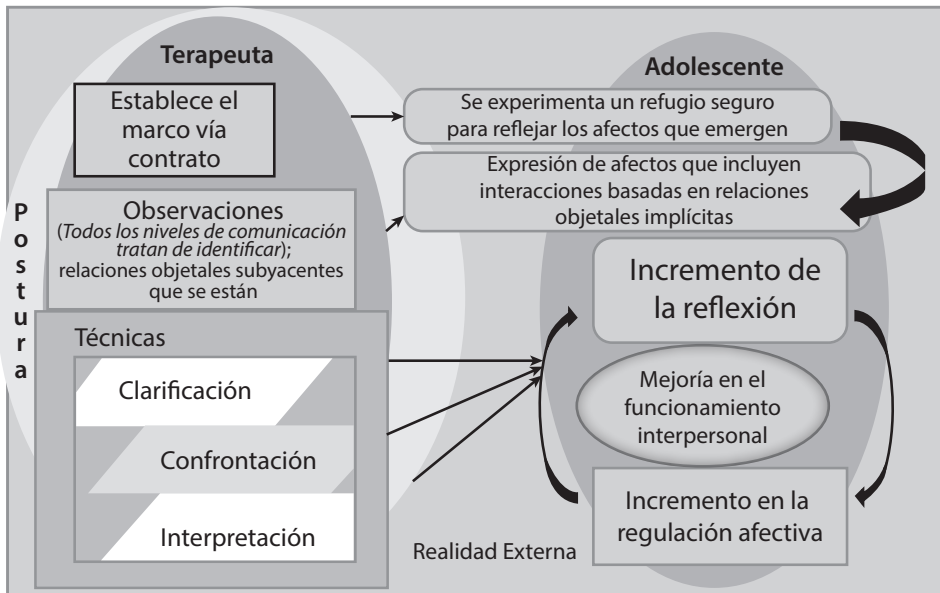


Figura 5-3. Mecanismos de cambio en AIT.

REFERENCIAS

- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O. (1999) *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley & Sons.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain*, 2. New York: Aufl. W. W. Norton & Co.
- Erikson, E.H. (1956). The Problem of Ego Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 4: 56-66.
- Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *Br J Psychiatry*, 190: 319-325.
- Hartmann, H. (1964). *Papers on Psychoanalytic Psychology*. Psychological Issues Monograph 14. International Universities Press, New York.
- Herpertz, S.C., Zanarini, M., Schulz, C.S. (2007). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines 05.09.13 rtz SC, Zanarini M, Schulz CS (2007) World Federation of Sofor biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry*, 8(4): 212-244.
- Kernberg, P.F. (2008). *Spiegelbilder*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Lieb, K., Vollm, B., Rucker, G. et al. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*, 196(1): 4-12.

- Luborsky, L.(1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford: John Wiley & Sons, S 38–50.
- Orlinsky, D., Howard, K.I. (1994) .Generic Model of Psychotherapy. Hans Huber, Bern.
- Pfäfflin, F., Kächele, H. (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? *Persönlichkeitsstörungen* 4: 88–94.
- Ricks, D.F. (1974). Supershrink: methods of therapists judged successful on the basis of adult outcome of adolescent patients. En: Ricks DF, Roff M, Thomas A (Hrsg) *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Seiffge-Krenke, I., Nitzko, S. (2011). Wie wirksam sind analytische und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapien bei Jugendlichen? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 39(4): 253 psych.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Schmid, M. (2008). Children and Adolescents in German Youth Welfare Institutions – A Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy Perspective. *European Psychiatric Review*, 1(2): 10–12.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M. *et al.* (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychol Bull*, 122(3): 203e stud.
- Winnicott, D. W. (1987). *Babies and Their Mothers*. Cambridge, MA.:Perseus Publishing.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *Int.J. Psycho-Anal.*,34, 1-9. Reprinted in *Collected Papers* by D. W. Winnicott. London: Tavistock Publications, 1958.

Tratamiento de Identidad para Adolescentes (AIT)

Este capítulo ilustrará el proceso de tratamiento mediante el caso de Anna Smith, cuyo nombre y toda la información que la pudiera identificar ha sido cambiada para mantener la confidencialidad. Se trata de una joven caucásica de 16 años, es la menor de 3 hijos (hermana de 20 años y hermano de 18 años); fue llevada a tratamiento por sus padres luego de un intento de suicidio (sobredosis no letal de acetaminofén) después de reconocer un amor no correspondido, y la disolución de su amistad (abandono) con un estado de ánimo depresivo, agudo rechazo a la escuela, dificultades interpersonales crónicas (pocos amigos; muy dependiente y necesitada) y conflicto familiar.

Los padres de Anna querían una evaluación independiente de sus necesidades e incluso consideraban llevarla a tratamiento en una institución. A continuación se muestra un modelo paso a paso de cómo el Tratamiento de Identidad para Adolescentes (AIT) se aplica a la evaluación y terapéutica de un adolescente con una patología de la personalidad.

EVALUACIÓN INICIAL

La madre llamó para pedir que Anna fuera evaluada después de un intento de suicidio, las dificultades escolares y la preocupación de que ella y su esposo no fueran capaces de atenderla en el hogar. La terapeuta preguntó acerca del estado actual de la paciente, para asegurar que una evaluación ambulatoria fuera la apropiada. El intento de suicidio de Anna fue considerado como un “gesto” por el equipo de la sala de emergencia local que entregó a la niña al cuidado de sus padres con base en su declaración de que ya no pretendía suicidarse. Los padres aceptaron la responsabilidad de su seguridad y prometieron buscar evaluación y tratamiento para ella. Se programó una reunión de consulta para el día siguiente, con la petición de que Anna asistiera con ambos padres para que las vías de comunicación pudieran ser compartidas. En este caso, como en muchos otros con potencial letal, es importante que los padres estén disponibles durante la evaluación inicial en caso de que el paciente esté en riesgo y requiera intervención inmediata. (p. ej., hospitalización).

Al momento de la evaluación inicial, Anna llegó, pero sólo con su madre. Explicaron que su padre no había podido salir del trabajo para asistir. Luego de completar el papeleo inicial de registro, Anna y su madre fueron llevadas a la sala de consulta, se sentaron en sillones opuestos. La joven vestía con ropa más apropiada para una niña de 12 años que para una adolescente de 16.

La terapeuta comenzó por darle la bienvenida, diciendo “es un placer conocerte”. Anna contestó, “¿En serio? ¿Un placer? – de inmediato confrontó a la terapeuta sobre lo que ella asumía que era una cortesía poco sincera. La terapeuta respondió y le confirmó el interés genuino en verla por primera vez, conocerla con el tiempo, y el placer que le daba ese momento. Luego, compartió su sorpresa por su reacción al saludo, aclarando la inmediata suposición de Anna de que su placer era “poco sincero” y “desconsiderado”. (La activación de sus representaciones objetales internas era clara desde el primer momento). Anna pudo aceptar la realidad de que la terapeuta pudiera estar interesada en conocerla, pero tuvo una capacidad limitada para reconocer o ser consciente de su propia predisposición a descartar el genuino interés de alguien por ella. Fue la madre la que habló durante casi todo este tiempo, mientras en ocasiones la joven asentía con la cabeza. La terapeuta comenzó por reiterar su comprensión de la razón de la consulta (evaluar las dificultades actuales y hacer recomendaciones de tratamientos según fuera necesario, basado en el intento de suicidio reciente), describió el proceso de evaluación (reunirse con Anna, luego con los padres para el historial del desarrollo, y luego con de nuevo con la joven antes de las recomendaciones finales para todos ellos en conjunto) y describir las vías de comunicación (toda la información que se da a la terapeuta es compartida con el paciente y es confidencial, excepto en casos de peligro inmediato para él y, u otros, o ambos). Luego de que estas instrucciones se aclararon y las preguntas fueron respondidas, se pidió a la madre que saliera de la sala, mientras la paciente se quedaba para su entrevista de evaluación.

Entrevista estructural

La entrevista estructural (Kernberg, 1981, 1984) fue administrada al comenzar con las cuatro preguntas modificadas para evaluar adolescentes.

1. ¿Qué te trae aquí el día de hoy?
2. ¿Cuáles son tus dificultades actuales?
3. ¿Cuáles son tus expectativas para el tratamiento?
4. ¿En dónde estás ahora y dónde te ves a ti misma en el futuro?

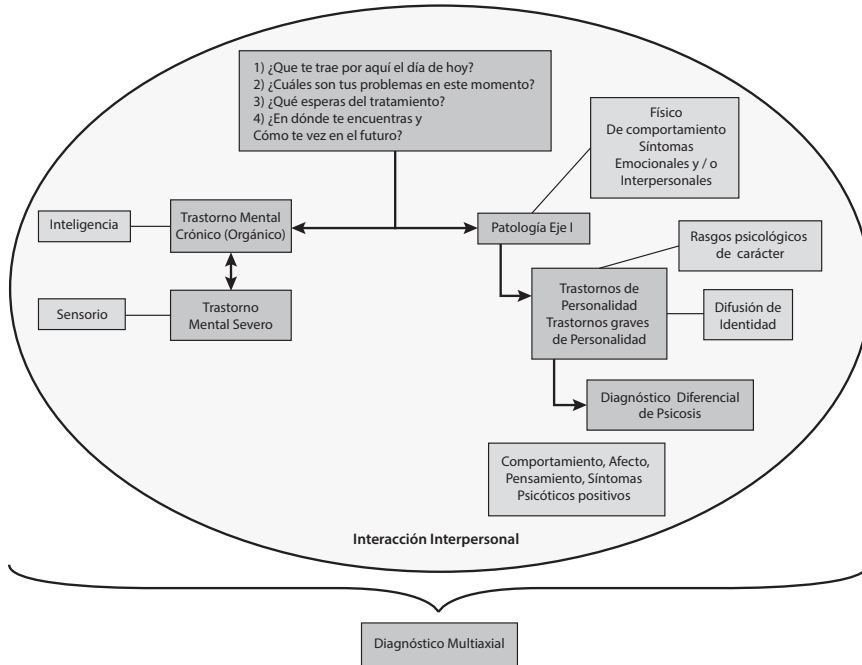


Figura 6-1. Proceso de la Entrevista.

Respuesta inicial a las preguntas de la entrevista

Al comenzar la entrevista la paciente, ignora las preguntas directas, y en vez de eso cuenta la historia de un amigo por el que está preocupada. Esto de inmediato pone en duda su atención, cognición y capacidades de memoria. La terapeuta clarifica si ella escuchó, recordó y entendió las preguntas (hace una nota mental para después evaluar lo que motivó a la paciente a evitar las preguntas). Después de ser redirigida a éstas, Anna describió los eventos precipitantes que la llevaron a su intento de suicidio y a su necesidad de tener esta evaluación.

Eventos precipitantes y dificultades actuales

Ante las preguntas “¿Qué te trae aquí el día de hoy?” “¿Cuáles son tus dificultades actuales?”,

Anna describió que se había cortado la parte superior de los brazos en abril (7 meses antes) con un cuchillo de cocina, porque estaba “enamorada de Steve, pero él está locamente enamorado de Julie” (con quien había empezado a tener citas). Anna dijo que en julio, le dejó de gustar y que había “vuelto a ser como un hermano”. Esto es lo que le dijo al mismo tiempo que le dijo que aún lo amaba. (Ella no veía

contradicción en esto; ni en su experiencia del hecho ni en su comprensión de la reacción con él, lo que indicaba poca capacidad de *insight* y prueba de la realidad social, falta de reflexión y escisión). Anna reportó haber repetido de varias formas esta conversación con el chico, hasta hacía poco, cuando él le dijo que no la amaba. Ella se sintió “rechazada”, “odiada”, e “irritante”. Después de esto, tomó navajas de afeitar para cortarse el abdomen en repetidas ocasiones durante el curso de una semana, siempre en la misma zona. Las heridas sangraban, pero no requerían suturas. Ella empezó a planear la sobredosis un mes de antes, porque sentía que “nadie se preocupará nunca por mí, o nunca seré importante para nadie”. Esto reveló que su intento de suicidio era más que un gesto impulsivo, indicador de mayor severidad que la reportada en un inicio por la madre o determinada por la evaluación en la sala de urgencias. Al dejar en claro el sentimiento de Anna de que “nadie se preocupaba” por ella, la terapeuta exploró la capacidad de la paciente para mantener una representación integrada de relaciones afectivas positivas y negativas. Para determinar el alcance de su escisión negativa, además de los amigos, la terapeuta preguntó en forma específica si esto se extendía a la experiencia en su familia. Anna dijo “la familia biológica no cuenta”, indicativo de la devaluación de las áreas con el potencial de experiencia positiva con el fin de mantener la escisión de la experiencia negativa, y de una falta de capacidad para recurrir a la experiencia afectiva positiva para soportar la que le resultaba negativa (falta de integración del *self* y del Otro, lo que se explora a profundidad más adelante en la entrevista durante la “descripción del *self* y el amigo”).

Al mismo tiempo, hubo un aumento de los conflictos en el hogar. Anna reportó que su madre la culpaba de manera constante por las tensiones en casa, y defendía los derechos de su hermano y hermana en contra de los de ella, “¡a pesar de que mi hermana la mitad del tiempo no está en casa porque está en la universidad!”. Anna está consciente de que sus padres consideran internarla en un centro de tratamiento para tener “tranquilidad y paz” en la familia.

Historial

Anna tiene un historial de tratamientos a lo largo de su vida, que comienza con algunas enfermedades en la niñez que impactaron en forma negativa en el logro de ciertos objetivos del desarrollo normal. La joven sólo pudo reportar que le habían dicho que tuvo una fiebre alta cuando tenía casi 2 años, lo que le creó problemas. Ella pensaba que la única consecuencia de la enfermedad fue el que siempre tuvo profesores especiales, porque “aprendía más lento” que los demás, a pesar de que era “inteligente”. Reportó que era una niña que le gustaba recibir atención de algunos profesores, pero sólo de “aquellos a los que ella les agradaba”.

En un inicio la paciente describió una infancia sin problemas, pero esto se reveló con rapidez como una estrategia para minimizar su propia exposición a la afectividad negativa que estaba asociada con varios incidentes de *bullying* escolar. La continua clarificación sistemática por parte de la terapeuta reveló que un patrón de acoso crónico y generalizado había caracterizado su etapa de latencia y se había

extendido hasta el presente en la escuela. De manera constante Anna mostraba falta de consciencia mientras describía los atributos negativos de los que le hacían *bullying*, de la gran cantidad de formas, tanto sutiles como abiertas, en las que provocaba algunos aspectos de la atención negativa. Por ejemplo, describía con mucho orgullo su habilidad para encontrar los errores que sus pares cometían cuando iban a escribir un ejemplo en el pizarrón frente a la clase, sin ninguna comprensión de que hacerlo podría ser experimentado por sus pares como una crítica o una humillación. También era igualmente inconsciente del impacto de esta necesidad de demostrar su habilidad/inteligencia cuando notaba los errores del profesor en una clase. En este contexto, se evaluó tanto la capacidad de Anna para tolerar una confrontación como para reflexionar.

Preguntas adicionales de la entrevista

“¿Cuáles son tus expectativas para el tratamiento?” “¿Dónde estás ahora y dónde te ves en el futuro?”

La terapeuta le preguntó a Anna en forma directa si podía imaginarse cómo se podrían haber sentido sus compañeros, parados frente a la clase, para hacer su mejor esfuerzo en completar su tarea de forma correcta, si les señalaban un error en frente de todos. Le sugirió además que señalar las fallas de alguien de manera pública podía contribuir a la disposición de esa persona de convertirse en alguien que le hiciera *bullying*, atacara y humillara. Aunque Anna al principio respondió con la esperada respuesta interna de ansiedad, pero de manera externa desdenosa, aunque al final fue capaz de aceptar que, a pesar de que estaba “en lo correcto” en cuanto que había un error, tal vez hacerlo frente a toda la clase no era el ideal, y “podría” hacer que más gente tendiera a maltratarla. Su habilidad para tolerar la confrontación y usarla para incrementar su capacidad reflexiva mejoró el pronóstico de su de tratamiento.

Anna no reportó en forma espontánea ni sus expectativas para el tratamiento ni sus objetivos para el futuro, y por lo tanto, requirió que la terapeuta volviera a hacer esas preguntas iniciales. Acerca de sus expectativas del tratamiento, respondió “es para quitarme a mis padres de encima”. De nuevo, mediante clarificaciones sistemáticas de parte de la terapeuta, al final la paciente fue capaz de identificar que no quería ser enviada a otro lugar, y por lo tanto quería estar en tratamiento: un asunto relacionado con una ganancia secundaria (Clarkin, *et al.*, 2006; Kernberg 1999). También fue capaz de reconocer su patrón de relaciones difíciles y amistades tensas, así como de demostrar cierto deseo de mejorar la regulación de sus afectos (p. ej., “sé que no debería querer cortarme cuando me siento deprimida o sola”). Anna también presentó un futuro en el que ella podría terminar la universidad, tener un buen trabajo, y “quizás casarme, pero no quiero hijos, porque lo arruinan todo”. Esta descripción superficial y desconectada del futuro es propia de los adolescentes con difusión de identidad. El futuro se obtiene de forma mágica, sin conexión alguna con las acciones productivas que se requieren para hacerlo realidad.

Evaluación de la identidad: Descripción del *self* y del Otro (importante)

Anna tenía una gran dificultad para describir una amistad; parecía estar ansiosa, pero hablaba con un tono despectivo, despreciativo acerca de la “estupidez” de la pregunta. Con algo de aliento eligió a un amigo para que así la terapeuta tuviera una imagen de él. Su primer comentario fue “Es agradable, pero a veces dependiente e irritante, como yo, así que hago lo que puedo. Es un verdadero patán. De mente cerrada. No conoce sus límites.”

Anna se volvió en particular ansiosa y defensiva cuando se le pidió que se describiera a sí misma. Sobre esto, dijo “No puedo hablar de mí misma de esta forma... es extraño”. Se esforzó por dar una descripción que tuviera algo de coherencia y calidad. Al final, fue capaz de decir lo siguiente:

“Genuina, pésima para mentir y sentir cosas. Invento historias, amo dibujar, hago cosas artísticas como decorar mi habitación. No tengo realmente mucho sentido de mí misma. (*¿Podrías decirme más?, preguntó la terapeuta*) No me conozco en realidad, así que no sé. (pausa larga) En extremo inmadura y muy enérgica. Incompleta. La gente me dice que soy rara, así que decidí que eso soy.

¿Hay algo más?, se le preguntó y ella respondió: “La gente podría aprender mucho de mí si tan sólo escuchara”.

Las descripciones de Anna de sí misma y de un Otro son típicas en una adolescente con difusión de identidad, como también lo es la dificultad para enfrentarse a la tarea. A pesar de que con claridad había podido hablar con la terapeuta acerca de otros aspectos de su experiencia de manera fluida antes de iniciar esta tarea, incluso sobre cosas difíciles, ocultó su ansiedad con desdén. Las descripciones de su amigo y de sí misma evidenciaban una falta de calidad general (p. ej., oraciones incompletas), poco contenido (p. ej., escasos detalles para apoyar las descripciones), falta de coherencia (múltiples enunciados no integrados y contradictorios) y nula continuidad (ninguna indicación de perspectivas de tiempo o de la visión de otro). Un ejemplo de declaración contradictoria fue la yuxtaposición de “agradable” y “patán” para describir al amigo. También hubo falta de integración del *self* en la descripción contradictoria de Anna sobre sí misma como “genuina” y en el instante siguiente como “pésima para mentir”. Una falta de diferenciación y una simultánea pérdida de límites también quedó en evidencia en la comparación de las descripciones del *self* y del Otro (p. ej., la declaración “como yo”). Esta falta de diferenciación se ve en particular clara en su descripción de sí misma, cuando dijo, “La gente me dice que soy rara, así que decidí que lo soy”. Esta pérdida de los límites entre el *self* y el Otro es característica de la difusión de identidad.

Evaluación familiar/de los padres

Los padres se presentaron con urgencia debido al intento de suicidio y al conflicto “insoportable” en el hogar. La madre habló por el padre (quien, en una sesión posterior, confirmó estar de acuerdo con la descripción de la madre, con una excepción

notable: no estaba tan seguro de que Anna debía internarse en una institución). Los padres expresaron su poca fe en que las cosas fueran a mejorar; decían que ya estaban “cansados” y que “lo habían intentado todo” para que Anna se sintiera mejor “a costa de la salud mental de todos”. Los padres sentían que la psicoterapia de apoyo anterior había sido útil, pero que de manera fundamental nada había cambiado. En realidad, sus relaciones de amistad estaban deterioradas, el conflicto familiar incrementó, ella había perdido la esperanza, estaba siempre “malhumorada” y había intentado suicidarse. Como resultado de esto, todos estaban “agotados” y los padres planteaban la posibilidad de mandarla a otro lugar, a pesar de que ella no quería irse. Expresaron algo de ambivalencia acerca de qué hacer, lo cual era su razón para considerar este tipo de tratamiento “como un último esfuerzo desesperado de salvar a la familia”. Esperaban que fuera útil, debido a que estaba más orientado a las dificultades específicas de Anna en sus relaciones y además les daba ayuda a los padres y al resto de la familia.

En la primera sesión con los padres se obtuvo la historia de desarrollo de Anna, el historial de enfermedades de su familia inmediata y extensa, información sobre los problemas identificados en ésta y permisos para hablar con fuentes colaterales; además, se buscó evaluar la calidad de la relación de padres, así como sus expectativas sobre el tratamiento.

Todas las dudas que expresaron los padres también fueron aclaradas. La madre dio un reporte detallado de la fiebre alta que Anna contrajo cuando tenía 18 meses, la cual le indujo convulsiones y llevó a una breve hospitalización. Los efectos duraderos de este hecho incluyeron un periodo de falta de audición, así como una pérdida de objetivos del desarrollo logrados con anterioridad, incluida una significativa pérdida del habla y de la motricidad fina y gruesa. Anna recibió múltiples tratamientos de rehabilitación para ayudarla a recuperar sus habilidades perdidas. Los padres también describieron un largo historial de ansiedad de separación que se inició en ese tiempo y que duró hasta los 12 años, cuando Anna al fin estuvo dispuesta a ir a un campamento juvenil por una semana.

El historial familiar reveló numerosas dificultades psiquiátricas significativas. La familia paterna tenía problemas de atención y ansiedad, además de trastornos de aprendizaje. El caso de la familia materna era relevante por sus trastornos del estado de ánimo, entre los que había un posible trastorno bipolar. Tanto la mamá como el papá están convencidos de que la abuela materna, que había mostrado dificultades en la mayoría de las relaciones interpersonales de su vida, había vivido con un desorden de personalidad no diagnosticado.

Los objetivos que los padres querían lograr con el tratamiento eran que su hija fuera capaz de terminar la escuela y de mejorar sus relaciones. Querían que Anna volviera al colegio sin que continuara involucrada en los conflictos sociales que habían llevado a tenerla que sacar de las clases. También querían que ella mejorara sus relaciones en el hogar, para que los otros hijos pudieran actuar sin la continua presión de lidiar con su ánimo volátil y comentarios denigrantes, (¡y además aliviar su propio estrés!).

Problemas emergentes para la familia relativos al contrato y al tratamiento

La motivación para el tratamiento y los potenciales problemas con el cumplimiento fueron evidentes desde el primer momento. Si bien los padres querían probar este tratamiento, eran ambivalentes respecto al compromiso, pues aún tenían la idea de que podían enviarla a otro lugar en cualquier momento y ante su incertidumbre esto necesitaba ser abordado en la fase del contrato con los padres.

Los padres mantenían la predisposición a la transferencia del salvador y del vertedero hacia la terapeuta y el tratamiento. La transferencia del primer tipo se ejemplificaba en su declaración de que este tratamiento era un “último esfuerzo desesperado”, con lo que le atribuían a este tratamiento y a la terapeuta poderes especiales para salvar a su hija y a la familia. De forma simultánea, veían a esta terapia como algo similar al tratamiento en una institución, como un lugar al cual “mandar” fuera a su hija para que ellos no tuvieran que lidiar con sus dificultades.

También quedó claro que los padres requerirían un periodo extendido de psicoeducación con respecto a la crianza de Anna, así como de los otros hijos. Se necesitaba un plan claro sobre cómo manejar los límites y las necesidades del tratamiento individual para abordar la evidente necesidad de apoyo y manejo de las dificultades de los padres.

Fuentes colaterales

Con el permiso de Anna (asentimiento) y de sus padres (consentimiento), la terapeuta contactó a la escuela y a los terapeutas anteriores para obtener información respecto al funcionamiento de la joven y su respuesta anterior al tratamiento. Contactar fuentes colaterales, como la escuela, es muy importante para obtener una visión más objetiva del funcionamiento de los adolescentes, aunque un terapeuta también debe estar atento a cualquier “intención oculta” de la escuela (p. ej., encontrar una excusa para enviar al niño a otro nivel de servicios educacionales si han tenido dificultades graves para tratar con él). Hablar con terapeutas anteriores es esencial para entender qué se debe esperar en el tratamiento actual, porque el comportamiento pasado es el mejor predictor del comportamiento futuro. Los aspectos de los tratamientos anteriores que funcionaron bien son tan importantes como saber qué fue lo que no funcionó. Es de particular interés conocer cómo terminó la terapia, pues esto debe ser visto como el resultado potencial del tratamiento actual, y considerado en el proceso contractual para prevenir la deserción. Toda la información aportada por las fuentes colaterales genera perspectivas adicionales para entender las dificultades del adolescente, y además revela fortalezas que pueden no ser evidentes en el cerrado sistema familiar.

Contacto con la escuela

La terapeuta pudo hablar con un profesor y una orientadora en la escuela de Anna. Aquélla refirió su preocupación por el regreso de Anna a la escuela, debido a que

ella había estado mandando mensajes a otros estudiantes con comentarios vagos, pero preocupantes debido a que eran sugerentes de ideación suicida (p. ej., “Te veré pronto, si sigo aquí en la mañana”). Por su parte, el profesor dió una imagen un poco diferente de Anna, la describió como una persona motivada, que participaba en las discusiones en clases, a pesar de su cumplimiento errático con las tareas y un desempeño variable en los exámenes. Tanto el docente como la orientadora expresaron su preocupación por Anna de forma genuina y empática, e indicaron con claridad la capacidad de la paciente para relacionarse de forma correcta con algunas figuras de autoridad. Sin embargo, otros profesores no estuvieron dispuestos a hablar, lo que parecía relacionarse con un aspecto de Anna también capaz de generar antipatía en sus relaciones.

Contacto con el psicoterapeuta anterior

La terapeuta anterior informó haber tratado a Anna durante los dos años anteriores en una modalidad de tratamiento psicoterapéutico de apoyo semanal, con focalización principal en su funcionamiento escolar (p. ej., el impacto de sus dificultades de atención al aprender y completar sus tareas), con focalización secundaria en conflictos interpersonales y familiares. En realidad, la joven asistía de forma esporádica y daba excusas múltiples para justificar su baja asistencia. Se habían probado diversos medicamentos en Anna, entre éstos Concerta (para el déficit atencional [ADD, por sus siglas en inglés]), Prozac, y al final una dosis de mantenimiento de Welbutrin, para síntomas del estado de ánimo y ansiedad. Ella había cumplido con tomar los medicamentos, pero se informó que su madre no estaba de acuerdo con dárselos y a veces demoraba en comprarlos. La terapeuta reportó que había tenido poca interacción con la madre y ninguna con el padre durante el tratamiento. El aspecto más sobresaliente de la información aportada por la terapeuta anterior fue con respecto al intento de suicidio. Ella informó que éste “apareció de la nada”, porque Anna no había reportado ninguna de las dificultades que lo precedieron (p. ej., no hubo reportes sobre la pérdida de la relación o las autoagresiones) a pesar de que la terapeuta tenía la sensación de que Anna se había sentido cómoda al conversar con ella acerca de muchos temas difíciles en los años que trabajaron juntas.

En conjunto, estas informaciones profundizaron la comprensión de la terapeuta sobre Anna, apoyaron las observaciones que había hecho a partir de las entrevistas con ella y sus padres; además de complementar aspectos del diagnóstico, estas fuentes también dieron información útil para formular las necesidades del tratamiento y anticiparon los temas que requerirían atención tanto en el contrato con Anna como con sus padres.

Impresiones diagnósticas

Anna presentaba una clara difusión de la identidad, usaba defensas primitivas (p. ej., escisión), y mostraba una escasa prueba de la realidad social. Reportaba relaciones interpersonales inestables, inestabilidad afectiva (particularmente reactividad) y rabia intensa e inapropiada por momentos, junto con esfuerzos significa-

tivos para evitar el abandono (p. ej., el suicidio luego de sentirse rechazada). Estas características se consideran consistentes con el trastorno de personalidad bipolar. Anna también presentó algunas características consistentes con el trastorno de personalidad histriónico (p. ej., emocionalidad excesiva, búsqueda de atención, incluso mediante su atuendo, sugestibilidad, entre otros) y trastorno de personalidad narcisista (p. ej., se siente “especial” y “única”, con derecho a reclamar, es arrogante y muestra empatía inconstante).

- Eje I. Desorden de ansiedad generalizado; Trastorno por déficit de atención con hiperactividad; Trastorno del aprendizaje no-verbal (procesamiento auditivo y baja velocidad de procesamiento); historial de depresión.
- Eje II. Trastorno límite de la personalidad con rasgos histriónicos y narcisistas.
- Eje III. Historial de anormalidad de la tiroides, monitoreado con regularidad.
- Eje IV. Conflicto familiar grave, red social limitada/conflicto interpersonal; rechazo escolar (al ingreso).
- Eje V. Puntajes GAF: 35 el más bajo el año anterior; 40 al ingreso.

Recomendaciones iniciales de tratamiento

Una vez completado el proceso de evaluación, se presentaron y discutieron con la paciente las recomendaciones iniciales. A continuación, se programó una segunda sesión familiar (que incluía a Anna y a ambos padres) para dar la formulación del tratamiento y las recomendaciones.

La preocupación inmediata de que los padres pudieran decidir de manera impulsiva internar a Anna en una institución fue abordada de inmediato, con la recomendación de que enviarla a otro lugar “no era una opción” por un mínimo de 6 meses. Esto se explicó como un prerrequisito para comenzar el tratamiento y además se discutió dentro de la fase del contrato. Asimismo, las dinámicas que motivaban la ambivalencia fueron identificadas y contenidas.

Se recomendó un tratamiento adjunto individual para la madre, que mostraba un alto grado de ansiedad y dificultades propias en su manejo de la afectividad con límites apropiados. Si bien había problemas que se evidenciaban en la calidad de la relación de la pareja, no se hizo una recomendación de terapia de parejas alterna en este momento. Esta sugerencia podría hacerse en el futuro si se observaba que el conflicto en la relación de los padres llegaba a causar un impacto negativo en Anna y en la familia.

Al final de la formulación y las recomendaciones, se les alentó a pensar acerca de todo lo que se había discutido y a reflexionar sobre si estaban o no interesados en aceptar la sugerencia de participar en este tratamiento. Durante la sesión, Anna expresó su deseo de continuar en él. Los padres también dijeron estar “dispuestos a intentarlo”, pero esto fue un poco débil y más congruente con una ambivalencia continuada. En este contexto, la terapeuta concluyó la sesión sin programar la cita siguiente, para enfatizar así la necesidad de que la familia considerara la opción de continuar el tratamiento. La terapeuta dijo que los contactaría dentro de una semana si no lo hacían ellos antes, “sólo para confirmar su elección”.

En otros casos, la terapeuta programaría una nueva cita para continuar la discusión sobre la participación en el tratamiento, pero aquello es más usual cuando los adolescentes y sus familias ya están comprometidos con el proceso y parecen listos para empezar la fase contractual, o si de manera genuinae han surgido más preguntas que necesitan ser aclaradas. Esta familia ya había obtenido las respuestas a sus preguntas, y estaba claro que continuar con un espacio de discusión sólo prolongaría la ambivalencia (lo cual sería coludirse con el deseo de los padres de usar la terapia como vertedero, más que como un lugar de colaboración y cambio real).

ESTABLECIMIENTO DEL CONTRATO

La madre llamó dos días después de la sesión de evaluación final para decir que Anna en realidad sí quería comenzar el tratamiento y para sacar una cita, a pesar de que ella no estaba convencida aún de que este tratamiento fuera a servir. Aunque no era una situación ideal, la rapidez con la que la madre respondió a la petición de tratamiento de su hija, y el deseo de ésta de recibir tratamiento, era suficiente para comenzar el proceso de contrato.

La paciente y la familia al final aceptaron la recomendación de recibir TIA dos veces a la semana con trabajo simultáneo de los padres durante la etapa inicial de tratamiento. Si bien éstos siguieron dudosos y algo reticentes, aceptaron apoyar el tratamiento de Anna y realizar su trabajo como padres. Acordaron aplicar la terapia al menos 6 meses, antes de reconsiderar un tratamiento residencial en una institución (o buscar otro). La madre también aceptó la recomendación para recibir apoyo individual. Anna aceptó volver a estudiar, con restricciones en las actividades sociales extracurriculares, de acuerdo a la petición de la escuela.

Motivación de Anna para el tratamiento

Anna estaba motivada con el tratamiento porque así no sería llevada a un programa de tratamiento residencial en una institución. La terapeuta identificó el nivel del beneficio secundario, y pudo diferenciar motivaciones adicionales que se extendían más allá del evitar ser enviada a otro lugar por sus padres. A pesar de que la paciente estaba en una posición bastante externalizada (al mirar los defectos que percibía en otros), también tenía una apreciación de leve a moderada de su propia contribución a sus dificultades actuales. (Hay que resaltar la actitud de la familia, que la culpaba por las dificultades en el hogar, y contribuía a su tendencia a externalizar, lo que requería atención durante el tratamiento). Aún más importante, Anna quería tener mejores amistades, a pesar de que continuaba con la actitud de culpar a sus amigos de la mayoría de sus dificultades en el área social.

En resumen, Anna sí exhibía el milímetro cuadrado de deseo mínimo para el cambio, puesto que reconocía que ella tenía alguna influencia sobre sus propias dificultades. Esto era suficiente para proceder con el tratamiento, incluso en el contexto de la continuada ambivalencia de los padres.

Proceso del contrato

Dado que Anna estaba comprometida con el tratamiento, trabajó con la terapeuta en identificar sus objetivos específicos para el tratamiento, así como en aceptar las responsabilidades individuales estándar, y aquellas que eran específicas para sus dificultades. Además de incluir en el contrato aspectos que cuidaran su seguridad, con respecto al suicidio y a las autoagresiones, la asistencia regular a las sesiones era de particular importancia para Anna, pues su tratamiento previo indicaba que este aspecto sería un área que podría minar la eficacia del tratamiento.

De manera simultánea, los padres trabajaban de forma independiente con la terapeuta para identificar aquellos aspectos del comportamiento de Anna que querían ver mejorar, al mismo tiempo que identificaban su propia manera de comportarse y las actitudes que contribuyeron a mantener las dificultades de Anna.

Luego la terapeuta integró los focos del tratamiento desarrollados con Anna y los identificados por los padres, y se incluyeron en una propuesta de plan domiciliario, el cual primero fue presentado a Anna con ánimo de colaboración, para que trabajaran juntos en la elaboración de un documento viable que representara sus objetivos del tratamiento, y que además especificara las formas en que sus padres, mediante su adherencia al comportamiento esperado, ayudarían a apoyar los cambios de Anna. Después de que la paciente hubo aceptado el plan domiciliario, se agendó una reunión con ella y sus padres para dedicarse a la realización del mismo y aclarar cualquier pregunta o preocupación. El plan domiciliario que se muestra a continuación fue modificado por Anna y sus padres muchas veces durante el curso del tratamiento, y sufrió cambios tanto de expectativas de comportamiento como de recompensas y consecuencias. Todas las modificaciones fueron hechas para facilitar la identificación, diferenciación y exploración de las diadas de relaciones objetales activadas de Anna y de las distorsiones concomitantes que provocaban conflictos interpersonales, y, al mismo tiempo, para mantener la colaboración de los padres para que la paciente continuara su tratamiento individual.

Figura 6-2. Plan domiciliario de la familia Smith		Preparado por: Dra. Brown	
Nombre: Anna Smith		Fecha: 1 de marzo de 2012	
Visión general y propósito Un plan basado en principios para reconstruir la confianza y el respeto dentro de la familia, con una puesta en práctica gradual de privilegios crecientes proporcionales con demostración de creciente responsabilidad y cooperación		Temas Abordados Participación en el colegio, interacciones familiares	
Comportamiento responsable		Guía para los padres	
Ninguna ideación suicida amenazante, incluidos mensajes de texto, correo electrónico o chat a los amigos No autoagredirse Asistir a diario al colegio Completar tareas escolares en el hogar Estudiar para los exámenes Dormir lo suficiente Comer de forma regular Asistir a terapia de forma regular	Nada de amenazas suicidas o autolección Mantener la asistencia y cumplir con las responsabilidades académicas, así como con la terapia, es una manera concreta de demostrar responsabilidad y deseo de trabajar en mejorar las interacciones con los demás - Cuidar la salud física y el bienestar es importante para mantener un estado estable de ánimo	Los padres darán acceso a medicinas u otros tratamientos según se receten Los privilegios se ganarán según el acuerdo No amenazar; se pueden hacer recordatorios, como Anna pidió Asegurar que haya comida apropiada para tentempiés y comidas	Objetivos de los privilegios Objetivos actuales: Uso de la computadora sin supervisión Devolver teléfono celular Objetivos a dos meses Hacer la prueba para obtener el permiso de conducir Clases de manejo Objetivos a cuatro meses Viaje a Costa Rica con una tía
Comportamiento respetuoso No usar lenguaje "hiriente" o cruel con padres ni hermanos No destruir nada en la casa ni dar portazos Participar en las actividades familiares, p.ej., comidas (en vez de alejarse)	La propiedad será tratada con respeto y se le dará un uso adecuado, (p.ej., las puertas se cerrarán en silencio y con seguridad) Usar lenguaje amable cuando se hable con los padres y/o hermanos (es decir, de la forma que te gustaría que te hablaran)	Los padres y hermanos deben también hablar calmadamente y con respeto. El respeto es una calle de doble vía y es poco probable lograrlo a menos que se hagan esfuerzos en los dos lados No participar en disputas verbales. Las consecuencias se deben reservar para el comportamiento marcadamente difícil. Las disputas/actitudes negativas adolescentes normales no deben ser castigadas Las consecuencias no deben surgir de peleas bidireccionales entre hermanos, a menos que ambas partes reciban una consecuencia equitativa	Consecuencias Una infracción genera un día completo de pérdida de privilegios, comenzar de inmediato, y prolongarse hasta todo el día siguiente Notas adicionales Exceptuando los artículos en ROJO, habrá una implementación gradual de consecuencias relativas al comportamiento. Los padres deben recordarle a Anna con suavidad que si continúa con ciertos comportamientos, perderá privilegios. Dos recordatorios en las primeras dos semanas (es decir, 3 strikes), luego un recordatorio (es decir, 2 strikes). El objetivo final es lograr el cumplimiento total sin recordatorios (es decir, 1 strike). Dado que los objetivos de largo plazo (en particular el viaje) son recompensas considerables, se espera un esfuerzo constante

TRATAMIENTO

Luego de que Anna y sus padres aceptaran el contrato, el tratamiento comenzó. Para estos últimos, ello significó participar en sesiones de psicoeducación para ayudarlos a entender las dificultades de Anna y desarrollar estrategias para mejorar sus habilidades de crianza en relación con las necesidades específicas de la joven y sus dificultades específicas familiares. (Las intervenciones de los padres serán detalladas a continuación).

Curso del tratamiento de Anna

El tratamiento de Anna empezó como la mayoría de los casos, con un énfasis inicial en controlar los impulsos autodestructivos al mantener el contrato. A pesar de las detalladas revisiones durante el mismo, por lo regular hay “pruebas” de estos límites de parte de los adolescentes mientras empiezan a responsabilizarse de la contención de su propio comportamiento. De igual forma, es típico que los padres tengan problemas cuando comienzan a llevar a cabo el plan domiciliario y deben empezar a diferenciar las fuentes de conflicto y a aceptar responsabilidad por su rol en las interacciones negativas. Es tradicional que adolescentes y padres desarrollen un patrón de interacción en que se culpan unos a otros (es usual que den ejemplos válidos de las faltas de conducta del otro) pero al hacerlo, no reconocen sus propias culpas, pues sienten que su respuesta está justificada.

Ejemplo clínico: nuevo contrato con la adolescente

Desde etapas tempranas del tratamiento, Anna se involucró en una situación con un pequeño grupo de amigos mientras visitaba el centro comercial. Una amiga insistió en ir a “una tienda más” a pesar de que Anna estaba cansada y quería irse. Ella cedió y con resentimiento aceptó la el comentario de su amiga de que tomaría solo “5 minutos más” y entró a la tienda. La sensación de que su amiga no estaba preocupada de sus sentimientos o deseos persistió, lo que más tarde produjo una discusión mientras conversaban por Internet. Otros amigos dieron su opinión de que Anna era poco razonable, lo que la llevó a sentirse aún más enojada y atacada. Ella respondió a esto con aislamiento (p. ej., se desconectó de Internet y finalizó el contacto con sus amigos), también se cortó los brazos con una navaja; con lo cual rompió el contrato al autolesionarse.

Al empezar la sesión, la paciente habló sobre la situación en el centro comercial con gran afectividad, dijo que ella estaba en lo “correcto” y su amiga estaba “equivocada”. Ella estaba enojada con sus amigos por estar del lado de la otra niña en el argumento. Ella contó la historia con una actitud de tratar de convencer a la terapeuta de que su visión era la correcta. No fue sino hasta que se realizó una aclaración sistemática de la realidad de las interacciones y se la confrontó con las diferencias entre su experiencia y la de sus amigos que Anna reveló que había roto el contrato al cortarse. Esto presentó no sólo el tema de haberse cortado, sino también el hecho de

que al comenzar la sesión no había reconocido que se había cortado. Esto necesitaba ser trabajado en dos niveles: el restablecimiento del contrato en la realidad externa y la manifestación de su mundo interno dentro de la transferencia. La secuencia de esta sesión muestra este movimiento de la superficie a lo profundo, mientras se pasa desde la relación extratransferencial a la transferencia del aquí y ahora con el uso de la aclaración, confrontación e interpretación.

Extracto de la sesión

Anna (A) 'fuiste muy cruel hoy.' Y yo le dije, 'tú también'. Entonces se convirtió como en esta cosa como que ella me estaba llamando, como si me dijera que yo había empezado y como que yo sabía que ella había empezado. Luego otra amiga que estaba en el centro comercial cuando comenzamos a discutir esto decía como que YO HABÍA empezado, y sentí que todos estaban en contra mía; eso sólo empeoró las cosas.

Terapeuta (T): ¿De qué forma? ¿Qué pasó? (Clarificación)

A: En como que sentí que a pesar de que ella estaba equivocada, todos pensaban que yo estaba equivocada. Así que eso fue como...

T: ¿Por qué pensarían eso? (Clarificación enfocada en evocar la mente del Otro)

A: Si no fui yo

T: No fuiste tú. ¿Pero todos dicen que era tu culpa? (Clarificación de la discrepancia para aumentar la conciencia de Anna y como preludeo a la confrontación, por si no pudiera ver la discrepancia ella misma).

A: Sí

T: ¿Qué creen ellas que hiciste tú? (De nuevo hay una clarificación focalizada en la mente del otro, diferenciada de su propia visión y motivaciones)

A: Ellas pensaron que yo fui la que fue cruel primero

T: ¿Entonces fue en eso que no vieron lo que tú viste? (Confrontación focalizada en la diferenciación del *self* y el Otro)

A: Sí

T: ...Entonces... entonces, se enojaron la una con la otra en el centro comercial... luego la pelea continuó en línea... ¿y luego qué pasó? (Clarificación que involucra un resumen de organización de los aspectos entendidos con antelación; provee un 'andamiaje')

A: Y como que, luego, finalmente como que dije 'lo siento' ...como 'yo empecé'. Sólo para hacer que dejara de hablar... porque como que sólo quería dejar de pelear en ese momento

T: ¿Por qué? (para clarificar su motivación subyacente y su defensa contra el conflicto)

A: Porque me sentí como... cansada de pelear. Y como que a pesar de que yo sé que estaba en lo correcto, sé que ella no lo estaba... ella es la clase de persona que no va a parar hasta que la otra persona diga que ella está en lo correcto. Así que como que yo sabía que ella no iba a dejar de pelear conmigo hasta que yo dijera 'lo siento. Fue mi culpa.'

T: Entonces lo dijiste ...

A: Sí

T: ...¿Aunque tú no lo creyeras? (Una confrontación para mantener conciencia de la discrepancia entre su afectividad, cognición y comportamiento)

A: Sí

T: ¿Y funcionó? (Una invitación a observar la discrepancia entre su mundo interno y la realidad externa)

A: En realidad no. Porque incluso como que dijo 'Ok, bueno', pero yo todavía espero una disculpa, entonces como que, estamos las dos un poco tensas una con la otra

T: ¿Por qué crees que ella todavía está tensa contigo, digo, tú le ofreciste una disculpa, entonces por qué crees que ella sigue enojada? (Confrontación)

A: Es probable que ella no piense que le esté diciendo la verdad, no cree que soy en realidad sincera al respecto...

T: ¿Y por qué no? ¿Qué crees que te delató? (Clarificación)

A: Como que le dije 'lo siento' (mirada sarcástica)

T: Así que tú piensas que sigues con una mala actitud al respecto. (La terapeuta hace un comentario indirecto sobre la comunicación no verbal, para atraer hacia su consciencia la discrepancia entre sus palabras y su tono afectivo, y al mismo tiempo para conectar esto con su incapacidad para disculparse con éxito)

A: Supongo. Más o menos... pero eso es sólo porque ella como que, ella no acepta el hecho de que ella tampoco está en lo correcto en esta situación.

T: Pero, si te estoy entendiendo, tú SABES que en algún nivel, tu disculpa no es sincera. ¿No es así? Porque tú no crees que en realidad hayas empezado... y en realidad no quieres decir 'lo siento'. (Clarificación que presenta la opinión de la terapeuta en el aquí y el ahora)

A: Sí.

T: ¿Y ella se da cuenta de eso?

A: Sí.

T: Entonces ¿Qué crees que va a pasar aquí? Porque parece que ustedes dos podrían estar enojadas con la otra por un tiempo. (Presentación del futuro como una invitación al proceso de reflexión)

A: Sí. No lo sé...

T: ¿Te gustaría que te contara mi idea sobre lo que creo que puede estar sucediendo? (Ésta es una manera de presentar la secuencia de interpretación y atraer a la adolescente a escuchar una perspectiva alternativa, la opinión del otro mientras se tolera la experiencia del *self*)

A: Sí

T: Tú sabes que hemos hablado antes acerca de estas situaciones donde te estancas con una amiga y... y las cosas no se resuelven y a veces explotan y pierdes a tu amiga . Y tengo la sensación de que eso podría suceder aquí también. (Conectando la relación extratransferencial con la transferencia en el aquí y ahora). Esa actitud que era como la de decir 'lo siento', pero sin sentirlo en realidad, podría continuar por un tiempo largo y volverse algo tan incómodo que ustedes dos pierdan la esperanza en la otra. Y eso ha pasado antes ¿No es cierto? Cuando te has enojado, sobre todo la otra persona se ha enojado, pero tú también te has enojado, porque no entiendes por qué están enojados. Y siento que eso pasa aquí también. ...Si es que entiendo bien, en ese momento tú ya habías terminado. Querías irte a casa. Ya habías no tenías nada que hacer en el centro comercial y no tenías paciencia para ir a otra tienda. (Aumentar la consciencia de estados de afectividad). Entonces querías irte a tu casa en ese mismo momento. Y al mismo tiempo tu amiga estaba como "oh, vamos, sólo 5 minutos más". Ella quería lo que quería en ese momento. Y me hace pensar que quizás parte del problema acá es que tú te enojas mucho con ella cuando ella quiere las cosas de la manera que ella quiere, pero puede que no estés pensando en que tú estás queriendo cosas de la manera que tú quieres. ¿Qué piensas de eso? (Una elaboración parcial de la diada proyectada y escenificada)

A: Sí. Es como que queríamos lo mismo. Como que, las dos queríamos lo que queríamos y no estábamos pensando en lo que la otra persona quería.

T: Sí, y de hecho, así como tú piensas que es difícil relacionarse con ella... que ella no acepta su responsabilidad... que no quiere decir que lo siente por, tú sabes... hacerte ir a la tienda... pero siento que, de la misma manera, tú te sientes de esa forma hacia ella. (Interpretación parcial de su proyección)

A: Sí

T: ¿Qué piensas cuando te digo eso? ¿Te molesta o tiene sentido? ¿Te ayuda a entender algo un poco mejor? (Regreso a la clarificación en la transferencia después de la interpretación)

A: Sí. Es como molesto, porque me hace sentir que yo también contribuí a la pelea y a enojarnos la una con la otra... así que quizás si en realidad digo con sinceridad que lo siento, puede que ella diga que lo siento.

T: Quizás, pero pienso que quizás, antes de que entremos en eso (destacando el tópico para una exploración posterior), porque tú podrías decirlo, pero no sé cómo se sentiría diferente, porque ¿de qué te estarías arrepintiendo entonces? (La terapeuta trabaja por conducir a la paciente hacia una integración de cognición y afectividad en la autoexperiencia)

A: De no haber pensado que realmente eran como 5 min en la tienda y de que pude haber esperado ese tiempo

T: Bueno, podrías haberlo hecho, pero voy a intentar llevarte a cómo te sentiste en ese momento, porque si te entendí bien cuando dijiste "¡Son 5 minutos!" parte de esa actitud también me dice que habrían sido 5 minutos, pero que ella también podría NO haber ido por cinco minutos. ¿No es así? Así que en ese momento en que te sentías cansada y estabas lista y sólo querías irte, ¿piensas que podrías haberte dicho a ti misma, "Bueno, son SÓLO 5 minutos"? (La terapeuta trabaja para aumentar la consciencia de la experiencia del self y el otro y llevar a Anna en contacto con su proyección).

A: Sí.

T: ¿En serio?

A: ¿No?

T: Eso es lo que te pregunto, porque yo pienso, es más fácil pensarlo, que podrías, porque ahora está todo tranquilo, no estás cansada. Piensas sobre eso. Pero en el momento con tu amiga en el centro comercial, es probable fuera mucho más difícil... (La terapeuta acerca a la consciencia del adolescente el impacto de sus estados de afectividad en su experiencia, en particular en la cognición)

A: Sí

T: ...porque estás cansada. Y de verdad tendrías que PENSAR acerca de qué necesitas TÚ y qué necesita ELLA. (Confrontación, relacionando el ser y el Otro de forma interna)

A: Es como difícil pensarlo así, como cuando estoy... en ese momento, es distinto a pensar acerca de eso ahora

(La terapeuta empieza entonces a relacionar la díada de la relación objetal interna activada en la relación extratransferencial con la relación de transferencia)

T: Pero si entiendo bien, en algunos aspectos, has sido más capaz... como en este momento...el hecho de que seas capaz de pensar acerca de ello ya es un cambio, porque en el pasado, cuando he compartido un pensamiento, a veces te has enojado porque no he estado de tu parte. ¿No es así? Como que piensas que sólo estoy preocupada por tu amiga y no del hecho de que tú pensaras "¿A qué te refieres? Estaba cansada. ¿Por qué no podía ella renunciar a ir a la tienda?" ¿No es así? Entonces esto también es diferente... porque eres capaz de pensar acerca de eso

A: Es diferente ahora porque más tarde esa noche, como que estaba muy molesta y me corté

Romper el contrato puede pasar en cualquier momento en terapia, pero por lo regular ocurre en etapas tempranas en el tratamiento, durante la fase de construcción de la alianza. Hay que entender muchos niveles cuando se rompe el contrato. Un nivel es ver la ruptura del contrato como una manifestación concreta de la ambivalencia en el adolescente de aceptar la responsabilidad para cambiar y confiar en la terapeuta para ayudarlo. También representa una manifestación del mundo de relaciones objetales internas que deben ser exploradas en este contexto

T: ¿Qué pasó?

A: Eh, yo sólo como que, no sabía qué más hacer y mis amigas estaban... me mandaban correos electrónicos y también me gritaban que yo había empezado entonces, yo sólo, como que apagué mi computador y apagué mi celular y me fui al baño. Y todos estaban dormidos, así que nadie se enteró

T: ¿Qué hiciste?

A: Como que, desarmé la navaja, y tomé la cosa... e hice un par de como líneas en mi brazo

T: ¿Y aún tienes las marcas?... ¿Qué tanto cortaste?

A: Eh, sólo como seis. No fueron profundas, pero sangraron mucho.

T: Creo que ahora... pienso en un par de cosas. Una es tratar de entender qué sucedió y por qué elegiste cortarte... pero también estoy consciente de que al cortarte... tú sabes que hay algo aquí porque hemos hablado acerca de cómo, cuándo te sientes molesta, y cuando tienes ese impulso... tú sabes que tenemos un contrato acerca de no actuar al seguir ese impulso. Así que algo sucedió que te hizo olvidar eso, de cierta forma, y te llevó a actuar de acuerdo a él de todas formas. ¿Estás consciente de eso?

A: Sí, bueno, como que no puedo sólo detenerme. Como que no puedo como...tener tu contrato y hacer como "Oh. Ok. No me voy a cortar más". Como, no puedo apagarlo, y en especial cuando suceden cosas como ésta, como que es obvio que voy a hacerlo sin querer un par de veces

T: Claro. Y te escucho... que tú te sientes como... quién soy yo para decir que simplemente deberías parar y (chasquea los dedos) como si tú pudieras parar.

A: Eh, sí

T: Entonces te voy a recordar algo... justo en este momento, ¿sabes?, me hablas como si yo sólo tuviera que entender y aceptar que esto va a pasar. ¿Es eso correcto?

A: Sí

T: Pero al mismo tiempo, te voy a recordar lo que hablamos cuando hicimos el contrato, que es que siempre va a estar ese impulso de querer hacerlo, mientras tratamos de entender qué sucede, ¿no es así? Pero que no se trata de no hacerlo porque yo te digo que no lo hagas, sino que existe esta otra parte de ti que entendió cuando lo hablamos, que si te sigues cortando... nada cambia. Que al cortarte, no puestas ni entiendes, tampoco eres capaz de tolerar cualquiera que sea el sentimiento que lleva a cortarte.

A: Sí. ¿Qué otra cosa se supone que debía hacer? Como que mis amigos me culpaan a mí, y están todos en contra mía y no tenía a nadie con quien hablar. Así que, sólo voy a hacer como, bueno....aceptarlo y eso, como... Me sentí muy mal y como sola, entonces... Y esa es la única forma que conozco para lidiar con eso en este momento, porque no me enseñan nada diferente, entonces...

T: ¿Entonces es mi culpa?

A: O sea, sí. ¿Qué otra cosa se supone que debo hacer? Como que, ¿Qué hago cuando estoy molesta...?

T: Ajá. ...Vamos a hablar luego de qué hacer cuando estés molesta. Pero quiero compartir una idea contigo, porque lo que dijiste cuando yo dije "¿Entonces es mi culpa?" y tú dijiste como 'Sí' ¿No es cierto?... Me recuerda a lo que te metió en esta situación. Porque tú sientes como que es SU culpa, lo que pasó en el centro comercial, ¿No es así? Ella debió no haber ido a esa otra tienda. Tú estabas cansada. Tú no querías ir. Tú dijiste 'No'. Y ella dijo 'Vamos'. ¿No es así? Y esto llevó a toda esta sensación y tu disculpa que no era en realidad una disculpa porque tú aún piensas que es su culpa... mientras tú no tienes nada que ver con eso. ¿No es así? Y yo siento que eso es lo mismo que acaba de ocurrir aquí. Que tú te hayas cortado es MI culpa, porque yo no te di, tu sabes, habilidades para lidiar con eso... sin mirar lo que está pasando en TI en ese momento que tomaste la navaja

A: Sólo porque dije que lo iba a aceptar no significa que vaya a pasar

T: Entiendo

A: Es sólo que no puedo verme a mi misma como deteniéndome... y pensar acerca de, en el momento en que pienso como en todas las cosas malas, ¿cómo podría sólo cambiar a pensar en, como, oh, música alegre de piano?

T: Ajá. Claro. Lo que me lleva de vuelta a mi punto anterior, que es... esa parte de ti que no quiere que te cortes, que quiere encontrar una manera diferente de lidiar con estas cosas... esa parte de ti, sin importar cuán pequeña, tiene que estar presente. Tienes que aferrarte a ella. Porque sin eso, tienes razón, ese pensamiento de "déjame hacer alguna otra cosa que me haga sentir mejor" no va a estar en tu cabeza. ¿No es así? Entonces, de cierta forma, hablar acerca de eso ahora te da una oportunidad de pensar y prepararte, porque sabes que ese momento va a venir

A: (pausa; asiente con la cabeza, pensativa)

T: ¿Otras opciones? ¿Qué crees que podría ayudarte a recordar en ese momento que puedes sentirlo, puedes pensarlo, puedes querer hacerlo, pero no puedes actuar de acuerdo a eso?

A: Eh... Quizás como, escribir una nota o algo donde guardo las navajas, para que cuando vaya donde están... como que esté, como que voy a escribir algo que me haga pensar como... en otra cosa

T: Ok. Entonces, ¿Crees que puedes hacer eso?

A: Eh, quizás, no sé

T: Bueno, la idea sería que lo intentaras. Y supongo que en el centro de todo esto, y creo que la pregunta real, de alguna forma es ¿Sientes, en este momento, que no quieres cortarte nunca más?

A: Sí... En este momento, sí

T: Creo que, lo que quiero destacar es que quizás parte de lo que te hizo sentir que no había otras opciones disponibles excepto cortarte, es la misma parte de tu sensación de que tienes la razón y que tu amiga está equivocada, o aquí cuando yo soy el culpable porque tú no sabes, no te he enseñado nada más al respecto... o cómo manejar ese momento, o que yo no estoy disponible para ti en ese momento. Que esa sensación de que tú estás en lo correcto y los demás equivocados o que no hay más opciones... sólo es así. Si podemos pensar en esos momentos cuando sientes de manera en realidad rígida que «no hay esperanza, o no hay opción, o tengo la razón «... Ése es el momento para pensar "Si pienso que estoy tan en lo correcto, o pienso que no hay otra opción, probablemente no estoy del todo en lo correcto y es probable que haya otras opciones. Sólo que no soy capaz de pensar en ellas en este momento. ¿Tiene sentido?

Este trabajo elaborativo, de la superficie a la profundidad, con la experiencia que tiene Anna de sí misma en relación a sus amigos y con la terapeuta, , la hicieron ser consciente de su proyección en otros de la parte de ella que exige y busca control y la otra parte que se somete de forma enojada. Esto permitió luego que ella pudiera confrontar la ruptura del contrato como un rechazo a "someterse" a las exigencias controladoras de ésta y traer a su consciencia la parte de sí misma que elige aceptar en el contrato el no cortarse, no como una sumisión sino como su propio deseo de protegerse a sí misma. Una vez que la paciente logró reconocer esto, ella pudo aceptar el contrato de no cortarse y traer de manera directa a la sesión cualquier impulso, pensamiento o acción para que sea explorado y entendido.

Una vez que se abordaron las amenazas inmediatas al tratamiento, tanto dentro del contrato individual como en el ambiente de la adolescente (a continuación Ejemplo clínico: Implementación del plan domiciliario con los padres"), la terapeuta pudo poner el foco de atención en la crónica y ubicua escisión manifiesta en las relaciones extratransferenciales, en las que Anna presentaba a los demás en términos casi en exclusiva buenos ("en lo correcto") o malos ("equivocados"); (además, la terapeuta prestó atención a cómo se manifestaba la escisión en la transferencia dentro de las interacciones aquí y ahora). Con el avance del tratamiento, la terapeuta logró enfocar la terapia en la autorrepresentación de Anna y en cómo ella se ve a

sí misma también en estos términos en extremo positivos y negativos (sus autorrepresentaciones escindidas). Esto fue experimentado en la contratransferencia de la terapeuta mediante su percepción de Anna como una joven encantadora en algunos momentos y como alguien insoportable en otros.

Realización del plan domiciliario con los padres

La ruptura del contrato por parte de Anna al cortarse hacía necesario un contrato nuevo que pusiera atención al ambiente de la casa. Un aspecto que ha emergido de la descripción de los eventos por parte de la paciente era la experiencia de “estar sola” a pesar que sus padres (y hermanos) estaban en la casa. Ella sentía que no podía despertar a sus padres si la urgencia de cortarse era abrumadora, por el miedo a su reacción negativa. Si bien esto fue explorado con Anna, era claro que sería indicada una discusión con los padres para asegurar si de hecho responderían a ella de forma apropiada (o si su rabia por haber sido despertados o su decepción porque ésta hubiera querido cortarse nublaría su capacidad para apoyarla en su momento de afectividad intensa).

Esto es abordado con los padres, primero al clarificar la discrepancia entre las expectativas sobre su hija y la realidad sobre su capacidad actual (es decir, al aclarar que el comportamiento no cambia en forma inmediata y requiere un proceso). Mediante la confrontación, la visión negativa de los padres sobre Anna fue hecha consciente, ellos mostraron que la expectativa de la joven de su respuesta afectiva negativa e intolerancia en sus momentos de necesidad era correcta. Una vez que los padres fueron conscientes de su dificultad en tener una visión positiva sobre su hija, estuvieron dispuestos a aprender estrategias alternativas para responder.

Estrategia Columbo

La estrategia Columbo requería que ellos tuvieran curiosidad acerca de lo que le pasaba (sin suponer que sabían), hicieran preguntas (involucrarse en aprender qué ocurría, en especial desde la perspectiva de Anna) y pusieran atención a sus comportamientos no verbales (p. ej., usar “ojos amables” y no hablar con un tono duro o crítico) al interactuar cuando ella y éstos estuvieran angustiados. De esta forma, todos pueden entender mejor qué sucede en el momento, para contener la afectividad negativa, y clarificar cualquier distorsión en la experiencia mientras mantienen un comportamiento adecuado.

Escucha el proceso

Otra estrategia discutida es el Proceso de escucha que consta de tres etapas antes de actuar. El primer paso es escuchar de manera activa lo que Anna dice (no aparentar escuchar mientras se está callado, cuando en realidad sólo se espera una pausa para hablar). El segundo es tratar de entender incluso si lo que se dice parece poco razonable. (Los padres necesitan diferenciar el entender del aceptar. Con frecuencia la gente pregunta si uno entiende como una forma de decir “¿estás de acuerdo?”

o ¿aceptas lo que se ha dicho?) Por último, los padres deberán reconocer que han escuchado y entendido (después de que han hecho cualquier pregunta) lo que fue comunicado. Después de que este proceso de escucha ha ocurrido, los padres (o la paciente) pueden corregir cualquier distorsión para reparar la situación.

Trabajo elaborativo de la escisión en la autorrepresentación

Una manifestación común de la difusión de la identidad es la idealización y devaluación de los otros y del *self* como resultado de la incapacidad para mantener una visión integrada (la representación objetal del Otro y del *self*).

Paso 1

El proceso de trabajar de forma elaborativa con la defensa de la escisión (idealización y devaluación) comienza dentro de las relaciones extratransferenciales. La terapeuta partió por dejar por completo claros los actuales (y pasados) sentimientos de Anna hacia sus hermanos. Esto prepara el camino para procesos de interpretación extratransferencial futuros dentro de las relaciones más intensamente afectivas con los padres (y, por último dentro de la transferencia con la terapeuta). El hermano, que había sido antes el objeto odiado y foco de la agresión de Anna, ahora había sido idealizado por más de un año, lo que deja a la hermana en el rol del objeto odiado. A través del proceso de clarificación, la terapeuta comenzó a identificar momentos en los que de manera simultánea Anna experimentaba sentimientos fuertes (y opuestos) acerca de la misma persona. Ésta era una idea nueva y confusa para ella. Después de tolerar esta idea por un tiempo, la terapeuta presentó la posibilidad de que ella podría en algún momento en el futuro (con lo que hacía una predicción) tener un sentimiento negativo fuerte hacia su hermano; de forma inmediata y tajante la paciente negó esto, y dijo: «¡Imposible!»

La terapeuta hizo una aclaración de cómo entendía esto y luego confrontó a Anna con su largo historial de vacilaciones similares en sus relaciones. De manera inevitable, llegó el momento cuando su hermano (como resultado de fumar cigarrillos) se volvió muy devaluado y casi odiado por ella. Luego de que las cosas se calmaron, Anna pudo reflexionar (con una guía) acerca de la exploración previa de este tema y logró obtener algo de *insight* emocional acerca de lo poco que se conoce a sí misma (y su capacidad de responder de manera tan extrema) y también sobre lo profunda que es su tendencia a experimentar cambios enormes en sus sentimientos hacia otros, en particular hacia aquellos que son más importantes para ella.

Paso 2

En un inicio Anna (y sus padres) se mostraron desorganizados, se sentían con derecho a reclamar y además hacían exigencias, en particular acerca de los límites del tratamiento (p. ej., olvidaban o necesitaban reprogramar la hora de las citas, rechazando establecer una hora constante debido a sus horarios “abrumadores y siempre cambiantes”). Esto se desarrolló en el trabajo individual como una lucha de poder/manipulación que tuvo incidentes de alta intensidad. Anna exigía cambios en

los horarios y decía: “Apreciaría mucho si pudieras hacer esto por mí, si no puedes, te voy a odiar. “ Hubo poca continuidad en la capacidad de la joven para tomar en cuenta las experiencias anteriores de flexibilidad de la terapeuta en el momento presente en que sus necesidades no eran cumplidas.

Anna también tenía expectativas de que la terapeuta estuviera disponible fuera de la sesión, en parte debido a su experiencia en la modalidad del tratamiento anterior. Luego de los primeros meses del tratamiento, ella parecía desarrollar más respeto por los límites y entraba en un diálogo frecuente sobre su dificultad de aceptar las “limitaciones” del tratamiento, refiriéndose al contacto fuera de la sesión. Al final, la paciente fue capaz de articular la sensación de que la terapeuta estaba muy “presente” para ella en la sesión y que era flexible cuando era necesario, aunque esto pudiera ser menos evidente fuera de la sesión. Poco después de que la joven reconociera esta experiencia, contactó a la terapeuta vía mensaje de texto durante unas vacaciones para la reprogramación de una sesión. Como no recibió una respuesta inmediata, se puso cada vez más furiosa y agresiva. Cuando la terapeuta recibió los mensajes y la contactó varias horas después, Anna expresó que sentía que la terapeuta no se preocupaba por ella cuando la respuesta se demoraba.

La siguiente sesión se enfocó en dos temas principales: 1) La incapacidad de la paciente de mantener la idea de que su terapeuta era un buen objeto que la estaba ayudando, alguien que “estaba ahí para apoyarla” y era “flexible” ante las demandas de sus horarios complejos, sumada a la experiencia de un incidente de respuesta tardía que llevó a Anna a cuestionar la motivación de la terapeuta para tratarla y su capacidad profesional. Es de notar que ésta fue una experiencia intensa con textos como “¿qué especie de doctora eres si respondes 3 h tarde?” Y “Sí, me vas a apoyar cuando esté ahí pagándote, pero no creo que pueda hablarte si el reloj de la consulta no está avanzando”. La terapeuta exploró la incapacidad de Anna de estar enojada temporalmente con ella, a la vez que mantenía su imagen previa de alguien que estaba dedicada a ella y tenía su bienestar en mente. 2) Clarificar el sentimiento profundo de Anna de que si alguien no está disponible de inmediato para ella, es obvio que no se preocupa por ella o no la valora. Esto también había aparecido antes en relaciones extratransferenciales, con más frecuencia en el contexto de esperar a su madre para que la fuera a buscar (por lo general tarde) a varias actividades. Estos incidentes con frecuencia venían acompañados de sentimientos de rabia intensa y abandono.

Paso 3

A continuación, se da un ejemplo clínico directo del trabajo con la representación escindida del *self* de Anna.

A: Todos dicen que soy encantadora. Bueno, no todos... los adultos... o me aman o me odian. Piensan que o soy encantadora o soy desagradable. ¿Qué piensas?

T: No es más importante la pregunta... ¿Qué piensas tú?

A: No lo sé... Te estaba preguntando a ti.

T: Bueno, antes de que pensemos en mi respuesta. ¿Qué diría mi respuesta sobre mí, sin importar cual fuera?

A: (sonríe) Tú nunca respondes... es molesto... Bueno, si tú dijeras que soy desagradable, pensaría que mis padres te convencieron, tal como supuse que harían. Si dijeras que soy encantadora, supongo que pensaría que eres ingenua. Bueno, no, soy encantadora cuando quiero serlo, pero me aprovecho de alguna gente siendo de esa forma. No lo sé...

T: Me gustaría que habláramos sobre esto que te molesta, pero primero me pregunto si no crees que podríamos dejar de avanzar si respondiera, porque tú tendrías una de esas reacciones que acabas de mencionar y probablemente perderíamos la oportunidad de hablar más acerca de lo que tú piensas.

A: Supongo. No es como que esté enojada... lo espero de ti ahora.

T: Pero sin embargo preguntas.

A: No puede hacer daño. Que respondas algunas cosas. (Sonrisa)

T: Supongo que lo hago. A veces puedo pensar que cosa es la que va a ayudarnos más... otras veces creo que tu respuesta es más importante.

A: No importa. Dejemos de hablar de esto. ¿Qué es lo que creo? No lo sé... A veces creo que mis padres están en lo cierto y soy sólo desagradable. La mayoría de los adultos fuera de mi familia piensan que soy encantadora. Excepto la señorita D., ella piensa que soy desagradable, pero yo la quiero. (La señorita D. es una orientadora de educación especial conocida por la terapeuta a través de un reporte previo y es idealizada por la paciente). No sé cuál es la verdad.

T: ¿Podrían ser las dos?

A: Nadie piensa que yo sea las dos cosas... es lo uno o lo otro.

T: ¿En serio?

A: ¿Cómo podrían pensar eso? Supongo que soy más desagradable con alguna gente que con otra, pero una vez que piensas que alguien es desagradable, ¿cómo puede ser encantador al mismo tiempo?

T: Bueno, tienes razón en cierto nivel. En un momento dado, supongo que puede ser difícil ser desagradable de una manera encantadora, pero estoy segura que se puede hacer (sonrisa/humor), pero pienso que alguien puede ser desagradable algunas veces y encantador otras veces.

A: (en tono de burla) Por supuesto, pero uno es lo uno o lo otro, y nadie realmente pensaría que es ambas cosas. No tiene sentido.

T: ¿Que me dirías si te dijera que creo que eres, o que puedes ser ambas cosas?

A: Bueno, pensaría que nadie nunca me ha dicho eso antes.

T: ...y...

A: ...y no lo sé.

T: Ok, déjame compartir mis ideas contigo. Primero, te diré que esta pregunta me recuerda a otras cosas de las que hemos hablado, que en específico para ti, la mayoría de la gente es o buena o mala. Hemos hablado mucho sobre esto acerca de B (hermano) y también acerca de tus pensamientos y sentimientos sobre mí a través del tiempo.

A: Es blanco y negro. Así es como he sido siempre...

T: Bueno, sí, pero como también hemos hablado, en este caso es más que eso. Se trata también de tus relaciones con otros y también contigo y cómo las entiendes.

A: Ok... (escéptica)

T: Escúchame... creo que es muy difícil para ti entender y mantener visiones conflictivas de ti misma y de los otros. Es muy doloroso, por ejemplo, pensar que alguien que amas y que te ama pueda herirte o decepcionarte. La tristeza y el pesar son difíciles de sentir. La rabia por lo general es más fácil... así que los das por perdidos, al menos por un tiempo, para no tener que tomar en cuenta estos sentimientos confusos y dolorosos. Luego en algún momento, cuando lo superas, ellos, como en el caso de tu hermano, vuelven a subir al pedestal.

A: Quizás... pero no es como que pueda darme a mí misma por perdida...

T: ¿No?

A: No

T: Bueno, quizás no de la misma forma, pero ¿dirías tú que tus problemas de poca autoestima y confianza en ti misma pueden ser el resultado de que te has dado a ti misma por perdida?

A: Sí...

T: Ok, entonces pensemos sobre eso. Tú sabes que hay momentos en que vienes aquí y parece como si tú sintieras que hacías casi todo de la forma correcta, y que los demás no te entienden y te malinterpretan, en especial tus padres. En esos momentos te es muy difícil mirarte a ti misma y a tu rol. En otras ocasiones, hablas acerca de que eres una mala persona, sin esperanza de llevar una vida feliz o de tener una relación real, y en esas situaciones te cuesta mucho mantener una imagen de ti misma como una persona buena y que merece cosas.

A: Bueno, eso es lo que dice mi mamá... la parte de no tener nunca una relación real.

T: Quizás, pero eso nos trae de vuelta a lo más importante, que es lo que tú crees... y creo que la respuesta es que no sabes. Sin embargo, lo que quiero que pienses, es que quizás las dos estemos un poco en lo cierto en vez de estar una en lo correcto y la otra equivocada. Quizás has hecho mal algunas cosas en el pasado, y has sido más complicada de lo que podrías o debías haber sido, pero eso puede haber ocurrido dentro de un contexto en el que los demás te malinterpretaron.

A: Me duele la cabeza...

T: Son muchas cosas...

A: Sí, pero me gusta la idea de que sean ambas cosas. No es que lo crea o algo así, pero creo que sería bueno...

Además del trabajo con las autorepresentaciones escindidas, hubo una focalización importante dentro de las sesiones acerca de las dinámicas de la familia, en particular porque Anna era susceptible a externalizar sus dificultades (y había una realidad objetiva en el comportamiento de los padres que parecía “justificar” la externalización, al menos en algunas áreas). De manera usual, la joven volvía a culpar a sus padres por ser incompetentes y por contribuir a su comportamiento problemático. Las formas específicas en las que éstos escenificaban aspectos de sus propias dificultades, de esa manera se daba credibilidad a la externalización de Anna, fueron abordadas en las sesiones con los padres. Sin embargo, los padres continuaron en la lucha para usar de manera efectiva las estrategias de crianza durante el tratamiento, con mejoras modestas.

Resumen del tratamiento individual

A pesar de la resistencia y desesperanza inicial de los padres, Anna se mantuvo en tratamiento por un año. Esto se basó en mejoras tangibles observadas dentro de los primeros seis meses, incluida la eliminación de toda ideación suicida después de los tres primeros meses y la desaparición de los impulsos de autoagresión después de seis meses (sin acciones después de los tres primeros meses). Anna fue capaz de volver a la escuela y de lograr éxito académico. Fue capaz de reparar muchas de sus amistades, y a la vez de separarse de algunas que no eran saludables para ella. Consiguió obtener un trabajo de medio tiempo en una tienda de ropa (algo congruente con su interés en el diseño de moda). Esto es un indicador de la creciente integración de su identidad, la cual le ha permitido invertir en acciones productivas orientadas al logro de metas a través del tiempo.

Curso del tratamiento de los padres

Durante la primera sesión de los padres, luego de que el contrato fue aceptado, la terapeuta se concentró en cómo podrían implementar ellos el plan domiciliario exitosamente. La terapeuta identificó la necesidad de fijar expectativas claras sobre el comportamiento y de dejar en claro las consecuencias cuando estas expectativas no fueran cumplidas (las que se conocen de antemano y son aplicadas de manera calmada y sistemática), mientras se crean oportunidades de “reparación” (recuperar privilegios perdidos). De entrada quedó claro que la mamá y el papá habían tenido estilos muy diferentes, no sólo en lo que observaban y en el significado que le atribuían a dichas observaciones, sino también en las acciones que tomaban. Sobre la base de sus visiones discrepantes de las situaciones y sus estilos diferentes, la terapeuta les pidió que escribieran, de manera independiente, qué era lo que observaban y cómo respondían a un incidente problemático particular con Anna que había sido identificado en la sesión. Esta “tarea para los padres” fue asignada con el objetivo de desarrollar un consenso entre ellos (mostrar áreas de similitud y también marcar aquéllas de desacuerdo) mientras se fomentaba la co-crianza para reducir la escisión (evidente en el padre, que se sentía empujado a defender a su hija de los ataques que percibía de la madre, mientras que simultáneamente atacaba él mismo a Anna). Esta sesión también incluyó algo de psicoeducación en relación a cómo diferenciar el “probar los límites” del “romper las reglas” y la importancia de esto (en particular en el contexto de implementar el plan domiciliario). También fue relevante el hecho de llegar a un acuerdo sobre los horarios y la estructura de las tarifas como parte del contrato del tratamiento entre la terapeuta y los padres.

En la sesión siguiente, los padres llevaron los ejemplos de la semana en los que querían ayuda para ser más efectivos. (Hay que notar que esto no es típico de aquellos que tienden a ignorar la “tarea”, lo que luego requiere de una confrontación de su ambivalencia con respecto a su participación en el tratamiento). Desde el primer

momento, la revisión de la tarea reveló la tensión en la pareja. Esto requería de psicoeducación, clarificación y búsqueda de soluciones en las siguientes áreas:

1. Diferenciar el tema de la pareja de las interacciones momento a momento con su hija Anna.
2. Identificar qué pensamiento/sentimiento existía en ellos con respecto a la pareja que interfirió con su capacidad para concentrarse en la necesidad/tema de la niña.
3. Identificar el uso de lenguaje, pues esto se relaciona con sus representaciones mentales, por ejemplo, usar palabras como “batalla” y “ataque” en relación a Anna y el Otro.
4. Establecer responsabilidad individual por sus contribuciones; por ejemplo, el padre reconoce que tomó el momento en que la madre dejó la habitación para acercarse y decirle algo a su hija.

Otra área necesaria de trabajar era mejorar la imagen que tenían en sus mentes sobre su hija (lo que se volvió claro en las discusiones previas).

Estrategias de la terapeuta usadas al servicio de confrontar a los padres: Columbo y Dragnet

Al principio del tratamiento, los padres tenían dificultades para programar y aceptar la estructura del tratamiento (p. ej., con respecto a cumplir sus responsabilidades en el plan domiciliario). La terapeuta abordó esto y primero dejó en claro la realidad de la situación (p. ej. buscar cualquier obstáculo ambiental real para asistir a las sesiones). Una vez aclarado que sólo existían las dificultades usuales (p. ej., agendar con conocimiento de las actividades laborales, necesidades de los hermanos y otras responsabilidades personales) los padres fueron confrontados con la discrepancia entre su expreso deseo de hacer todo lo que podían para ayudar, y la fatiga y el resentimiento subyacente de tener que hacer estas cosas por Anna.

El enfoque técnico que la terapeuta usó fue un tipo de aclaración llamado Columbo (<http://en.wikipedia.org/wiki/Columbo>) por el detective de la serie de televisión. Como el personaje, la terapeuta hace preguntas simples, pero sistemáticas, y antes de que la persona lo sepa, ésta ha revelado la “verdad” de su experiencia. Dicha estrategia resta importancia a la experiencia intelectual del terapeuta, quien se concentra en desarrollar la aproximación colaborativa a través de usos simultáneos de comunicación no verbal afectiva congruente y preguntas sistemáticas.

La clarificación sistematizada de la realidad externa reveló los sentimientos de resentimiento subyacentes de los padres por tener que hacer todos estos esfuerzos para asistir a las sesiones de padres y aplicar las estrategias en casa. La terapeuta pudo hacer las preguntas con un tono curioso y abierto, y con ojos amables, congruentes con sus indicadores no verbales de interés constante en las experiencias de la madre y del padre. La madre y el padre se contactaron con su afectividad negativa y con cómo ésta se manifestaba en su “dificultad” de agendar y asistir (en particular

del padre, quien con frecuencia consideraba que su trabajo entraba en conflicto con su asistencia, incluso después de que la terapeuta hiciera muchos cambios para acomodarse a sus necesidades).

Una vez que ésta usó de manera efectiva la estrategia Columbo con los padres, logró aplicarla para demostrarles cómo podían usarla también con su hija, con énfasis específico en la necesidad de tener “ojos amables” al hablar con ella. La terapeuta puso de manifiesto la dificultad que cada uno tenía para ver a Anna de forma positiva, y que incluso cuando le decían “lo correcto” a Anna, por lo regular lo comunicaban de una forma no efectiva, porque la imagen negativa subyacente era transmitida a través de su comunicación no verbal (tanto el tono de voz como “ojos enojados/de desaprobación/de rechazo”). Esto se les había aclarado en la interacción con la terapeuta en el aquí y ahora, así que estaban por completo conscientes, tanto en el aspecto afectivo como en el cognitivo, de la discrepancia entre su intención expresada y su comportamiento real. Ésta fue una confrontación indirecta de la representación internalizada crítica y dura que tenían los padres sobre Anna, discutida en el contexto de sus comportamientos manifiestos y transformada a través de los cambios en sus comportamientos en la realidad (al evocar “ojos amables” y “tono de aceptación”).

Tanto la madre como el padre tuvieron dificultades en mantener y comunicar una imagen positiva constante de Anna, y además tuvieron problemas para colaborar en la crianza. Un área de conflicto elevado entre ellos ocurrió cuando uno de éstos estaba en medio de una situación y el otro entraba y comenzaba a intervenir sin conocer el contexto completo. Era usual que esto sucediera cuando el padre entraba en situaciones que habían empezado entre Anna y su madre. Si bien era bienintencionado, muchas veces él terminaba por defender a su hija de una manera equivocada, acerca de lo que él veía como un ataque de parte de la madre. Lo que el padre no había visto era lo que Anna había hecho para que su madre perdiera la paciencia. Este patrón de interacción reforzaba la escisión entre el “bien” y “mal” cuando el padre tomaba el lado de Anna contra la madre. Cuando éste intentaba “proteger” a la joven, se exacerbaba la sensación dentro de ella de que su madre estaba “equivocada”, lo que evitaba que viera la forma en que provocaba el conflicto con su madre (donde ella tampoco tenía la razón).

Esta escisión no fue explicada a ambos padres como una escenificación de una proyección desde Anna (o de su propio conflicto no resuelto entre quién estaba “en lo correcto o equivocado” en la crianza de la paciente). En vez de eso, la dificultad en la crianza fue abordada al enfatizar la necesidad de conectarse y consultar con el otro antes de tomar cualquier acción específica (“elegir bandos”). Esta estrategia implica darse un minuto para conectarse mediante la estrategia Dragnet ([http://en.wikipedia.org/wiki/Dragnet_\(series\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Dragnet_(series))), que sigue la de Joe Friday (http://en.wikipedia.org/wiki/Joe_Friday), quien con frecuencia dice “sólo los hechos”. Esta estrategia presenta una manera de clarificar la realidad objetiva sin quedarse atrapados en los aspectos afectivos de la situación, además de cumplir con una doble función: dar información al padre que entra en una situación y al mismo tiempo reducir los afectos al contener los propios afectos (lo que establece un límite).

La terapeuta trabajó con los padres para ver formas en las que pudieran aplicar las estrategias Columbo y Dragnet de forma consistente. El concepto de dar forma

al comportamiento fue aplicado al discutir la importancia de aceptar los esfuerzos de comunicarse y actuar de maneras diferentes, al abrirse a pensar sobre lo que está pasando en cada situación.

Trabajo en la escisión de los padres

La preocupación inicial de que los padres de Anna fueran incapaces de mantener su compromiso con el tratamiento debido a la desesperanza con respecto al mismo se convirtió en un tema recurrente en el trabajo terapéutico. Luego del cumplimiento y entusiasmo superficiales, los padres entraron sin nada escrito, sólo decían que las cosas eran “simplemente urgentes”, que habían “temas entre hermanos” y preguntaban a la terapeuta: “¿Está funcionando el programa?” Tanto la madre como el padre hicieron declaraciones devaluatorias como “Tenemos un tremendo respeto por usted y el tratamiento, pero...” para luego describir los comentarios negativos de sus hijos (p. ej., el hermano decía que no había visto NINGÚN cambio en Anna) como una forma de darle voz a sus propias preocupaciones. Los padres dividieron sus sentimientos hacia el tratamiento y su preocupación respecto del progreso de su hija, mantenían una visión positiva como la propia mientras proyectaban la negativa en los hermanos.

Para manejar la amenaza al tratamiento (es decir, la devaluación del tratamiento por parte de los padres), la terapeuta comenzó por apelar al primero de tres niveles: 1. Recordarles el nivel “concreto” que involucraba los aspectos del plan domiciliario donde se especifican comportamientos esperados y consecuencias claras tanto para ellos como para su hija, antes de apoyar su habilidad para tolerar el paso lento del cambio al enfocarse en 2. Estrategias generales de los padres, y por último 3. Trabajar sobre (de forma indirecta) el nivel de los procesos al identificar sus dinámicas, sus paralelos y la amplificación que hacían dentro del sistema familiar de las distorsiones de la realidad de Anna basados en escenificaciones del mundo interno de ella en su relación con ellos.

La estrategia específica para mejorar la comunicación fue puesta en práctica con los padres como una forma para aumentar su capacidad de ver los cambios que Anna tenía y los esfuerzos que ella hacía, así como para ayudarlos a poner atención a su propia comunicación con el Otro. La terapeuta describió cómo comienza la comunicación con el proceso de tres pasos para escuchar. Esto fue esencial, porque tanto la madre como el padre tenían dificultades para oír en realidad lo que Anna quería decir (lo que por supuesto, contribuía a su sensación de ser mal entendida y generaba un ciclo repetitivo de que ella los malentendiera a ellos y así de forma sucesiva).

Los pasos involucrados son: 1. Escuchar y dejar que Anna completara sus ideas antes de interrumpirla, 2. Entender, hacer el esfuerzo de ver desde la perspectiva de su hija, incluso si parece “poco razonable” (aquí había que aclarar que tratar de entender es diferente a “aceptar” lo que se dijo), 3. Reconocer que Anna puede tener esos pensamientos y, o sentimientos, o ambos. Sólo después de que este proceso ha ocurrido es posible trabajar para corregir las distorsiones, y, o reparar los malos entendidos, o ambos.

En el contexto de discutir las maneras de escuchar, fue posible para la terapeuta trabajar con la escisión de los padres. Esto permitió examinar la idea de que cada persona puede tener una visión diferente, la que puede ser compartida y luego corregida si no es precisa desde la perspectiva del Otro (o en específico en la realidad externa). Además, esto permitió realizar una exploración concreta de sus dificultades para aceptar lo “real” en vez de insistir en lo “ideal” (un aspecto de la escisión), lo que también los ayudó a diferenciar a la persona de su comportamiento.

Oscilación de los afectos entre mamá y papá

Mediante la exploración de situaciones específicas, la terapeuta trabajó con la madre y el padre para contener el afecto, reconocer las distorsiones en la percepción y las demandas (p. ej., lo ideal contra lo real), y trabajó para ayudarlos a dejar de “vomitar” para empezar a “reflexionar”. La terapeuta fue capaz de demostrar cómo cada uno de ellos “se turna” para expresar frustración o rabia mientras el otro las actúa. Se volvieron más conscientes de cómo el afecto negativo se mueve entre ellos. Un ejemplo de esto vino cuando el padre, quien de manera usual se posicionaba a sí mismo como “calmado y racional”, empezó la sesión y dijo: “los momentos drásticos requieren medidas drásticas”, mientras compartía sus preocupaciones acerca de la presión sobre su esposa. Una vez que este patrón de desregulación afectiva fue elaborado, pudieron discutirse las estrategias para manejar las situaciones.

Al aumentar su comprensión de cómo sus dificultades para manejar su afecto impactaban en el otro y provocaban un sucesivo efecto negativo, pudieron trabajar mejor juntos para ser más congruentes en la percepción de la situación y la implementación de límites. Los padres pudieron entonces trabajar en la realización de las consecuencias en el plan domiciliario mediante la “regla de los tres pasos”. En vez de reaccionar de acuerdo a su afectividad, podían seguir la siguiente estrategia.

Primero, pueden “fijar el límite” al enunciarlo con claridad y con una afectividad mínima. Segundo, pueden “advertir” mediante un recordatorio verbal de que hay un límite y por último pueden “confirmar el límite”. Ésta era la manera de llevar a cabo una consecuencia si Anna continuaba con su comportamiento inaceptable.

En este contexto, se instruyó a los padres sobre cómo manejar sus estados afectivos (así como los de Anna) mediante la estrategia de “dar un paso atrás pero no desaparecer”. Esto es en particular útil para manejar tormentas afectivas (incluidas las propias). Esta estrategia se usó cuando alguno de los padres o Anna no era capaz de hablar con calma con el otro. Esto da tiempo y espacio a la persona que está desregulada de forma afectiva para calmarse sin aumentar más el problema, pero no los deja solos para desregularse más. Permite que la persona “entre” después, una vez que los afectos se han enfriado, para luego ser capaz de discutir la situación de forma calmada y con una mejor posibilidad de resolución.

Metáfora de anticipación de lo inesperado

Con frecuencia los padres sienten que no están preparados para manejar situaciones, e incluso cuando tienen estrategias pueden no sentirse cómodos para llevarlas

a cabo. Si bien se pueden anticipar situaciones específicas y se pueden discutir las estrategias, la transferencia del aprendizaje puede ser difícil. Es útil para los padres anticipar que las dificultades y problemas son de dos tipos: los que ven venir y los que los toman por sorpresa. Para ilustrar esto, la terapeuta usó la metáfora del “bache en la carretera” contra la “turbulencias en el avión”. Si se trata de un bache en el camino, es posible anticiparlo y prepararse, porque la persona lo ve venir; sin embargo, algunas situaciones son más similares a las turbulencias en un avión, porque no se ven con anticipación, pueden ser bastante bruscas, y a veces lo único que se puede hacer es aguantar hasta que la turbulencia se disipe o el piloto cambie de curso. Cambiar de curso exige que ellos padres reconozcan cuál es el problema y apliquen las estrategias apropiadas.

Trabajo específico para las limitaciones de los padres

A veces, los padres tienen limitaciones específicas o dificultades que requieren orientación para facilitar un funcionamiento mejor. La madre de Anna mantenía una posición específica hacia su hija debido a sus percepciones distorsionadas que estaban basadas en su escisión personal. Esto creaba una actitud donde su hija era todo lo “malo”, lo que le creó dificultades para regular sus propias respuestas/reacciones, y la dejó con ciertas predisposiciones para reaccionar.

La mamá dijo que se sentía “resentida”, porque de forma constante se sentía “golpeada” por las reacciones negativas de su hija. La terapeuta indicó que esta sensación podía reducirse si ella no estaba siempre “preparada para un impacto”. Esto requirió la confrontación del hecho de que se anticipara a una interacción negativa en vez de abrirse al momento presente (sin el revestimiento de su mundo interno). Se trabajó sobre esto para que ella confrontara su escisión de “bueno” y “malo” en una integración hacia lo “suficientemente bueno” donde “todos hacen lo mejor que pueden”. Este trabajo está enfocado al uso del lenguaje y confronta los términos que perpetúan la escisión de bien y mal que mantiene a la hija como el “problema”, asunto que se trabajó en varios incidentes específicos en casa, con los hermanos y padres.

Después de pocas semanas, la madre reportó que había sido capaz de “dar un paso atrás” y podía “ver y sentir que ya hacía efecto”. Ella notó que cuando era capaz de retroceder, le permitía a su hija tomar algo de distancia también (y obtener perspectiva). La mamá dijo que Anna había pasado de enfrentarse a ella “de un 75% a un 25%” y que “ahora cada día hay una interacción positiva.”

Barra móvil, también conocida como las expectativas siempre crecientes

Es usual que los padres aumenten sus expectativas una vez que el comportamiento del adolescente mejora. La mamá empezó a hacer un mejor trabajo y reportó las mejoras positivas en un equilibrio creciente con las quejas negativas. Sin embargo, ella aún tenía una imagen de su hija como alguien que “fallaba” a pesar de ver la mejoría. La clarificación de sus expectativas sobre el comportamiento de su hija

reveló que, ahora que veía mejoras, había elevado sus estándares/expectativas; sin embargo, ella mantuvo la visión de su hija como alguien que “fallaba”. Esto quedó claro en el contexto de las dificultades de los hermanos. En vez de estar satisfecha con el descenso de las provocaciones hacia su hermana, ella quiere que Anna trabaje en la reparación de la relación con su hermana.

Aunque el deseo de la madre de que Anna mejorara la relación con su hermana fue reconocido, se debió clarificar el proceso de trabajo. Se explicó que la detención de las interacciones y los comportamientos destructivos con su hermana crearía un espacio dentro del cual la relación podría repuntar. La relación terminaría por mejorar a medida que se identificaran e internalizaran los aspectos positivos, y esto es lo que justo se trabaja en la terapia individual. También se les recordó a los padres que el objetivo no era la “perfección” en las relaciones, sino apoyar la capacidad humana de reparar las relaciones.

Manejo de los cambios dentro de la familia

Después de un par de meses, el padre informó que “las cosas están muy bien en general” pero se quejaba de que él se había vuelto el foco de los ataques de la hija. Él explica que Anna decía cosas muy crueles y que él y su esposa tenían dificultades para saber cuándo y cómo ser firmes en establecer límites. En la discusión, ambos sentían que el comportamiento de Anna representaba una falta de respeto subyacente, aunque, parecía que no se daban cuenta de cómo ellos se comportaban de manera irrespetuosa con Anna. Esta proyección es confrontada a medida que se sacan a la luz las formas en que ellos también son irrespetuosos (p. ej., en cuanto a las actitudes sobre los métodos de crianza del otro).

Manejo de los contratiempos

Los padres de la paciente llegan desesperados a la terapia con la inquietud «¿hay esperanza?» Luego de preguntar qué sucede, la mamá reconoce que ella no es constante al aplicar las consecuencias cuando se siente abrumada por la cantidad de cosas que ocurren. Además de la falta de constancia en aplicar las estrategias, la escisión continua de la madre se observa en su afirmación: “Pasó de ser un lunes perfecto a uno horrible”.

La terapeuta confrontó a la mamá con el hecho de que no puede predecir la respuesta de su hija, y que por lo tanto necesita ser constante. La constancia ayuda a que el ambiente sea más predecible (e impide que el ambiente refleje los cambios en el estado de ánimo o el comportamiento de su hija).

Después, la terapeuta continuó con el trabajo a partir de las técnicas de “agitese antes de usar”, que permiten que los padres compartan retroalimentación en potencia negativa de una manera constructiva. Esto requiere que los padres le pregunten a Anna cuándo quiere que ellos compartan las “críticas constructivas”; esto requirió más trabajo con la madre, quien exigía que Anna reconociera sus críticas. Se les dejó claro a ambos padres cómo sus exigencias de ser apreciados por sus perspectivas o críticas iniciaba una lucha de poder y socavaba la experiencia en potencia positiva

de “dar” y recibir la retroalimentación. Todo este trabajo fue entendido e interpretado como una señal de que los padres requerían mayor confirmación sobre la “esperanza” de cambio, por lo que debían aceptar que el cambio ocurriría a su propio ritmo, no al que ellos exigían.

Encuentro de la familia completa

Los encuentros de familia completa son usados para ponerse de acuerdo y desarrollar consenso, entendimiento y objetivos comunes. Son esenciales para la realización del plan domiciliario. Si bien sobre todo estaban centrados en aquellos comportamientos de la paciente que requerían cambios, el encuentro de familia también daba una oportunidad para que la joven expresara su posición sus problemas y preocupaciones, y hablara sobre las situaciones que le gustaría que cambiaran en la familia.

Cuando se ofreció la oportunidad de hacer comentarios iniciales, el padre de inmediato inició con el comentario de que la reunión “es sobre todos ellos, y no se trata sólo de cargarle la responsabilidad a ella”. Esto resultaba irónico, pues no fue escuchado de forma positiva por la hija, a pesar de que parecía un intento genuino de parte del padre de “nivelar el campo de juego” y cambiar la dinámica de que “ella era el problema” al reconocer sus contribuciones como padres y querer continuar en un trabajo que les permitiera cambiar para que todo fuera mejor para ellos.

Se realizó una revisión de las expectativas actuales (un componente del plan domiciliario que es en realidad una especificación de los objetivos del tratamiento), donde se reconocen las áreas donde se ha progresado (p. ej., ahora ella asiste al colegio y hace bien su trabajo).

En esta discusión, Anna objeta a su padre y lo confronta acerca de que “él ni siquiera sabía el nombre del plan domiciliario” (donde ella ignora que *él* conocía el concepto y sus aspectos en detalle, y estaba interesado en trabajar en él, aunque sólo no sabía el nombre preciso); además decía *«él es tan inteligente, pero es retrasado mental... no sabe ni como prender la tele»*.

Se plantea el objetivo del tratamiento de “respeto” en el contexto del ataque menospreciativo de la hija hacia el padre en la sesión. La mamá plantea la técnica de “golpear la puerta antes de entrar” en la que se había trabajado para ayudar a facilitar la forma cómo se acercaban el uno al otro. Ante esto, su hija responde con el argumento de que ella “no tiene mucha esperanza” en que las cosas cambien, que sus padres no son capaces de lograr estos cambios. Lo que emerge es su defensa en contra del deseo de que su padre cambie, tratando de NO tener esperanza en que éste cambie (por eso los múltiples ataques y los intentos de caracterizarlo de forma negativa). Esto es confrontado al retarla a estar abierta a las acciones, sin distorsionárselas con sus expectativas internas, deseos o defensas contra ellas.

Reunión de seguimiento con los padres

La terapeuta confronta la imagen que tienen los padres de “apretar el nudo” versus “establecer límites” en el contexto de aplicar consecuencias dentro del plan domi-

ciliario. El padre presenta sus sentimientos de ser marginado en la familia (ahora el objeto malo es compartido por la hija y el padre).

La terapeuta vuelve a enfocarlos en la necesidad de estar en el presente, sin proyectar experiencias pasadas al presente ni quedar atrapados en una proyección negativa (como la desesperanza) de que las cosas no van a cambiar.

Ambos padres son capaces de reconocer que están “gratamente sorprendidos por las mejoras”, pero que aún tienen que trabajar para mantener esa sensación cuando se sientan confrontados o abrumados por el afecto negativo de Anna (ámbito en el que su progreso continúa, pero no sin dificultades).

RESUMEN DE LA ILUSTRACIÓN DEL CASO

El tratamiento de Anna ilustra la importancia de hacer un buen diagnóstico diferencial que considere no sólo la sintomatología clínica específica del adolescente, sino también las influencias del ambiente (en particular de la familia) que contribuyen al mantenimiento de la patología y la disminución del funcionamiento. Después de que se presentan el diagnóstico y las recomendaciones del tratamiento, el trabajo esencial de la primera fase del mismo es el establecimiento de la alianza terapéutica dentro del contexto de límites claros. El marco del manejo y el contrato aseguran esta claridad y guían los focos del tratamiento en el AIT.

El contrato individual con Anna se enfocó en sus síntomas y comportamientos específicos que manifiestan la difusión de identidad subyacente y contribuyen a que esta estructura de personalidad inadaptada se mantenga. Sacar a la luz la motivación de la joven por cambiar e integrarla en los objetivos específicos del tratamiento, manejados y contenidos dentro del contrato, crea un marco en el que el mundo interno de la paciente puede trabajarse orientado en las relaciones extratransferenciales y luego en la transferencia en el aquí y ahora de las sesiones de terapia. El establecimiento del plan domiciliario crea un límite que contiene los patrones inadaptados de la interacción familiar, para así proteger y apoyar la terapia individual al proveer claridad para la prueba de realidad con Anna acerca de su contribución a las interacciones interpersonales disfuncionales y al contener el “sabotaje” de los padres a los cambios dentro de ella que amenazaban el sistema familiar.

El trabajo con los padres involucró dar psicoeducación básica con respecto al desarrollo normal del adolescente y aumentar su consciencia con respecto a las dificultades específicas de su hija, dentro del contexto de las interacciones familiares que mantienen la disfunción. Enfatizar la manera en que ellos, como padres, pueden cambiar aspectos de su manera de pensar, sentir y actuar con respecto a Anna los ayudó a establecer límites cada vez más apropiados, de esta forma se facilitó la capacidad de Anna de ver sus propias acciones y hacerse responsable de ellas (es decir, al disminuir la culpa que proyecta hacia sus padres).

El trabajo simultáneo con los padres, mientras Anna recibía terapia individual, proveyó un ambiente dinámico para monitorear y analizar las manifestaciones de su trabajo interno escindido, lo que permitió un análisis sistemático de las diadas de relaciones objetales. Durante el curso del tratamiento, se despejaron los obstáculos al desarrollo normal de la integración del *self* y de la diferenciación del Otro. La

paciente comenzó a integrar los aspectos positivos y negativos de su experiencia del *self* y a desarrollarse también en su experiencia de los Otros (p. ej, con sus padres y con la terapeuta). Cuando la joven logró mantener esta visión integrada de sí misma y de otros, también aumentó su capacidad de diferenciar el *self* del Otro, se incrementó su tolerancia afectiva y mejoró su comprensión cognitiva. La integración de su identidad le permitió tener un funcionamiento cada vez más adaptativo y flexible en el trabajo, en la escuela, con sus pares y con su familia.

REFERENCIAS

- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on objects relations*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing; 2006.
- Kernberg OF: Structural interviewing. *Psychiatr Clin Nort Am*. 1981;4(1):169-95.
- Kernberg OF: *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press; 1984.
- Kernberg OF: Psychoanalysis, phychoanalytic psychoterapy and supportive psychotherapy; contemporary controversies. *Int J Psychoanal*. 1999;80(Pt 6):1075-91.

Eficacia

EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE LA EFICACIA DE LOS COMPONENTES TERAPÉUTICOS DEL AIT

Ciertas características fundamentales del AIT derivan de la psicoterapia focalizada en la transferencia para adultos (TFP, por sus siglas en inglés) (Clarkin *et al.*, 1999; 2006). Los resultados de cuatro estudios independientes, tres de los cuales son pruebas controladas aleatorias, proveen evidencia empírica que indica que la TFP es un método exitoso y eficaz para el tratamiento de la sintomatología del TLP, el funcionamiento psicosocial y la organización de la personalidad.

Estudio de la eficacia en el TFP (Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg OF., 2001)

Este estudio examinó la efectividad de un tratamiento de un año basado en la TFP aplicado a 23 pacientes mujeres con trastorno límite de la personalidad. En comparación con su situación antes de la terapia, las pacientes mostraron de manera significativa un número menor de intentos de suicidio y una reducción notable de la letalidad de sus autoagresiones. Asimismo, las pacientes fueron hospitalizadas menos veces y pasaron menos días en el hospital (Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney & Kernberg, 2001).

Pruebas clínicas aleatorias del TFP

Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. (2007)

En este estudio, se asignaron al azar 90 pacientes a uno de tres tratamientos: TFP, terapia conductual dialéctica (DBT, por sus siglas en inglés) o terapia psicodinámica de apoyo (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007). Todos los grupos mostraron un descenso en sus niveles de depresión y ansiedad, y a la vez aumentó su funcionamiento global y social. Más aún, los grupos tratados con TFP y DBT

evidenciaron una reducción significativa de la suicibilidad . Además, los grupos tratados con TFP y con terapia de apoyo mostraron una mejora de la impulsividad. La TFP por sí sola demostró una mejora significativa en los niveles de ira, irritabilidad y ataques verbales y físicos. Asimismo, las personas que recibieron TFP mejoraron en forma significativa en la función reflexiva y el estilo de apego (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007).

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, (2010)

Doering y colaboradores (2010) compararon la TFP con la terapia administrada por terapeutas comunitarios experimentados mediante una prueba clínica aleatoria multisitio que incluyó a 104 mujeres ambulatorias tratadas durante un año. Los resultados indican que las pacientes tratadas en el grupo TFP presentaban menos de cinco de los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad según el DSM-IV, lograron una mejora en su funcionamiento psicosocial y aumentaron su organización de personalidad en comparación con el grupo tratado por terapeutas comunitarios (Doering *et al.*, 2010). Más aún, los pacientes del grupo TFP tuvieron menos intentos de suicidio en comparación con el grupo de terapeutas comunitarios, el cual se mantuvo sin cambios. Asimismo, el grupo TFP presentó menos hospitalizaciones (Doering *et al.*, 2010).

Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., y colaboradores (2006)

Este estudio comparó la TFP con la terapia centrada en esquemas (SFT, por sus siglas en inglés) en una prueba clínica aleatoria multisitio que se extendió durante tres años y que consideró a 88 pacientes con trastorno límite de la personalidad. Ambos tratamientos fueron eficaces para reducir los síntomas del trastorno límite de la personalidad y mejorar la calidad de vida; sin embargo, los efectos del tratamiento con TFP fueron pequeños en comparación con los de la terapia centrada en esquemas (Giesen-Bloo, 2006).

MODIFICACIONES DEL TRATAMIENTO PARA ADULTOS EN ADOLESCENTES

Existe evidencia de que modificar tratamientos para el TLP en adultos es efectivo para adolescentes que exhiben una patología similar. Además, la evidencia sugiere que las modificaciones adecuadas al desarrollo para estos jóvenes y sus familias también son efectivas (Rathus & Miller, 2002; Rossouw & Fonagy, 2012). Miller y colaboradores (2007) elaboraron un manual con las modificaciones de la terapia dialéctica conductual para adolescentes. En una prueba no aleatoria de TDC-A y tratamiento habitual (TH), los pacientes que recibieron 12 semanas del primer

manejo tuvieron un número significativo menor de hospitalizaciones psiquiátricas y mayores tasas de finalización del tratamiento (Rathus & Miller, 2002).

El tratamiento basado en la mentalización para adolescentes (MBT-A, por sus siglas en inglés) también fue modificado sobre la base de un tratamiento para adultos (Bleiberg, Roussov & Fonagy, 2012). Asimismo, en una prueba clínica aleatoria de 80 adolescentes que comparó la MBT-A con el TH en adolescentes que se autoagredían, se observó que la MBT-A fue más efectiva que el TH en la reducción del daño a sí mismos y de la depresión (Rossouw & Fonagy, 2012). Vistas como un todo, las adaptaciones de los tratamientos para adultos y los estudios posteriores son una clara muestra de la efectividad de éstas.

AIT EN ADOLESCENTES

El modelo AIT ha incorporado aspectos esenciales de la terapia focalizada en la transferencia (TFP además de mecanismos adicionales de componentes activos de los sistemas familiares, el apego y la terapia cognitivo-conductual, aunque la eficacia del enfoque integrado no se ha comprobado. En la actualidad ya se ha realizado una comparación no aleatoria del AIT *versus* el tratamiento comunitario en pacientes adolescentes con trastorno límite de la personalidad, la cual aporta clara evidencia sobre la superioridad de este método de tratamiento estructurado en comparación con los enfoques de tratamiento de terapeutas experimentados (Foelsch *et al.*, en preparación). La sección titulada “Comparación entre el AIT y el TH” da un resumen de estos hallazgos preliminares. Estos resultados apoyan la continuidad del estudio piloto controlado aleatorio sobre el AIT *versus* el TH (tratamiento habitual), que en la actualidad está en curso por parte de los autores de este texto.

Comparación entre el AIT y el TH

La primera evaluación que compara el AIT con el TH se llevó a cabo con 20 pacientes de sexo femenino y 3 de sexo masculino de entre 14 y 19 años, a quienes se les diagnosticó trastorno límite de la personalidad de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR.

Métodos

Selección de la muestra

Las muestras de tres pacientes se identificaron en Nueva York, lugar de origen del AIT; en Santiago de Chile, donde desde 2010 han estado en actividad grupos de capacitación y supervisión y, en Frankfurt, donde los adolescentes con trastornos de personalidad se han tratado con el TH.

Un total de 12 casos recibieron manejo mediante el AIT en dos sitios. Como parte del estudio en curso del *Weill Cornell Medical College/NewYork-Presbyterian Hospital, White Plains, NY, EUA*, descrito más abajo, un grupo de terapeutas capa-

citados del departamento de cuidado ambulatorio trató cuatro casos, los cuales fueron complementados con otros de consultas privadas tratados por P. Foelsch (tres casos) y H. Arena (un caso). Cuatro más fueron tratados en el Instituto Schilkrut de Santiago de Chile, por los terapeutas Andrés Borzutzky, Tomás Díaz, Alejandra Romero y Ana María Rodríguez. Todos los casos (estudio, clínica y consulta privada) fueron supervisados (de forma semanal para los pacientes de la clínica y mensual en el caso de las consultas privadas), todos los terapeutas cumplían por lo menos con estándares mínimos de adherencia y competencia.

Ocho de los once casos fueron tratados con el TH por S. Schlüter-Müller y dos colegas con experiencia clínica (Karoline von Strachwitz y Tom Fromm) en la *Practice for Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy* (Centro de psiquiatría y psicoterapia para niños y adolescentes), de Frankfurt, Alemania, entre 2008 y 2010, antes de la implementación del AIT en esta consulta. De un total de 30 de pacientes adolescentes de sexo femenino de 14 a 19 años con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (DSM-IV-TR) tratadas en esta consulta, ocho fueron seleccionadas al azar por un miembro del personal ciego al resultado del tratamiento.

Otros tres casos fueron tratados con el TH por terapeutas capacitados del departamento de cuidado ambulatorio en el *Cornell Medical College/New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY, EUA*, como parte del estudio en curso descrito más abajo.

Instrumentos

Los terapeutas revisaron los datos de los cuadros y usaron esta información para codificar la entrevista clínica estructurada (SCID II, por sus siglas en inglés), la entrevista dimensional para el trastorno límite de la personalidad (BPDDI, por sus siglas en inglés), la evaluación global del funcionamiento (GAF, por sus siglas en inglés), la impresión global clínica (CGI, por sus siglas en inglés) y el funcionamiento escolar en su punto de partida (con menos de un mes de tratamiento), a los 6 meses y a los 12 meses después de iniciado el tratamiento (donde se emplearon datos de los cuadros referidos a un periodo de dos meses antes del punto de evaluación).

Entrevista clínica estructurada para el Eje II del DSM-IV (SCID-II)

La SCID-II (First *et al.*, 1997) fue desarrollada como una entrevista semiestructurada para evaluar trastornos de personalidad. Los 94 criterios diagnósticos de todos los trastornos de personalidad descritos en el DSM-IV son cubiertos por una o más preguntas, y las respuestas de los pacientes se miden con una escala de 3 puntos: 1 = “ausente o falso”; 2 = “bajo el valor umbral”; 3 = “presente”. Los criterios marcados como presentes se suman, y si la suma sobrepasa el umbral definido en el DSM-IV, se diagnostica el trastorno de personalidad.

Entrevista dimensional para el trastorno límite de la personalidad (Borderline Personality Disorder Dimensional Interview, BPDDI, por sus siglas en inglés)

La entrevista dimensional para el trastorno límite de la personalidad fue desarrollada por Clarkin y colaboradores (1995; 1998; 2000) para evaluar los nueve criterios

de los trastornos límite de la personalidad. Esta entrevista semiestructurada evalúa los nueve criterios del TLP en el DSM con una escala de 6 puntos, en la cual 1 y 2 son valores bajo el umbral para los criterios, 3 equivale a cumplir los estándares mínimos para obtener los criterios del DSM, mientras que los valores de 4 a 6 revelan una sintomatología más grave. Cada criterio tiene formas estándares de sondeo para sacar a luz la información, al diferenciar eventos ocurridos durante “el último mes” y “los últimos 5 años”. Esto se modificó al “ año pasado” para este estudio en adolescentes. Los valores de cada uno de los nueve criterios se calculan después de que concluye la entrevista; toda la información se usa para evaluar los criterios individuales. La confiabilidad entre observadores es adecuada, y la validez es satisfactoria si se compara a la BPDDI con la SCID II (para más información, ver Clarkin *et al.*, 2001 y Clarkin *et al.*, 2007).

Escala de evaluación del funcionamiento global (Global Assessment of Functioning Scale, GAF, por sus siglas en inglés)

La escala GAF fue desarrollada para evaluar el juicio del terapeuta sobre el nivel general de funcionamiento del individuo de acuerdo al Eje V del DSM-IV (Aas, 2010) y en particular es útil para dar seguimiento al progreso de los pacientes en su funcionamiento psicológico, social y ocupacional.

La escala GAF, de 100 puntos, se divide en intervalos de 10 puntos (por ejemplo, 31 a 40 y 51 a 60), con puntos de anclaje que describen síntomas y funcionamientos que representan jerarquías de enfermedad mental. Los puntos de anclaje del intervalo 1 a 10 describen a los pacientes con enfermedades más graves, mientras que los puntos de anclaje del intervalo 91 a 100 describen a los más sanos. Un puntaje dentro del intervalo 51 a 60 describe dificultades moderadas en el funcionamiento social, ocupacional o escolar (Aas, 2010).

Un total igual o mayor a 61 se ha empleado como muestra de recuperación del trastorno límite de la personalidad en distintos estudios de resultados (p. ej., Zanarini *et al.*, 2010). Con un puntaje en este nivel, el paciente suele funcionar bastante bien y logra tener algunas relaciones interpersonales significativas, aunque es posible que todavía existan algunos síntomas o ciertas dificultades en el funcionamiento social, ocupacional o escolar.

Impresión global clínica (Clinical Global Impression, CGI, por sus siglas en inglés)

La escala CGI fue desarrollada para usarse en pruebas clínicas y aportar una evaluación breve de la visión del profesional clínico sobre el funcionamiento global del paciente antes y después de una intervención estudiada. La escala da un indicador resumido que considera toda la información disponible, incluido el conocimiento sobre el historial del paciente, circunstancias psicosociales, síntomas, conducta e impacto de los síntomas en la capacidad de funcionamiento del paciente (Busner & Targum, 2007). La CGI debe ser aplicada por un terapeuta experimentado que esté familiarizado con el trastorno y con la progresión del tratamiento.

La CGI consiste de dos mediciones de un solo reactivo. La pregunta en el índice CGI-Severidad es: “Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, ¿cuál es el nivel de la enfermedad mental en el que se encuentra el paciente?” El índice CGI-S se evalúa con una escala de siete puntos: 1 = normal, para

nada enfermo; 2 = al límite de la enfermedad mental; 3 = ligeramente enfermo; 4 = moderadamente enfermo; 5 = marcadamente enfermo; 6 = gravemente enfermo; 7 = dentro de los pacientes más extremadamente enfermos. (Busner & Targum, 2007).

Mediante el índice CGI-Mejoría (CGI-I, por sus siglas en inglés), el terapeuta puede comparar el estado clínico general del paciente con el valor base dentro de una escala de 7 en la que utiliza la oración “En comparación con su estado al inicio del tratamiento, el estado actual del paciente muestra: 1 = mejorías muy grandes desde el comienzo del tratamiento; 2 = mejorías grandes; 3 = mejorías mínimas; 4 = ningún cambio con respecto al valor de partida (el inicio del tratamiento); 5 = empeoramiento mínimo; 6 = empeoramiento grave; 7 = empeoramiento muy grave desde el inicio del tratamiento” (Busner & Targum, 2007).

Evaluación del funcionamiento escolar (School Functioning Rating)

Todos los datos de los cuadros, junto con los datos clínicos, se emplearon para evaluar el funcionamiento escolar del adolescente según los siguientes cinco criterios (con positividad creciente):

1. Asistencia: el adolescente asiste a todas las clases requeridas
2. Conducta: no hay problemas conductuales en la escuela que requieran acciones disciplinarias (p. ej., detención dentro de la escuela)
3. Tareas: el adolescente completa todas sus tareas de modo adecuado y a tiempo
4. Automotivación: el adolescente tiene motivación intrínseca para participar y para tener un buen rendimiento escolar; funciona de forma independiente (no necesita que sus padres o profesores le hagan “recordatorios” o lo regañen, ni tampoco requiere de ningún otro tipo de intervención para funcionar)
5. Participación dentro de sus capacidades: asistencia a programa(s) escolar(es) de acuerdo a su capacidad intelectual (p. ej., un estudiante inteligente que toma cursos avanzados); las calificaciones reflejan la capacidad del adolescente

El funcionamiento escolar del adolescente fue evaluado con una escala de 5 puntos:

1. Problemas de funcionamiento escolar en una o menos áreas; mantiene asistencia regular con un buen funcionamiento general.
2. Problemas de funcionamiento escolar en sólo dos áreas, mantiene asistencia regular.
3. Problemas de funcionamiento escolar, en al menos tres áreas, mantiene asistencia regular.
4. Problemas de funcionamiento escolar en las cuatro áreas, pero asiste a clases al menos parte del tiempo.
5. Colapso total de funcionamiento escolar en todas las áreas, sin asistencia a la escuela (p. ej., expulsión, hospitalización, negación crónica a asistir).

Esta escala de evaluación fue desarrollada para este estudio y requiere mayor desarrollo psicométrico. Su uso preliminar indica que los observadores la consideraron clara y fácil de aplicar, con un buen consenso en sus evaluaciones.

Procedimientos de evaluación

Para aumentar la confiabilidad y la validez de los datos obtenidos, los cuadros fueron revisados por un miembro del equipo clínico que conocía el caso, recibiendo información del terapeuta cuando fue necesario clarificar las notas de los cuadros, los cuales fueron revisados, con la información para codificar la SCID II y para evaluar la GAF en su valor de partida (a menos de dos meses de iniciado el tratamiento) y de nuevo a los seis meses (mediante datos de los cuadros referidos a dos meses del periodo de 6 meses). Cuando fue posible, también se revisaron los datos de 12 meses (de nuevo con la información de los cuadros pertenecientes a los dos meses previos).

Resultados de la revisión de cuadros

Información demográfica

	Muestra total (N=23)	AIT (n=12)	TH (n=11)
Edad	16,43 ± 1,88	17,00 ± 2,22	15,82 ± 1,25
Sexo	20 Femenino	9 Femenino	11 Femenino
	3 Masculino	3 Masculino	

Mediciones diagnósticas

BPDDI	AIT		TH	
Criterios	Inicial	12 meses	Inicial	12 meses
Miedo al abandono	4,58 ± 1,62	2,30 ± 0,95	3,45 ± 1,29	2,67 ± 1,00
Inestabilidad interpersonal	4,58 ± 1,44	3,00 ± 1,94	3,36 ± 1,03	2,78 ± 0,83
Identidad	4,42 ± 1,08	2,80 ± 1,03	4,63 ± 1,03	3,89 ± 1,62
Impulsividad	3,67 ± 1,16	1,90 ± 0,99	3,36 ± 1,43	2,78 ± 1,39
Suicidalidad y CAA	3,08 ± 1,56	1,00 ± 0,47	2,36 ± 1,12	1,78 ± 1,39
Inestabilidad afectiva	4,83 ± 0,94	2,90 ± 1,29	4,36 ± 1,21	3,56 ± 1,42
Sensación de vacío	4,33 ± 1,82	2,00 ± 1,15	3,73 ± 1,10	3,11 ± 1,45
Ira	4,00 ± 1,54	2,40 ± 1,17	3,45 ± 2,16	2,44 ± 1,51
Conducta psicótica y disociativa transitoria	3,00 ± 0,85	1,70 ± 0,95	1,73 ± 1,10	1,56 ± 0,73

BPDDI	Comparación AIT-TH a los 12 meses		
	g. lib.	Valor de t	P
Miedo al abandono	17	0,82	0,42
Inestabilidad interpersonal	17	-0,32	0,76
Identidad	17	1,77	0,09
Impulsividad	17	1,59	0,13
Suicidalidad y CAA	17	1,67	0,11
Inestabilidad afectiva	17	1,05	0,31
Sensación de vacío	17	1,86	0,08
Ira	17	0,07	0,94
Conducta psicótica y disociativa transitoria	17	-0,37	0,72

BPDDI = Entrevista dimensional para el trastorno límite de la personalidad

CAA = Conducta autoagresiva

TH = Tratamiento habitual

GAF	Comparación AIT-TH a los 12 meses			
	Media ± D. est.	g. lib.	Valor de t	p
TH	46,11 ± 13,54			
TIA	66,00 ± 7,91			
Estadística		15	-3,63	0,003

Funcionamiento escolar	Comparación AIT - TH a los 12 meses			
	Media ± D. est.	g. lib.	Valor de t	P
TH	6,67 ± 1,50			
AIT	1,80 ± 1,14			
Estadística		17	1,43	0,17

ANOVA con medidas repetidas para comparar TAU - AIT a los 12 meses**ANOVA con medidas repetidas para comparar TAU-AIT a los 12 meses****Efectos entre sujetos**

	<i>Media ± D. est.</i>	<i>g. lib.</i>	<i>S. cuad. tipo III</i>	<i>Media cuad.</i>	<i>Valor de F</i>	<i>p</i>
TH	46,11 ± 13,54					
TIA	66,00 ± 7,91					
por tratamiento		1	116,82	116,82	22,31	<0,001
Error		56	293,23	5,24		

Para GAF, SFR y cada uno de los criterios BPDDI

ANOVA con medidas repetidas para comparar TAU-AIT a través del tiempo**ANOVA con medidas repetidas para comparar TAU-AIT a través del tiempo****Efectos dentro de los sujetos**

	<i>g. lib.</i>	<i>S. cuad. tipo III</i>	<i>Media cuad.</i>	<i>Valor de F</i>	<i>p</i>
Tiempo	10	5022,41	502,24	27,71	<0,001
Tiempo x tratamiento	10	1157,37	18,12	6,39	<0,001
Error	560	10149,60	18,124		

Para GAF, SFR y cada uno de los criterios BPDDI

Estudio piloto de Nueva York

Se desarrolló un estudio piloto (RCT) control aleatorio para evaluar la eficacia del AIT en comparación con el TH en adolescentes mujeres con patologías de la identidad. Los sujetos fueron tratados durante seis meses mediante el AIT o el TH, con otros seis meses de seguimiento naturalista.

Objetivos

El objetivo principal es determinar si el AIT para patologías de la identidad y conductas asociadas en adolescentes es un tratamiento efectivo que logra reducir la sintomatología y mejore el funcionamiento. Los objetivos secundarios incluyen: a) validar las mediciones de patología de la identidad en adultos modificadas para adolescentes, b) evaluar la adherencia y competencia del terapeuta en la aplicación del AIT.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Adolescentes de sexo femenino, de 14 a 21 años de edad, que cumplan con 5 de los 9 reactivos críticos de la Escala de la entrevista dimensional para el trastorno límite de la personalidad (BPDDI, por sus siglas en inglés), que presenten dificultades interpersonales en el funcionamiento escolar, familiar y, o con sus pares, o ambos; que vivan en casa con la familia, y que estén dispuestas a asistir a sesiones de evaluación y, de forma semanal, a terapia individual.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos del estudio todos aquellos adolescentes con psicosis, dependencia de sustancias, discapacidad de aprendizaje no verbal, conducta antisocial grave, diagnóstico primario de un problema con los alimentos, trastorno bipolar o trastorno obsesivo compulsivo, necesidad de hospitalización para el manejo de síntomas, deterioro cognitivo significativo (Escala completa de IQ <85), o la presencia de una enfermedad médica que ponga la vida en riesgo.

Hallazgos preliminares

Materias

Para determinar si eran elegibles para el estudio, fueron seleccionados 26 adolescentes, de los cuales se eligieron 11 para asignarse de manera aleatoria en el proyecto. Al grupo de TH fueron asignados cuatro y al de AIT, cinco de ellos. Dos participantes dejaron el estudio antes de la asignación aleatoria. En el grupo de TH sólo uno completó los seis meses del tratamiento activo. En el grupo AIT, cuatro participantes completaron los seis meses de tratamiento activo.

Características de la muestra

	Media	SD
Edad	15.6	+/- 1.4
IQ		
Escala completa	105	+/-6
Verbal	106	+/-13
Desempeño	99	+/-8

Diagnóstico del Eje I en el pretratamiento

Características	Porcentajes	Media	DS
Trastornos Eje I			
Trastornos del Estado de ánimo	43%	0.43	+/-0.53
Trastorno de Ansiedad	71%	0.71	+/-0.48
Más de 1 Trastorno de Ansiedad	43%	0.43	+/-0.53
Axis II Disorders			
TLP	100%		
Pasivo Agresivo	50%	0.50	+/-0.55
Depresivo	43%	0.43	+/-0.53
Paranoide	43%	0.43	+/-0.53
Evitativo	16%	0.17	+/-0.41
Más de 1 Trastorno de Personalidad	86%	0.86	+/-0.38

Aunque la muestra es pequeña y sin la suficiente fuerza, hay un hallazgo que sugiere una tendencia hacia lo significativo en el grupo AIT comparado con el TH en el periodo de tiempo bajo tratamiento (AIT $m=8.5$ meses, $sd=+/-4.12$; TH $m=5.67$ meses, $sd=+/-5.51$). Este hallazgo será explorado en los estudios que se realizan en la actualidad.

Resumen de la evidencia que sustenta el modelo AIT

La evidencia empírica que apoya el uso de psicoterapia focalizada en la transferencia ha sido documentada (Clarkin *et al.*, 2001; Clarkin *et al.*, 2007) y replicada (Doering *et al.*, 2010). Asimismo, otros investigadores han modificado tratamientos para adultos y los han aplicado a adolescentes con resultados exitosos (Miller *et al.*, 2007; Bleiberg, Rousouw, & Fonagy, 2012). El modelo y las técnicas de la TFP son una de las bases del AIT. Los datos preliminares de la comparación entre éste y el TH revelan una respuesta similar en los resultados de los pacientes, con mejoras en el funcionamiento general (evidenciado en mejores puntajes significativos en la CGAS [escala de evaluación global para niños]) y cambios en la sintomatología (reducciones en los criterios TLP) en el grupo tratado con AIT por sobre el que recibió el TH. Estos resultados nos dan una prueba inicial del concepto según el cual la psicoterapia focalizada en la transferencia puede modificarse para tratar a adolescentes con una patología de personalidad significativa, para lograr un mejor resultado que con el tratamiento normal. La inclusión de los métodos y técnicas del AIT en un manual facilitará el desarrollo de más estudios que busquen probar la eficacia de este modelo para tratar a adolescentes con patologías graves de la personalidad.

REFERENCIAS

- Aas, I.H. (2010) Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry*, 9: 20.
- Busner, J., Targum, S.D. (2007) The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7): 28-28.
- Clarkin, J.F., Martius, P., Dammann, G. *et al.* (1998) IPO J, „Inventory of Personality Organization“: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen*, 2(4):169-172.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O. (1999) *Psychotherapy for borderline personality*. EUA:Wiley & Sons.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N. *et al.* (2001) The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *JPers Disord*, 15(6): 487-487tud.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2006) *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. EUA: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 164(6): 922-922nzen.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M. *et al.* (2010) Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*, 196(5): 389-395.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV® Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. EUA: American Psychiatric Publishers.

Entrenamiento y supervisión

Este manual provee la información básica para familiarizarse con la teoría y la técnica que sustenta el AIT. Aunque muchos de los conceptos e intervenciones pueden ser útiles para los terapeutas clínicos, como todos los enfoques psicoterapéuticos, es más sencillo aprender cómo aplicar estas técnicas de forma práctica junto a un supervisor. Esto es obligatorio si se desea capacitar a un terapeuta para que participe en un protocolo de investigación, donde se requiere demostrar la capacidad de aplicar el modelo del tratamiento con adherencia (de manera confiable) y competencia (con habilidad). Los autores proporcionan seminarios de capacitación, talleres y supervisión de casos a quienes estén interesados en aprender a aplicar el modelo de tratamiento en profundidad. Los terapeutas clínicos pueden optar por participar en cualquier nivel de capacitación, pero para fines de investigación, es necesario capacitarse hasta el máximo nivel de adherencia y competencia.

ENTRENAMIENTO

La capacitación para aplicar el AIT exige una base general en:

- Desarrollo infantil y adolescente, teoría del apego
- Teoría de sistemas familiares, desarrollo de la personalidad
- Psicopatología
- Diagnóstico diferencial
- Conceptos psicoanalíticos
- Psicoterapia psicodinámica

Los terapeutas deberían tener experiencia clínica previa con poblaciones adolescentes, familias y patologías de la personalidad. Los autores de este modelo han capacitado con éxito a psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Aquellas personas que no cumplan con todas las áreas de conocimiento requeridas pueden necesitar capacitación adicional; por ejemplo, aquellos que hayan trabajado con adultos y ahora empiecen a tratar población adolescente mayor pueden carecer de mucho

conocimiento sobre aspectos de desarrollo relativos a la formación de la identidad. Los terapeutas clínicos que inician su carrera pueden necesitar más tiempo para aprender y aplicar de forma efectiva el modelo de tratamiento en comparación a aquellos que ya tienen experiencia en el trabajo con patologías graves. Para los terapeutas clínicos más experimentados, este manual de inmediato les será útil para guiar su conceptualización y evaluación de los casos; sin embargo, muchas veces les resultará más difícil aplicar las técnicas de forma sistemática debido a su tendencia a confiar en su experiencia. En cualquier caso, se recomienda recibir capacitación y supervisión didáctica especializada para poder llevar a cabo la terapia de manera confiable y óptima.

RECOMENDACIONES PARA LOS TERAPEUTAS

Además de los requerimientos educativos y de experiencia clínica básicos arriba descritos, existen ciertos atributos del terapeuta que son relevantes para aplicar el tratamiento en forma efectiva. Es recomendable que el terapeuta tenga alguna experiencia de participación en terapia personal; además de la utilidad general de aumentar la empatía con la experiencia del paciente que busca tratamiento, aprender sobre uno mismo tiene ventajas específicas. El AIT requiere que el terapeuta esté consciente de sus propias reacciones, sentimientos y pensamientos de forma profunda, de modo que pueda identificar aspectos de la patología del paciente (p. ej., identificaciones proyectivas y escenificaciones de las diadas de relaciones objetales). Por lo tanto, un terapeuta debe tener la capacidad de diferenciar aspectos de las reacciones de contratransferencia provocadas por el paciente de aspectos relativos a áreas de dificultades dentro de él/ella mismo/a. Luego, es muy recomendable recibir terapia personal.

Los terapeutas también deben estar interesados en trabajar con patologías de la personalidad. A algunos clínicos les disgusta trabajar con material primitivo, inconsciente y de procesos primarios, o tienen grandes dificultades al manejar esta situación. Se requiere interés y capacidad para aplicar las técnicas de forma confiable y óptima, para así facilitar un cambio efectivo en el paciente.

Asimismo, el terapeuta debe tener un nivel básico de estabilidad psicológica; esto es de suma relevancia para la regulación de afectos y para el establecimiento de límites. Dado que las patologías de la personalidad de manera predominante están marcadas por dificultades en estas áreas, es por completo esencial que el terapeuta tenga claridad sobre sus propias experiencias afectivas y la capacidad para diferenciarlas de la experiencia del paciente de forma confiable y consistente.

Por último, como se ha indicado de forma tácita con antelación, la capacidad de tolerar afectos intensos es fundamental. Esto tiene un significado específico para poder lograr de manera simultánea una comprensión afectiva y cognitiva.

Proceso de capacitación

La capacitación para emplear el AIT comienza con instrucción didáctica elemental, la cual brinda una visión general sobre los elementos centrales del modelo. Este manual sigue la línea de esta instrucción básica. Se describe la teoría subyacente con respecto a las relaciones de objeto internalizadas y su relación con la psicopatología. Los individuos que deseen aplicar este modelo de forma competente se verán beneficiados al asistir a un taller intensivo donde se presenta material de casos clínicos, en el cual los participantes tienen además la oportunidad de hacer preguntas y aplicar el material a sus casos clínicos específicos. La supervisión de casos individuales y la participación en supervisiones grupales son los pasos siguientes para aplicar el modelo con eficacia. Quienes se interesen en administrar este tratamiento en un contexto de investigación deben consultar a los autores para obtener información sobre cómo lograr estándares mínimos de adherencia y competencia (cuadro 7-1).

Componentes requeridos

- Capacitación didáctica
- Supervisión en grupo de pares
- Supervisión individual
- Evaluación de adherencia y competencia

Índice

NOTA: Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

A

- Acetaminofén, 113
- Ácido(s)
 - grasos omega-3, 109
 - valproico, 109
- Acting out*, 65, 82
- Actitud, 49
 - optimista, 86, 87
- Adolescencia
 - (15 a 18 años), 26
 - normal, 1
 - temprana (13 a 14 años), 26
- Adolescente, 1
 - conducta autodestructiva del, 104
 - díada,
 - de la superficie, 83
 - de relaciones objetales subyacente que se activa, 83
 - ejemplos de interpretaciones, extratransferenciales, 97
 - transferenciales, 97
 - interpretación de transferencia con, 96
 - proceso,
 - de clarificación con, 89
 - de confrontación con, 91
 - temprano, 27, 48
- Adulthood emergente, 27
- Adulto joven, 1
- Afectividad, 122
 - negativa, 6
- Afectos, 89
 - entre mamá y papá, 141
 - oscilación de, 141
- Agorafobia, 10
- Agresión
 - física, 94
 - primitiva, 95
 - verbal, 94
- AIT (tratamiento de identidad para adolescentes), 113
 - capacitación para aplicar el, 159
 - entrenamiento y supervisión, 159
 - proceso de capacitación, 161
 - recomendaciones para los terapeutas, 160
- Ambiente, 18
 - inseguro, 54
- Amenazas suicidas, 125
- Análisis de la transferencia con adolescentes, 86
- Ansiedad, 1, **33**, 109, 121, 122
- Antagonismo, 6
- Anticipación de lo inesperado, 141
- Antidepresivos, 109
- Antipsicóticos, 108, 109
- Apego, 16, 18
 - ansioso, 22
 - evitativo, 22
 - seguro, 22
- Aprendizaje psicomotor, 16
- Aripiprazol, 109
- Atención negativa, 117

- Autoagresión(es), 121, 139
- Autodefinition, 1
 - psicosocial, 23
- Autodirección, 6, 7
- Autoestima positiva, 3
- Autolesión(es), 76, 125
- Automotivación, 152
- Autorreflexión, 34
- Autorrepresentación(es), 133
 - escindidas, 132

B

- Barra móvil, 142
- Batería
 - de evaluación estándar, 51, 52
 - recomendaciones de, 51
 - de pruebas de desempeño de atención, 52
- Biología, 18
- Bullying*, 97, 116, 117

C

- Canales de comunicación, 88
 - no-verbal del paciente, 88
 - verbal del paciente, 88
- CGI (*Clinical Global Impression*), 151
- Clarificación, 88
- Clasificación internacional de enfermedades (CIE-1), 4

Coherencia, 35
 Complejo de Edipo negativo, 24
 Comportamiento, 49
 infantil, 51
 respetuoso, 125
 Compulsión, 6
 Comunicación
 no verbal, 139
 afectiva congruente, 138
 Condicionamiento emocional, 21
 Conducta(s)
 adaptiva, 2
 autoagresiva, 9
 autodestructivas, 80, 108
 del adolescente, 104
 contradictorias, 1
 debilitantes, 80
 desadaptativas, 3
 destructivas, 80
 disfuncionales, 3
 manifestaciones disfuncionales de, 2
 responsable, 106
 Confidencialidad, 41, 65
 Confrontación, 91, 128
 ejemplos de preguntas en, 93
 ilustración del proceso de, 92
 interpretación de, 94
 Contacto
 con el psicoterapeuta anterior, 121
 con la escuela, 120
 Continuidad, 35
 Contrato
 establecimiento del, 123
 familiar, 74, 78
 problemas emergentes para la familia relativos al, 120
 individual, 73
 nuevo con la adolescente, 126
 proceso del, 124
 Contratrtransferencia, 86
 Crisis
 de identidad, 1, 23, 29, 32
 dominios de, 30
 inmediata, 42

D

Déficit atencional, 121
 Depresión, 109
 Desapego, 6
 Desarrollo neurocognitivo, 2
 Desinhibición, 6
 Desorden(es)
 afectivos, 51
 de ansiedad generalizado, 122
 Desrealización, 44
 Devaluación, 133
 Diadas de relaciones objetales, 89
 Diagnóstico
 estructural, 43
 psiquiátrico, 43
 Difusión de identidad, 32, 33
 Discapacidad cognitiva, 56
 Discontinuidad, 35

E

Eficacia, 147
 evidencia empírica sobre la, 147
 Empatía, 6, 7
 inconstante, 122
 Enfermedad(es)
 mental, 4
 psiquiátricas, 7
 Entrevista
 clínica estructurada, 150
 de evaluación, 114
 diagnóstica para estructura de personal, 51
 dimensional para el trastorno límite de la personalidad, 150
 estructural, 114
 de organización de personal, 43
 dificultades actuales, 115
 eventos precipitantes, 115
 modificada en AIT, 46
 para evaluar adolescentes, 114
 preguntas adicionales de, 117
 respuesta inicial a las preguntas de, 115
 Escala(s)
 CGI, 151
 de evaluación del funcionamiento global, 9, 151

de inteligencia de Wechsler para niños, 52
 de niveles de funcionamiento de personalidad, 6
 GAF, 151
 Escucha el proceso, 132
 Esquizofrenia, 51
 Estabilizadores del ánimo, 109
 Estado(s)
 de afectividad, 128
 de ánimo, 10, 121
 depresivo, 113
 estable, 125
 mental, 21
 del paciente, 45
 Estrategia(s)
 de Colombo, 132, 138
 de Dragnet, 138, 139
 de terapeuta usadas para confrontar a los padres, 138
 de tolerancia de afectos negativos para los padres, 102
 Estrés, 18
 diádico agudo, 18
 Estudio de la eficacia en el TFP, 147
 Estudio piloto (RCT), 155
 características de la muestra, 156
 criterios,
 de exclusión, 156
 de inclusión, 156
 de selección, 156
 de Nueva York, 155
 diagnóstico del Eje I en el pretratamiento, 157
 hallazgos preliminares, 156
 objetivos, 155
 Estupidez, 118
 Evaluación
 AIT, 40
 de identidad, 46, 47, 118
 del desarrollo de identidad, 43
 del funcionamiento escolar, 152
 familiar/de los padres, 118
 global del funcionamiento, 150
 neuropsicológica, 11
 procedimientos de, 153
 psiquiátrica, 11
 sistemática de dominios del

funcionamiento de identidad, 48
 Evento autodestructivo, 79
 Examen internacional de trastornos de la personalidad, 10
 Expectativas siempre crecientes, 142

F

Familia
 completa, 144
 encuentro de, 144
 manejo,
 de cambios dentro de, 143
 de contratiempos, 143
 Funciones cognitivas, 52

G

GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*), 151
 Gemelos
 heterocigóticos, 14
 homocigóticos, 14

H

Habla, 16
 Hijo y padre "suficientemente buenos", 70
Home Plan, 98

I

Ideación suicida, 121, 139
 Idealización, 44, 133
 Identidad, 1, 6, 7, 22
 características, 32
 componentes de, 24
 crisis de, 1
 del Yo, 23, 24
 descripción del trastorno, 3
 difusión de, 1, 3, 23, 30, 44
 incoherencia de, 35
 integrada, 1
 normal, 1, 28
 Imagen espejada, 64
 Impresión(es)
 diagnósticas, 121
 global clínica, 151
 Impulsividad, 10, 109

Incoherencia, 35
 Índice CGI-Mejoría, 152
 Inestabilidad afectiva, 109
 Infancia media a tardía (6 a 12 años), 26
 Información demográfica, 153
 Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, 109
Insight, 22
 emocional, 133
 Inteligencia básica, 45
 Interpersonal, 7
 Intervención(es)
 ambientales directas, 103
 tácticas, 85
 Intimidación, 6, 7
 Inventario
 de la organización de la personalidad, 43
 de personalidad para el DSM5, 6

L

Lamotrigina, 109
 Lenguaje, 16
 amable, 125
 de los adolescentes, 88
 del apego, 61
 hiriente, 125
 Lucha de poder/manipulación, 133

M

Mediciones diagnósticas, 153
 Memoria
 afectiva, 19
 de trabajo, 22
 Mentalización, 25
 Metáfora, 94
 de anticipación de lo inesperado, 141
 de turbulencias en el avión, 142
 del bache en la carretera, 142
 interpretación de, 95
 uso de la, 95
 Mirada sarcástica, 128
 Modelo AIT, 149
 resumen de evidencia que sustenta el, 157

Mundo
 externo, 25
 interno, 25

N

Niñez muy temprana (1 a 5 años), 25
 Niño lleno de necesidades, 84

O

Objetividad
 mantener la, 107
 plan domiciliario y, 107
 rol de la, 107
 Ojos
 amables, 139
 enojados/de desaprobación/de rechazo, 139
 Olanzapina, 109

P

Paciente(s)
 capacidad de contener el afecto, 64
 ¿cómo llegan a la consulta?, 42
 descripción del, 94
 estructura y proceso del contacto inicial con, 40
 identificado, 53
 manejo de la urgencia de derivación, 42
 mantener la objetividad, 64
 postura del, 62
 procedimientos diagnósticos y entrevistas, 43
 proceso de diagnóstico, 42
 saludable, 62
 vías de comunicación con, 40
 Padres
 limitaciones de, 142
 trabajo específico para, 142
 reunión de seguimiento con, 144
 Padres/familiares, 78
 frecuencia de sesiones individuales, 78
 Personalidad, 34, 51, 52
 características desadaptativas, 3

evitativa, 14
 gravedad de disfunción de, 6
 narcisista, 14
 niveles del funcionamiento, 7
 obsesiva, 14
 paranoide, 14
 patologías de, 51
 patológica, 6
 rasgos de, 5
 Perspectivas, 89
 Plan domiciliario, 78, 103, 106, 125
 con los padres, 131, 132
 desafíos para la realización del, 104
 guía,
 para el adolescente, 106
 para los padres, 106
 implementar el, 137
 intervenciones ambientales di-rectas adicionales, 108
 mantener la objetividad y, 107
 metas asociadas a privilegios, 106
 problemas enfrentados, 106
 realización del, 132
 rol,
 de la contratransferencia, 107
 de la objetividad, 107
 visión general y propósito, 106
 Proceso de escucha, 132
 Prueba(s)
 clínica aleatoria, del TFP, 147
 multisitio, 148
 de rendimiento continuo, 52
 Psicoeducación, 2, 36, 67, 71, 98, 120, 126
 resumen de metas de, 68
 Psicología, 18
 Psicoterapia, 3
 ambulatoria intensiva, 67
 focalizada en la transferencia para adultos, 147
 para adolescentes, 59
 Psicoticismo, 6

R

Regla de los tres pasos, 141
 Regulación, 18
 Representación mental, 104

S

School Functioning Rating, 152
 Segunda individuación, 24
Self, 1, 7
 continuo del, 7
 definición dimensional del funcionamiento interpersonal, 7
 definitorio, 25
 descripción del, 47, 118
 lingüístico consciente, 15
 perspectiva de la visión, 89
 subjetivo, 25
 visión del, 89
Self-sameness, 24
 Sentido común, 62
 Sentimiento negativo, 133
 Síndrome
 de difusión de identidad, 20
 orgánico cerebral, 11
 Sistema
 cerebral, 22
 familiar, 147
 Suicidio, 76, 118, 122
 reciente, 114
 Superyó, 83

T

Táctica(s), 81
 intervención y, 85
 primarias, 81
 selección del afecto dominante, 82
 Tareas de la adolescencia, 71
 Técnicas específicas para adolescentes, 99
 Teoría(s)
 contemporánea, 22
 de relaciones objetales, 18
 del apego, 18
 del desarrollo, 21
 estructural de Minuchin, 36
 psicodinámica, 103
 que subyace a las intervenciones ambientales, 35
 subyacente, 22
 de psicoterapia individual, 18
 Terapeuta
 actitudes específicas del, 62
 alentar la reflexión, 98
 cambio de internalización de un otro significativo, 99

características y actitudes del, 62
 postura del, 62
 reacción del, 95
 trabajo con las familias, 100
 variables, postura y actitudes del, 61
 Terapia
 administrada por terapeutas comunitarios, 148
 centrada en esquemas, 148
 cognitivo-conductual, 104
 conductual dialéctica, 147
 de parejas, 122
 fase preparatoria y educación, 64
 focalizada en la transferencia, 149
 psicodinámica de apoyo, 147
 TFP (psicoterapia focalizada en la transferencia para adultos), 147
 Tomografía computarizada por emisión de fotones individuales, 11
 Topiramato, 109
 Tormenta afectiva, 102
 resumen del manejo de, 103
 TP (trastornos de la personalidad), 3
 Trabajo
 elaborativo de la escisión, 133
 en la escisión de los padres, 140
 en la transferencia/interpretación transferencial, 98
 Transferencia, 86
 Trastorno(s)
 bipolar, 119
 de ansiedad, 10
 de aprendizaje, 119
 de la personalidad, 1, 3, 108
 antisocial, 5, 56
 bipolar, 122
 criterios diagnósticos, 5
 definición de, 5
 definición de acuerdo al DSM-IV-TR, 5
 definición y criterios, 4
 desarrollo de, 14
 diagnóstico diferencial, 9
 en un niño o adolescente, 5
 epidemiología, 7
 esquizoide, 43

- etiología de, 14
- histriónico, 122
- límite, 148, 150
- modelos, 13
- modelos teóricos y justificación, 13
- narcisista, 122
- neurobiología de, 15
- procedimientos diagnósticos, 9
- severo, 98
- tratamiento biológico, 109
- tratamiento psicofarmacológico, 109
- vulnerabilidad neurobiológica, 14
- del aprendizaje no-verbal, 122
- del espectro autista, 10
- del estado de ánimo, 119
- límite de la personalidad, 8, 10, 13
- obsesivo-compulsivo, 9
- por déficit de atención con hiperactividad, 122
- psiquiátricos, 8
 - curso y pronóstico, 8
 - en niños y adolescentes, 8
 - psiquiátricos de los adolescentes, 4
- Tratamiento(s), 126
 - actitud general de los padres, 70
 - amenazas al, 75
 - amenazas individuales, 75
 - amenazas para, 76
 - asuntos prácticos relativos al, 101
 - atmósfera que hace prosperar al, 61
 - basado en la mentalización para adolescentes, 149
 - base del, 60
 - cambio en la dinámica familiar, 66
 - coadyuvante, 53
 - indicaciones, 53
 - confrontación conducente a una interpretación, 98
 - contraindicaciones del, 54
 - contrato individual, 73
 - curso del, 126
 - de identidad para adolescentes (AIT), 110, 113
 - componentes terapéuticos del, 147
 - estructura del, 110
 - evaluación inicial, 113
 - mecanismo de cambio en, 111
 - de largo plazo (cambio estructural), 80
 - de los padres, 139
 - curso del, 139
 - de preparación, 55
 - de terapeutas experimentados, 149
 - duración del, 79
 - enfoque dual de, 80
 - establecimiento del contrato, 72, 98
 - estrategias, 77
 - generales de parentaje, 69
 - evaluar antes de empezar el, 55
 - factores que pueden contribuir a interrupciones, 68
 - fase de contrato, 73
 - fuentes colaterales, 120
 - guiado por el paciente, 80
 - habitual (TH), 148
 - Home Plan* del, 98
 - indicaciones y contraindicaciones, 52
 - individual, 139
 - resumen del, 137
 - intervenciones directas, 79
 - limitaciones del, 66
 - mantener el marco del, 81
 - metas,
 - a corto plazo, 60
 - a largo plazo, 60
 - modificaciones para adultos en adolescentes, 148
 - motivación para, 120
 - objetivo específico, 59
 - plan domiciliario / *Home plan*, 66
 - problemas emergentes para la familia relativos al, 120
 - proceso después de intervenciones directas, 98
 - psicofarmacológico, 109
 - coadyuvante, 108
 - psicoterapéutico de apoyo semanal, 121
 - recomendaciones iniciales de, 122
 - rechazo al, 54
 - regulación de los afectos en las sesiones, 84
 - residencial en una institución, 123
 - respuestas de los padres, 68
 - rol de la familia en, 67
 - sabotaje de los padres, 145
 - tácticas del, 81
 - técnicas del, 87
 - trabajo con las familias, 100
 - uso de la metáfora, 95

V

Victima desamparada, 77

Y

Yo, 83
ideal, 61