

2008

Desarrollo del self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la PCA.

Artículo para la Revista electrónica de la Asociación de
Psicoterapia de la República Argentina APRA.

*Dr. Carlos Mirapeix. Psiquiatra.

Director Unidad de Trastornos de la Personalidad.

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad



UN MODELO INTEGRADOR COGNITIVO ANALÍTICO ORIENTADO POR LA PERSONALIDAD

La psicoterapia cognitivo analítica (Ryle & Kerr 2006) es un modelo encuadrado dentro de lo que hoy se denominan Modelos Integradores de Psicoterapia (Freedheim 1992) (Feixas & Miró 1995). En este sentido, cabría definir la Psicoterapia cognitivo analítica (PCA), como una terapia que sintetiza elementos teóricos y técnicos tanto del campo de la Psicoterapia como de otros fuera de este terreno (integración extendida) y que quedo ampliamente expuesto en un artículo de revisión sobre el tema a donde se remite al lector interesado (Mirapeix 2004).

Recientemente (Mirapeix 2007) he tenido la oportunidad de plantear este modelo integrado de psicoterapia, la PCA, como una psicoterapia orientada por la personalidad, que implica una concepción de la psicopatología en la que la nosología del eje I del DSM-IV-R no es abordada en su total complejidad, si no se entiende desde la personalidad del sujeto. El modelo cognitivo analítico permite una articulación sólida y coherente de estos dos niveles (Mirapeix 2008).

El modelo cognitivo analítico se desarrolló en Inglaterra y su aplicación está muy extendida en el National Health Service English, en el que el trabajo dentro de un límite temporal es esencial si se quiere responder a las necesidades de la población. La mayoría de los pacientes reciben 16 sesiones, con frecuencia semanal, pero algunos pueden precisar solamente 8 ó 12. Otros pacientes, especialmente los borderline requieren tratamientos de mas duración, 24 sesiones según el planteamiento habitual (Ryle 2004) y tramos de 3 meses de terapia con objetivos renegociables hasta un máximo de 18 meses, en el modelo ambulatorio intensivo desarrollado por nuestro equipo (Mirapeix et al. 2006) . La naturaleza activa y limitada en el tiempo de la terapia no induce a regresión y este modelo de psicoterapia resulta ser seguro y efectivo con todo el abanico de trastornos neuróticos y de la personalidad; la peor de las consecuencias es que se puede precisar más terapia y en tal caso el "ensayo de



terapia" que se ha llevado a cabo, es una buena guía para detectar aquello que resulte indicado posteriormente.

Es un modelo eficaz, y una revisión de los estudios sobre la eficacia del mismo se encuentra en un capítulo publicado recientemente (Mirapeix 2003). Voy a presentar un resumen de las últimas investigaciones. Recientemente, se ha publicado en el British Journal of Medical Psychology en el número de junio de 2000 una revisión de los estudios de efectividad de la psicoterapia cognitivo analítica y la aplicación de dicho modelo en diferentes settings. Los estudios sobre la aplicación de la psicoterapia cognitivo analítica en los pacientes asmáticos (Walsh, Hagan, & Gamsu 2000); sobre los hombres que han sobrevivido al maltrato sexual en la infancia (Clarke & Pearson 2000); un modelo ultracorto, de 3 sesiones, para el tratamiento de pacientes con conductas auto agresivas (Sandford et al. 2000); y por último el trabajo de Anthony Ryle con Katia Golyunkina sobre la efectividad de la psicoterapia cognitivo analítica en los pacientes borderline y en el que se especifican algunos factores asociados con el resultado (Ryle & Golyunkina 2000). El tratamiento de la personalidad borderline sigue siendo un foco de atención específico y recientemente se analizó el efecto de la psicoterapia cognitivo analítica en la fragmentación y disociación de la personalidad de dichos pacientes (Wildgoose, Clarke, & Waller 2001). Recientemente se ha publicado un estudio randomizado comparando la psicoterapia cognitivo analítica con otras terapias en el tratamiento de pacientes anoréxicas (DARE et al. 2001) donde la PCA muestra resultados beneficiosos.

El hecho de que esta psicoterapia no haya pasado por los rigores de los estudios clínicos randomizados, se ha debido a que en la época de su desarrollo teórico y práctico gozó de una gran aceptación por parte de los clínicos del sistema nacional de salud británico por su rapidez y efectividad y fue evaluada subjetivamente por los clínicos que aplicaban dicho modelo (Margison 2000). Tan es así que, como señaló David Shapiro en la Conferencia Inaugural del Congreso de la Society for Psychotherapy Research en 1994, ya en aquella época se consideraba a la psicoterapia cognitivo analítica como uno de los modelos de psicoterapia breve de mayor desarrollo



e implantación en el sistema británico de salud. Posteriores limitaciones en la financiación de las investigaciones, están retrasando el poder disponer de los RCT's que validarían la eficacia del modelo.

Cuestiones prácticas

Es un modelo estructurado en su metodología de evaluación, de tal forma que obtiene muchos datos en poco tiempo y concede una capital importancia a la reformulación del caso que permite planificar la fase activa del tratamiento y anticipar algunas dificultades, especialmente las que puedan presentarse en la relación terapéutica.

En la fase activa de terapia y hasta su terminación, el contenido de las sesiones será determinado conjuntamente por el paciente y por el terapeuta, que será quien se encargará de mantener la coherencia de las técnicas utilizadas en función de los objetivos que se señalaron en la reformulación, manteniendo el foco de atención limitado a los objetivos que se señalaron como es propio de toda psicoterapia breve. Las intervenciones del terapeuta van encaminadas a demostrar al paciente cómo se manifiestan repetitivamente, en su vida cotidiana y en la relación terapéutica, los procedimientos problemáticos y cómo se pueden modificar.

Una parte de cada sesión, se dedica a elaborar "tareas para casa" y a revisar el trabajo realizado por el paciente entre sesiones. Algunos pacientes serán concienzudos y eficaces en su trabajo y utilizarán al terapeuta como a un buen profesor. Otros, sin embargo, en sus errores y olvidos, en su exceso de sumisión o resistencia pasiva, en su variabilidad entre la idealización y el rechazo manifiesto, en su implicación con el terapeuta, reproducirán las dificultades que les llevaron a su consulta. Tales manifestaciones serán tomadas como material para la terapia, es decir como ejemplos de procedimientos problemáticos objeto de la terapia que deben ser modificados dentro del marco de la relación terapéutica (intervenciones centradas en la relación).



Los terapeutas pueden utilizar un amplio abanico de técnicas terapéuticas específicas, pero hay que tomarse muy en serio la secuenciación de las intervenciones, en las que unas estrategias han de abrir paso a otras; la falta de estructuración estratégica y técnica, puede producir efectos confusionales en el paciente (Fiorini 1985). Una de las formas de verificar la articulación adecuada de las intervenciones psicoterapéuticas, es tomando en cuenta la coherencia que éstas tengan en orden a cubrir los objetivos que se han marcado. Las técnicas que se utilicen, la actitud del terapeuta, la secuencia en que se realicen, han de mantener una coherencia interna, de tal forma que haya un esquema explicativo a nivel teórico que dé sentido a lo que se está haciendo y eso sin duda en este modelo viene determinado por el mapa de intervención que se diseña en la reformulación del caso. Así, la psicoterapia no se convertirá en una utilización arbitraria de técnicas en la que la selección de las mismas siga más las preferencias del terapeuta, en vez de intentar ajustar éstas a las necesidades del paciente, a los focos conflictivos que se detectaron y a los objetivos que se señalaron.

Aunque no pueda por limitaciones de espacio detenerme en la fase de terminación de la psicoterapia, si quiero resaltar que este momento es de crucial importancia y que en psicoterapia cognitivo analítica utilizamos una técnica muy útil, la carta de despedida, en la que el paciente hace un repaso y recoge por escrito, los logros de la terapia así como lo que le queda por conseguir, sirviendo esto como recordatorio de lo realizado y a la vez como un buen instrumento para la fase de seguimiento.

Una psicoterapia orientada por la personalidad

Comentaba al inicio de este artículo, que la psicoterapia cognitivo analítica es una psicoterapia orientada por la personalidad. Desde este planteamiento entiendo que cualquier cuadro del eje I, el más leve de los trastornos situacionales, un duelo...etc., no se comprende en su auténtica dimensión, en lo de único que el caso tiene, si no se aborda desde una perspectiva orientada por la personalidad. Da igual que esté o no presente un diagnóstico específico de eje II, cada individuo tiene sus



propios procedimientos de regulación cognitivo emocional y de relación interpersonal y estos, inevitablemente influyen en el manejo que haga de un síntoma concreto, sea este ansiedad, tristeza o stress adaptativo. Solo puedo manejar mi vida con los recursos personales que tengo, hago lo que puedo, me comporto como aprendí, mis procedimientos de manejo intra e interpersonal, están codificados en una arquitectura funcional que me permite manejar –a mi manera- la realidad. Solo entendiendo a la persona de una forma auténticamente individualizada podremos ayudarle. Es por esto, que toda psicoterapia es una psicoterapia mediada por la personalidad, o al menos debería de serlo (Mirapeix 2007).

Por otro lado, y dado que este artículo está dirigido en gran medida a la patología borderline, resulta de especial relevancia realizar algunos comentarios sobre la realidad actual de la evolución a largo plazo de los trastornos de la personalidad y sus consecuencias. El concepto de estabilidad ha sido siempre el principio central de los trastornos de personalidad a lo largo de las varias ediciones del DSM, comenzando desde la primera de ellas, publicada en 1952, hasta la actual edición DSM-IV-TR. Todas ellas coinciden en la estabilidad de los trastornos de la personalidad. Los estudios longitudinales sobre los trastornos de la personalidad tienen un antes y un después entre la literatura previa a 1999 y la literatura del siglo XXI. Los estudios anteriores al año 2000 presentan datos que apuntan hacia la estabilidad a lo largo del tiempo de los trastornos de personalidad, con alguna excepción puntual. A partir de 1999, coinciden varios estudios longitudinales muy importantes en Estados Unidos que constatan que la estabilidad de los trastornos de personalidad no es como se planteaba. En el caso del trastorno límite de la personalidad, las tasas de remisión llegan a un 60% a los 6 años de evolución y a un 85% a los 10 años (Zanarini et al. 2007).

Además, hay una variación sobre qué síntomas son más sensibles a la desaparición y cuales no:

SÍNTOMAS SENSIBLES: Pensamiento cuasi psicótico, abuso y dependencia de sustancias, promiscuidad sexual, auto mutilación, intentos manipulativos de suicidio, relaciones tumultuosas, devaluación/manipulación/sadismo, conductas demandantes,



regresiones terapéuticas, problemas contratransferenciales, relaciones terapéuticas especiales, inestabilidad afectiva, trastorno severo de la identidad.

SÍNTOMAS RESISTENTES: sentimientos crónicos de depresión, desesperanza / impotencia, hostilidad, ansiedad, soledad/vacío, forma extraña de pensamiento, experiencias perceptiva inusuales, paranoidismo, intolerancia a la soledad, tendencia a la impulsividad, preocupación por el abandono, experiencias de aniquilación, actitudes contra dependientes, dependencia/masoquismo.

Evidentemente, hay unas preguntas inmediatas, ¿Cómo afecta a la información que le damos al paciente, la visión actual más benévola sobre la evolución natural de los trastornos de la personalidad?, ¿en qué beneficia el tratamiento al proceso de mejoría de los síntomas? Y en relación a los síntomas resistentes, ¿qué aportan los tratamientos en su resolución?, ¿Cómo y cuándo priorizar la intervención sobre unos u otros? Como sabemos, estamos en la infancia de la investigación de los trastornos de la personalidad en general y de su tratamiento en particular. Pero cabe pensar y tenemos datos que los tratamientos eficaces, facilitan una recuperación más rápida que la evolución natural (Perry, Banon, & Ianni 1999).

EL SELF DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVO ANALITICA.

Conceptualizamos el self en terapia cognitivo analítica desde un marco teórico que denominamos el modelo de los múltiples estados del self (en adelante MMES) (Ryle 1997). Desde el, se entiende el self como un self múltiple, que se manifiesta fenomenológicamente en diferentes estados mentales y que iremos describiendo a continuación.

El MMES está sustentado en los desarrollos de la psicología cognitiva, de la etología, la teoría del apego, las aportaciones psicoanalíticas de las relaciones objetales, los modelos interpersonales de la psicopatología, las investigaciones sobre



las relaciones bebe-madre, los estudios observacionales de la conducta infantil, y las aportaciones de la psicología social rusa.

El nombre asignado al modelo, lleva implícito algunas de las características conceptuales del mismo. Entendemos que la vivencia subjetiva de sí mismo que conceptualizamos como self, tiene un componente unitario vinculado al sentimiento de límites con respecto a lo que uno es y a lo que es el mundo exterior. Resulta útil para comprender esta vivencia subjetiva utilizar como analogía la desarrollada por Anzieu con el yo-piel (Anzieu & Zimmermann 1987); en que la piel es el límite corporal y el self es el sentimiento subjetivo de límite con respecto a lo que uno es. Si bien es cierto que este sentido de unicidad en la experiencia subjetiva de lo que uno es, representado por el concepto self, pudiera evocar una visión unitaria del mismo; el MMES va más allá de esta concepción unitaria y en su denominación aparecen múltiples estados del self manifestados como estados mentales. Entendemos que la experiencia subjetiva del self viene compuesta por diferentes manifestaciones afectivas, conductuales y comportamentales que el sujeto vive en un momento concreto como un estado subjetivo que denominamos estado mental. El self es, por lo tanto, el sumatorio de las experiencias subjetivas de los diferentes estados mentales en distintos momentos, registrados en la conciencia por la capacidad de auto observación de la que dispone el sujeto. Este sumatorio de diferentes estados mentales en función de su coherencia, integridad y adaptabilidad al entorno, puede constituir un self normal o patológico. Implícito en este planteamiento hay una visión ideográfica en el desarrollo del self y dimensional en cuanto a la consideración del mismo como un todo que puede oscilar entre la estructuración normal y la patológica, pasando por distintos gradientes de complejidad y de normalidad así como de integración, coherencia y adaptabilidad. Por otro lado, un concepto fundamental implícito en el modelo es una visión relacional en el proceso de construcción del self. El ser humano es un ser relacional y social. En este sentido, la unidad básica de análisis es una unidad relacional entre el self y el otro. Esta unidad relacional, aprendida en una experiencia emocional significativa e incorporada a los patrones de comportamiento del individuo, se encuentra en su interior, es introyectada y constituye una díada



relacional que en psicoterapia cognitivo-analítica denominamos patrón de roles recíprocos y que son similares a las díadas relacionales internalizadas de otros modelos (Yeomans, Clarkin, & Kernberg 2002).

Una díada relacional introyectada, hace referencia al aspecto básico de relación entre el self y el otro, que implica un proceso de internalización del aprendizaje relacional implícito y explícito del individuo con el otro con quien se relaciona. Este aprendizaje interpersonal se produce en las interacciones bebe-madre y bebe-otros significativos a lo largo del desarrollo del sujeto. Por lo tanto, una primera definición de self puede ser: la vivencia subjetiva de lo que uno es, expresión de un genotipo socializado. El self maduro, desde esta perspectiva, representa el resultado de un proceso evolutivo durante el cual un self genotípico, con una serie de características psicológicas heredadas, incluida la predisposición evolutiva a la ínter subjetividad, interactúa con los cuidadores en una cultura determinada y en ese proceso “internaliza” tal experiencia (Ryle & Kerr 2006).

Desde el punto de vista psico-evolutivo, la indefensión del bebe al nacer le hace a éste totalmente dependiente de una persona que lo cuide, habitualmente la madre, aunque no siempre. Esta dependencia crea un vínculo especial con la persona al cuidado del bebe, de tal forma que estos primeros patrones de relación, teorizados como patrones de apego, configuran la base relacional sobre la que posteriormente se va construyendo la personalidad. En los primeros intercambios, la figura al cuidado del bebe, debe de aprender a identificar lo antes posible los estados de necesidad y emocionales del bebe. El tener hambre, frío, sueño, son necesidades que han de ser identificadas para ser atendidas correctamente. De tal forma, que esta respuesta adecuada a las necesidades básicas está en la base de la configuración de díadas relacionales: bebe hambriento / madre nutricia, bebe irritado/madre apaciguadora. Esta configuración empática ideal, expresa la reciprocidad que requiere el cuidado correcto de un bebe en los primeros momentos. Posteriores situaciones relacionales configuran nuevos patrones interpersonales. La madre enfadada genera un niño asustado, el padre que castiga o maltrata en situaciones extremas, produce una



relación de indefensión o de victimización del niño. Son interacciones más complejas que las derivadas de la satisfacción de las necesidades básicas, pero armadas también desde un modelo de reciprocidad relacional, de tal forma que lo denominamos patrones relacionales recíprocos aprendidos. Mas adelante, a medida que el niño gana en complejidad cognitiva, las interacciones son aún más complejas y las habilidades meta cognitivas de “saber lo que piensa el otro”, son claves para la armonización y homeostasis de los procesos relacionales. Una evolución sana nos permite identificar adecuadamente lo que el otro siente y es un marcador para regular nuestra interacción con él/ella. Lo anterior implica reconocer que tanto desde el punto de vista conceptual como técnico, la terapia basada en la mentalización de Bateman y el modelo que presento, tienen paralelismos y diferencias, pero hay muchos solapamientos entre ambos (Bateman et al. 2007).

Otro aspecto distintivo del MMES es el concepto de multiplicidad del self. Este no es propiamente cognitivo analítico, la visión de el self como múltiple tiene unos antecedentes que quiero resaltar. El concepto de multiplicidad del self se origina en la década de los 50 con el trabajo de James, quien propone que hay una variedad de estados alternativos del self que son característicos de la normalidad y de las personalidades con un buen funcionamiento (James 1950). Mas recientemente se describe una concepción múltiple del self por parte de autores construccionistas (Gergen 1971), otros se refiere asimismo al self como una “comunidad de selfs” (Mair 1977), y Markus y Wurf en 1987, proponen el self multifacético (Markus & Wurf 1987); terminando Rowan en 1990 refiriéndose a la multiplicidad del self como la existencia de subpersonalidades (Rowan 1990). Todas estas teorías conceptualizan la identidad como constituida por múltiples self, y nos referimos a este modelo conceptual como polipsiquismo, pluralismo del self o multiplicidad (Rowan & Cooper 1998). Todas estas partes del self operan en el sistema de la personalidad de una manera mas o menos integrada, adaptativa, fluida, coherente y consistente. La concepción actual del self dialógico compuesto de un coro polifónico de voces (Hermans & Kempen 2004), es perfectamente acoplable al MMES y le dota de una gran riqueza teórica y sobre todo técnica.



Voy a continuar profundizando en la cuestión de la multiplicidad del self, y abordare la comprensión y clasificación de la multiplicidad, basándome en un modelo estructural y del desarrollo de los procesos del self (Ryle & Fawkes 2007), en el que se hace énfasis en el impacto formativo de las relaciones interpersonales tempranas.

Multiplicidad normal:

Los procesos del self están organizados por un -mayor o menor- sistema integrado de patrones de relación self-otro y mecanismos de autorregulación. Podríamos resumir diciendo que la multiplicidad es: el resultado estructural de la comunicación y las relaciones interpersonales entre un niño en desarrollo y los otros. Estos patrones de relación son descritos en psicoterapia cognitivo analítica como procedimientos recíprocos de rol. Se entiende por procedimiento, la combinación de secuencias de: percepción, conocimiento, afecto y acción dirigida a un fin; los procedimientos relacionales están vinculados con la necesidad de actuar de forma recíproca a los deseos y expectativas de los otros, o a la intención de provocar en el otro comportamientos recíprocos a nuestras necesidades. En este sentido, el termino procedimiento reciproco de rol es, por lo tanto, mas especifico que patrón relacional, implicando una interacción activa y comunicación con los otros (o con representaciones internalizadas de los otros), y permite ofrecer una comprensión de importancia capital para los psicoterapeutas. A lo largo del desarrollo individual adquiriremos un repertorio de estos patrones relacionales entendidos como procedimientos recíprocos de rol que van a ser aplicables a una variedad de personas y contextos, que es a lo que nos vamos a referir cuando lo denominamos ***multiplicidad contextual***. Los individuos pueden actuar los roles de cada uno de los polos de los procedimientos recíprocos de rol. Por ejemplo: un niño que ha sido obediente hacia una figura controladora, a su vez, aprenderá a ser controlador de otros que se muestran como obedientes y/o a buscar específicamente “otros” con quien relacionarse y que “jueguen” el baile relacional que el sujeto necesita. A medida que el niño va evolucionando y creciendo, se encuentra con personas que ofrecen



experiencias y significados, múltiples y en ocasiones contradictorios, de tal forma que se van adquiriendo procedimientos recíprocos de rol complejos e integrados. En la medida que la evolución es saludable e integrada, se realiza con una coherencia estructural y con la elaboración de una narrativa rica, coherente, flexible y con un resultado adaptativo para el sujeto. Esto es lo que podríamos considerar como una **multiplicidad de perspectivas**. Estos patrones de interacción aprendidos en la infancia, se solapan con las relaciones interpersonales con los otros que van sucediéndose a lo largo del aprendizaje interpersonal, configurando arquitecturas funcionales múltiples y complejas entre los diferentes procedimientos de rol. Por otro lado, la forma que tenemos de relacionarnos con el otro es isomórfica con los procedimientos de auto manejo. Lo que el otro hizo conmigo, yo lo puedo hacer con él, con otro o conmigo mismo. Los signos y el lenguaje que acompaña a la actividad interpersonal terminan convirtiéndose en las herramientas necesarias para la elaboración del pensamiento consciente y los procedimientos de regulación de la relación con el otro (los interesados en las aportaciones de la psicología social Rusa al modelo cognitivo analítico se les remite a lo publicado por Mikael Leiman).

En este proceso de aprendizaje de procedimientos relacionales en el contexto interpersonal, se movilizan meta procedimientos que permiten el ensamblaje adecuado de los procedimientos interpersonales básicos que han sido aprendidos en situaciones específicas. Esto es a lo que me refería antes con las arquitecturas funcionales múltiples y complejas entre los diferentes procedimientos de rol; el ensamblaje e interacción de procedimientos de un nivel inferior pueden implicar y/o ser accesibles a la reflexión consciente y a la posibilidad de la modificación de los mismos a través de la toma de conciencia de ellos y la “experimentación” en la relación terapéutica de nuevas formas de relación, que se convierten en nuevas opciones de aprendizaje de nuevos procedimientos relacionales, que implican nuevas homeostasis emocionales/relacionales en el individuo. Resulta fácil la analogía con los fenómenos de pruning y neogénesis de nuevas conexiones neurales, pero este es aún un campo balbuceante y que requiere de un mayor desarrollo para poder avanzar en esta dirección, pero al menos si señalarlo en este momento. Los nuevos patrones de



relación interpersonal y sistemas de regulación interpersonal, cognitivo y emocional, tienen una base biológica, que se sustenta en la plasticidad neuronal. Veremos que nos depara el futuro en esta línea argumental y de soporte biológico a las concepciones interpersonales y sociales.

Dentro del rango de procedimientos recíprocos de rol que pueden expresarse en los patrones de relación interpersonal con los otros, habitualmente es posible identificar aquellos roles que fueron originalmente generados en las interacciones bebe-cuidador. Los patrones interpersonales e intrapersonales son con frecuencia paralelos e isomórficos. Estos procedimientos interpersonales e intrapersonales, están mutuamente influenciados; por ejemplo, mucha de la actividad interpersonal es a su vez acompañada por un comentario interno, que con frecuencia representa la voz interiorizada de los padres o de otros sujetos que han actuado como cuidadores y que han supuesto para el sujeto una experiencia interpersonal cargada emocionalmente que ha influido en su proceso de aprendizaje y que se ha configurado con una escena, personajes y con una voz que da un mensaje específico. Es la voz de un rol, es la voz de otro interiorizado, lo podemos denominar ***multiplicidad polifónica***.

Multiplicidad anormal:

Nuestro trabajo en psicoterapia nos confronta con patrones disfuncionales duraderos del paciente y la psicoterapia interviene en la modificación de las distorsiones derivadas de las experiencias adversas producidas en el proceso de aprendizaje interpersonal de un sujeto. Estas experiencias pueden ser el origen de patrones recíprocos de rol negativos, como por ejemplo amenazador- asustado o rechazante-deprivado, los cuales pueden ser reactuados con otros, así como en las estrategias de auto manejo. Estos patrones disfuncionales de relación interpersonal pueden restringir la adquisición de otros nuevos. Estos, los patrones recíprocos de rol negativos aprendidos en experiencias interpersonales traumáticas, pueden ser repetidos, o pueden ser reemplazados por patrones recíprocos de rol defensivos,



relativamente disfuncionales, que pueden estar al servicio de evitar amenazas internas o externas que pueden ser generadoras de experiencias emocionales de miedo o rechazo. Estos procesos restrictivos y defensivos, dan como resultado sujetos con vidas restringidas, gobernadas por lo que denominamos la **multiplicidad disminuida**. Las experiencias traumáticas más extremas como la deprivación, la crueldad y la violencia, pueden provocar un miedo que el sujeto es incapaz de manejar o del que nunca ha sido capaz de hablar a lo largo de su infancia, llevando todo ello a la formación de un conjunto impresionante de estados mentales disociados. Esta disociación estructural de los procesos del self, es lo que representa la **multiplicidad patológica (disociativa)**.

Aun y con todo, muchos individuos, incluso aquellos con procedimientos recíprocos de rol disociados, son capaces de establecer percepciones adecuadas con respecto a su capacidad de reconocer y describir sus estados mentales (Bennett, Pollock, & Ryle 2005b). Esta capacidad sugiere de alguna forma un sentido de un self unitario y la presencia de una capacidad potencial de auto observación, que ejerce como un self supraordenado, un self auto observador, que comúnmente es expresado como memoria autobiográfica y que suele estar sustentado en el contexto familiar y social del individuo.

Estabilidad y cambio del sistema procedimental:

Tanto en el self en su totalidad como en la disociación patológica, las características constitutivas de los estados del self son relativamente rígidos, es precisamente esta rigidez de los procedimientos recíprocos de rol disfuncionales los que constituyen el mayor reto para los psicoterapeutas. En parte, esto refleja características temperamentales innatas y la formación precoz del repertorio de patrones relacionales de comportamiento, pero es importante tener en cuenta que las personas –como comentaba antes- habitualmente seleccionan a los demás, en función de que sean capaces de manifestar las conductas esperadas desde el punto de vista de la reciprocidad, o bien se relacionan con aquellas personas a las que pueden inducir a



que se comporten de la forma recíproca que el sujeto necesita. Los terapeutas deben entender esto desde el principio, en detalle, aplicado al paciente concreto con el que se están relacionando, de tal forma que eviten desarrollar comportamientos desde el rol de terapeuta que contribuyan a establecer un comportamiento recíproco con respecto al del paciente y de esta forma contribuir a reforzar los patrones recíprocos de rol disfuncionales. En el caso de estados del self disociados suele producirse una fuerte presión en los demás hasta conseguir que desarrollen conductas que sean recíprocas a las buscadas.

Por ejemplo, un paciente narcisista, puede intentar conseguir la admiración procedente de un terapeuta al que admira, reflejando un estado definido por el procedimiento recíproco de rol admirable-idealizado en relación a especial-admirado. En caso de que el terapeuta falle de alguna manera, puede producirse un cambio a otros patrones recíprocos de rol despectivo en relación a despreciado en el que el terapeuta es colocado en el último de los roles. En la medida que la vulnerabilidad emocional es equiparada a la debilidad del sujeto que siente despreciado, el paciente intentará mantenerse -bien en la realidad o en la fantasía- en el rol despectivo y ejercerá una mayor presión en el terapeuta para mantenerle en el papel de humillado, despreciado e inútil (Ryle 2007).

Tanto en su funcionamiento normal del self, como en el patológico, hay una cuestión relativa a diferenciar contenidos y estructura. Veremos a continuación como esto se manifiesta en lo relativo a dos temas. En primer lugar debe de ser elucidado como la multiplicidad y la disociación son concebidas en relación a la patología de la identidad y la maladaptación. La identidad está formada de dos aspectos: contenido y estructura. Los contenidos se refieren al conocimiento (quien soy yo) y de evaluación (como me siento yo sobre mí mismo) y de una serie de componentes. Las facetas específicas de la identidad que tienen características estructurales incluyen: complejidad del self, estabilidad, claridad, y diferenciación. Una personalidad integrada demuestra consistencia en el comportamiento, una experiencia interior con la sensación de continuidad a lo largo del tiempo, una capacidad de describirse a sí



mismo y una visión de los demás que son complejas, multifacéticas, implicando una comprensión de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los otros. La autodefinición viene indicada por una capacidad de delimitar y describir los rasgos de temperamento propio, los valores individuales, las convicciones morales, los hábitos y las virtudes desde una apreciación realista de las mismas (Kernberg 1985). El desarrollo normal de la personalidad se sustenta sobre la internalización de patrones recíprocos de rol positivos, que son empleados de manera apropiada de una forma coherente y flexible. Las características adversas del entorno, o experiencias negativas, como diferentes formas de abuso, parentazgo caótico, negligencia o inconsistencia, pueden tener un efecto lesivo sobre el desarrollo de un sentido integrado flexible y adaptativo de la identidad (Pollock 2001).

La disociación estructural del self, manifestada en pacientes como el borderline o el trastorno disociativo de identidad, implican dificultades en el proceso de desarrollo del self y disfunciones en una correcta organización estructural y en su funcionamiento adaptativo. Una explicación de esto se ha propuesto con el modelo teórico de los múltiples estados del self en términos de tres procesos vinculados que se describen a continuación (Ryle 1997):

Rigidez estructural: el paciente presenta patrones de relación interpersonal y de auto manejo que frecuentemente son extremos y rígidos y tienen la tendencia a provocar unas respuestas extremas similares en los otros. Estos patrones habitualmente surgen a raíz de experiencias de abuso y de negligencia en la infancia, que consisten en la repetición de lo que fue experimentado y que supone la repetición y la actuación de los procedimientos recíprocos de rol. Si la experiencia individual del sujeto de manera repetida ha reforzado estos patrones recíprocos de rol, estos influenciarán de manera persistente la actuación de las transacciones self-otro y self-self con una marcada restricción en la capacidad de flexibilidad de los RRP's. Por ejemplo, la díada abusador-victima (en la que cualquiera de los polos puede ser actuado por parte del individuo) o representando síntomas parcialmente o totalmente disociados, restringidos y extremos.



Disfunción en la regulación de nivel superior: la disociación parcial entre los diferentes procedimientos recíprocos de rol que se originan como un escape de las experiencias sobrecogedoras, producen una fractura en la estructura del self, en la que se establecen un número pequeño de patrones de comportamiento y son los que influyen de manera alternativa en la organización de la experiencia y de la acción. En este nivel, los patrones recíprocos de rol suelen estar organizados de una forma jerárquica. Con vistas a una acción efectiva, son organizados de una manera suave y apropiada en su empleo y la activación de los patrones recíprocos de rol en un contexto social determinado, son movilizados por metaprocedimientos de un nivel más elevado de complejidad. El fallo en desarrollar metaprocedimientos, lleva a una experiencia del self fragmentada y discontinua, en el que se pueden identificar dos o más estados discretos del self (self-states). Un estado del self, hace referencia a un patrón central y dominante de los procedimientos recíprocos de rol (por ejemplo controlador-rebelde) que es observable de forma repetida en un individuo concreto y en los patrones de actuación vinculados a su personalidad. Si la experiencia del individuo con respecto a sí mismo es extremadamente fragmentada y contradictoria como suele suceder en el trastorno borderline de la personalidad, las experiencias disociativas con frecuencia son o bien referidas a través del sujeto o bien referidas a través de fenómenos de discontinuidad en la memoria, conductas y afectos que cambian, y cambios que vienen a suceder entre estados del self diferentes y contradictorios. Los síntomas de disociación son comunes en estos casos incluyendo: lapsus de memoria, estados de fuga, desrealización y despersonalización.

No todos los niños expuestos al abuso y a la negligencia desarrollan un trastorno borderline de la personalidad, y parece razonable suponer que la vulnerabilidad genética juega una parte importante en esto, pero no hay evidencia empírica suficiente en el presente. Los cambios bruscos entre los diferentes estados, son abruptos y generadores de confusión y los mecanismos de provocación de los mismos con frecuencia no son ni evidentes ni apropiados.



Déficit en la capacidad autoreflexiva: como resultado de estos cambios bruscos y asimismo como consecuencia de la falta de preocupación recibida por los demás durante la infancia, la capacidad de autoreflexión esta pobremente desarrollada, con frecuencia esta perturbada en momentos en los que se necesita, especialmente cuando estos cambios generan procedimientos destructivos y disfuncionales (Ryle 2005). La experiencia y la emoción son confusas, perturbadoras y con frecuencia sin sentido. El individuo con frecuencia refiere experimentar de manera repetitiva y actuar también de forma repetitiva de una manera mal adaptativa, por ejemplo, mostrarse demandante y controlador en una relación íntima, vacilando entre una búsqueda desesperada de cuidado a través de las autolesiones, y posteriormente rechazando el cuidado cuando este es ofrecido. En este contexto, el sujeto no es capaz de comprender y de prevenir la recurrencia de este patrón relacional disfuncional.

Estos tres niveles no son mutuamente excluyentes y las dificultades son observadas de forma característica en los tres niveles, con mayor peso de la patología de la identidad en uno o más de los niveles.

Los múltiples estados del self y la disociación, ambas son características estructurales de la identidad, junto con sus contenidos, pueden ser establecidos como objetivos en la psicoterapia para la mejora de la integración de la personalidad y de la salud psicológica. En este sentido la psicoterapia pretende promover el desarrollo de estas capacidades, mejorando la integridad de la personalidad (Horevitz & Braun 1984). Esta concepción tiene consecuencias técnicas relevantes, en la medida que unas intervenciones irán dirigidas a la reestructuración de los contenidos, pero esto siempre tendrá sus limitaciones si hay deficiencias estructurales. Estas se han de subsanar con intervenciones que vayan dirigidas a reorganizar la estructura disfuncional de estados mentales disociados. Desde esta perspectiva, los déficits de mentalización son específicos de algunos estados o una deficiencia estructural general del sistema del self, lo cual a su vez tiene una importancia capital y debe ser discriminado pues las



técnicas de intervención no solo varían, sino que algunas pueden ser iatrogénicas (Fonagy & Bateman 2006).

Un desarrollo sano de la identidad, se acompaña de la ausencia de disociación estructural y del empleo suave, integrado y flexible de patrones recíprocos de rol en un rango de conductas socialmente apropiadas, con una experiencia acerca de si mismo continua y coherente. Las perturbaciones de la identidad en los trastornos de la personalidad, como por ejemplo aquellos que se presentan en el trastorno borderline de la personalidad, incluirán un numero discreto, y contradictorio de estados del self, en los que dominarán experiencias a cerca del sí mismo y de las transacciones con los otros (patrones recíprocos de rol como abusivo hacia abusado o idealizado hacia cuidado idealmente). Los otros serán inducidos a actuar de forma recíproca, reforzando y reproduciendo patrones de relación interpersonal dañinos y maladaptativos, de una forma que sea auto confirmadora a través de la identificación proyectiva en el que, por ejemplo, un terapeuta es acusado a actuar de una manera poco protectora y controladora, en un paciente que está en terapia y está deseando sentirse abandonado y tratado con negligencia. La disociación es evidente en el grado con el que las experiencias son referidas con mayores o menores discontinuidades. La amnesia entre estados del self es típicamente parcial o incompleta en el trastorno borderline de la personalidad y suele manifestarse de manera completa en el trastorno disociativo de la identidad. Por lo tanto, cabe inferir un continuo con respecto a la multiplicidad de la fragmentación en estados del self discretos y la disociación (amnesia entre los estados del self) en el modelo conceptual de los múltiples estados del self.

En este sentido es argumentable que el trastorno disociativo de la identidad es la variante más extrema del polipsiquismo y que se encuentra en el extremo del espectro o de la dimensión del pluralismo en la estructura del self. Las diferencias entre la dimensión de multiplicidad pueden ser consideradas como que oscilan en un rango en el que se incluye variabilidad, diversidad, heterogeneidad e inestabilidad



(polisiquismo) y que va hasta la invariabilidad, homogeneidad, unidad y estabilidad (monosiquismo) en lo relativo a la experiencia del self.

El extremo del espectro de lo que hemos venido hablando ocurre cuando un individuo demuestra una disociación severa y una amnesia completa entre los diferentes estados del self y llegan a manifestarse como “sub-personalidades” o “identidades” con un comportamiento autónomo. La fragmentación de la identidad es muy pronunciada y hay un compromiso de la capacidad auto reflexiva a través del establecimiento de barreras amnésicas. El trastorno disociativo de la identidad representa este extremo patológico del continuum entre multiplicidad y disociación. El paciente con un trastorno disociativo de identidad, existe en el extremo patológico de este espectro, en el que la diferencia es en el grado de personificación de los estados del self, la delusión de la separación literal de los estados del self y de la personalidad, los conflictos, y el grado de bloqueo de la información dentro del sistema (Pollock et al. 2001).

EL TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL MMES

Un marco conceptual como el MMES implica un replanteamiento de la psicopatología del trastorno límite de la personalidad y de otros trastornos. Pero a modo de ejemplo presento una ampliación de la revisión conceptual que sobre el TLP se realizó en su momento (Ryle 1997)

Las características específicas que se recogen en el DSM-IV como criterios diagnósticos del trastorno borderline, pueden ser entendidas con detalle en términos del modelo de los múltiples estados del self de la forma en que pasamos a describirlas a continuación.

1.- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de auto mutilación que se recogen en el Criterio 5.



La necesidad del "otro" para estabilizar una estructura incompleta, disociada, con ausencia de integración, se convierte en una búsqueda permanente y su ausencia provoca una gran ansiedad. El otro como andamiaje necesario para la armonización de una estructura débil, inestable y cambiante es vivido como una necesidad estructural.

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

Cambios en los polos activados, idealización o desprecio, contribuyen a explicar las alternancias y virajes entre la idealización y devaluación típicas que se producen en las relaciones con estos pacientes. El patrón idealización-idealizado presenta la búsqueda de un cuidado perfecto, desprovisto de cualquier malestar o sentimiento negativo, es el polo dicotómico polar que contrasta con el otro extremo de abusador-abusado estado del cual fue inicialmente disociado.

3. Alteración de la identidad: auto imagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

Esta es una manifestación de los virajes súbitos y transiciones bruscas entre los diferentes estados del self. La alternancia entre un número relativamente pequeño de diferentes roles o estados del self con sus características, son las que explican esta perturbación de la identidad y consideramos que esto es muy útil desde el punto de vista clínico.

4. Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria y atracones de comida).
Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de auto mutilación que se recogen en el Criterio 5.

En este criterio encontramos dos componentes, por un lado la impulsividad y por otro el desarrollo de conductas de riesgo. Si bien la impulsividad tiene componentes biológicos y de vulnerabilidad genética, los cambios bruscos de estado junto con la intolerancia a la frustración y el déficit de capacidad autoreflexiva explican una gran



parte de este comportamiento. Por otro lado, las estrategias de auto manejo, isomorfas con las de manejo interpersonal, explican las conductas tomadoras de riesgo como manifestación de las dificultades de estos pacientes en encontrar los límites adecuados en la relación con los otros y consigo mismos.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de auto mutilación.

Una comprensión exacta de este tipo de conductas en un individuo concreto, requiere de localizar y describir las mismas dentro de los procedimientos utilizados por los estados del self. Pueden representar por ejemplo la actuación de roles auto punitivos y abusadores hacia si mismo, un intento de escapar de episodios de quedarse con la mente en blanco y vacíos emocionalmente, una forma de reclamar un rol activo cuando el paciente se enfrenta a sentimientos de incapacidad o una forma de comunicación o control hacia los otros.

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez días).

La inestabilidad afectiva refleja los cambios inversiones de rol e interrupciones en las conexiones entre roles y estados del self, algunos de los cuales se manifiestan de manera extrema con estados afectivos contradictorios.

7. Sentimientos crónicos de vacío.

Los sentimientos de vacío crónico representan los efectos de una privación emocional temprana y no resuelta y los continuos sentimientos de inseguridad y de falta de sentido del self así como el fallo continuo de conseguir necesidades emocionales básicas debido a los procedimientos dañinos que utiliza el sujeto que son incapaces de satisfacer estas necesidades emocionales en el momento de relaciones interpersonales actuales.



8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante y peleas físicas recurrentes).

Esta experiencia emocional representa generalmente la movilización de un estado del self vinculado a la experiencia de impotencia y de haber sufrido abusos. En algunos momentos este estado puede tener la fuerza de la experiencia original llegando a poder manifestarse con sensaciones casi alucinatorias que sustituyen o reflejan recuerdos tan traumáticos. La hostilidad puede ser derivada del sentimiento de venganza del niño abusado, o puede reflejar la inversión de rol y la identificación con el rol de abusador.

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Estas pueden ser derivadas de la percepción del mundo en términos de patrones recíprocos de rol basados en experiencias tempranas de haber sido abusado o perseguido por otros. O bien en haber vivido la experiencia de otros de los que se dependía que atribuían motivos ocultos y dañinos a los demás, como forma de explicar sus fracasos o su baja autoestima. Los síntomas disociativos son la máxima expresión de los cambios de estado sin conciencia ni memoria de ellos, en la que la falta de integración e incapacidad de construcción de una narrativa coherente explica los comportamientos tan desconectados y en ocasiones somatizados.

LOS ESTADOS MENTALES, SU FENOMENOLOGIA Y SU UTILIDAD CLINICA.

Las varias díadas relacionales introyectadas, es decir, los roles recíprocos existentes en el repertorio del individuo, y los roles existentes en cada uno de los polos de las díadas, se manifiestan en un estado mental con una voz, identidad e historia específicas. Entiendo un estado mental como la actividad mental consciente, en un momento dado, resultado de la percepción e interpretación de los estímulos según los esquemas personales activados, vinculados a un rol, y que se manifiesta en la conducta del paciente. Por lo tanto y matizando aún más, un estado mental concreto es comprendido como una experiencia subjetiva que acompaña a un rol particular inter o



intrapersonal y este rol puede ser visto como la expresión explícita o implícita de la relación con su recíproco. A través de la descripción de este estado mental, con referencia al patrón recíproco de rol con el que está asociado es como desvelamos la estructura relacional implícita. La explicación de cómo ambos roles están relacionados, como se activan y como están provocados por una experiencia, permiten tanto al clínico como al paciente identificar esta estructura relacional implícita.

Con respecto a la descripción fenomenológica de los estados mentales hay variables que nos ayudan a categorizar los mismos: la forma de transición, la rigidez, la contextualidad y la adaptación. Los estados mentales y sus manifestaciones en los TP tienen una relación directa con las variables señaladas y su morfología en cada uno de los trastornos puede explicar parte de su psicopatología.

En primer lugar, los cambios de estados mentales que suceden en la normalidad o que suceden en la patología pueden verse descritos con claridad en la siguiente tabla.

	NORMAL	PATOLOGICO
ROLES	Amplios	Estrechos
EMOCION	Tolerable	Intensa
TRANSICION	Suave	Brusca
CONTEXTUAL	Siempre	A veces
FLEXIBILIDAD	Si	No



Los cambios de estado mental en un sujeto normal son adaptados al contexto, suaves, proporcionados, autorregulados, con capacidad auto reflexiva por parte del sujeto, limitados en el tiempo de manera razonable al contexto que lo desencadenó y flexibles. Las fluctuaciones de los estados mentales del sujeto normal son fundamentalmente adaptativos. Por otro lado, los cambios de estado mental en situaciones patológicas son bruscos, abruptos, desproporcionados, en ocasiones no se detectan factores ambientales que lo desencadenen, el sujeto no los controla, son demasiado intensos, acontextuales y perturban la capacidad adaptativa del sujeto y son marcadamente rígidos.

La flexibilidad que caracteriza a la normalidad, contribuye a definir los trastornos de personalidad por su ausencia. Los trastornos de la personalidad están caracterizados fundamentalmente por patrones de comportamiento rígidos y estables a lo largo del tiempo, mientras que la normalidad se vincula con la flexibilidad que a su vez, caracteriza también a la transición suave y sutil entre los diferentes estados mentales.

Según este planteamiento, los diferentes estados mentales que suceden en un sujeto normal tendrían la fenomenología mencionada anteriormente pero nos encontraríamos con el problema de comprender como los estados mentales y el modelo de los múltiples estados mentales, es aplicado a los diferentes trastornos de personalidad, pues, por lo que hemos venido viendo hasta ahora, la inestabilidad, los cambios bruscos entre estados y la tendencia a la disociación presentes en el trastorno borderline y en el trastorno de identidad, no ayudan a explicar la rigidez de los estados mentales múltiples en otros trastornos de personalidad.

En los pacientes con otros trastornos de la personalidad, existe un estado mental dominante vinculado a un rasgo, sea este: dependencia, control, miedo, o teatralidad. El estado mental dominante, se manifiesta de forma rígida y ensombrece el resto de los estados mentales que pueda tener el sujeto, de tal forma que los patrones de relación dependientes, u obsesivos, o evitativos que pueda tener un paciente con un trastorno de personalidad determinado, van a teñir con su dominancia



el resto de estados mentales que no van a manifestarse libremente y con la fluidez que hacen en el sujeto normal.

Si bien los trastornos de personalidad se caracterizan por la rigidez de los patrones de relación interpersonal, ¿cómo podríamos comprender entonces la inestabilidad emocional y los cambios bruscos de los estados mentales que suceden en el TLP? Lo que es rígido en el trastorno límite de la personalidad, es precisamente la tendencia persistente a presentar estados mentales cambiantes con tendencia a la desorganización y poca capacidad auto reflexiva. Lo que se convierte en rígido pues, es la tendencia a la inestabilidad, aunque esto pueda parecer una paradoja en la práctica clínica resulta evidente a todas luces.

La descripción de la arquitectura funcional de los patrones recíprocos de rol suponen generar la base explicativa sobre la que vincular las actuaciones interpersonales de los procedimientos de rol disfuncionales y su relación y paralelismo con los procedimientos de automanejo intrapersonal disfuncional. Por ejemplo, el patrón de rol recíproco, abusador-víctima, típico de los pacientes borderline, es muy manifiesto en la tendencia a percibir, provocar o aceptar el abuso de los demás, así como el hecho de abusar de los otros es una evidencia de la tendencia al abuso y así como a la negligencia hacia uno mismo.

Las conductas inconsistentes de los pacientes borderline pueden comprenderse mejor a través de los cambios de estado mental, que implica un cambio en el rol que se activa y estos pueden ser descritos de la siguiente forma:

a.- **inversiones de rol**, por ejemplo un paciente que está en el rol de víctima en relación con un abusador puede virar su comportamiento y manifestarse como abusivo.

b.- **cambios en la respuesta**, por ejemplo, un paciente que está experimentando una vivencia de víctima pasiva en relación a un otro abusivo, puede virar y manifestarse como activamente vengativo



c.- **cambios en el patrón de rol recíproco**, por ejemplo un paciente que está relacionándose en términos de idealización, puede reaccionar a una experiencia afectiva de enfado y consternación, cambiando al patrón de rol víctima-abusador.

Con la ayuda de estas descripciones, los clínicos atribuyen sentido a los cambios bruscos entre los estados, reconociendo estos cambios bruscos en el paciente, así como en los propios sentimientos del terapeuta y le sirve para estar muy alerta y prevenir el riesgo de actuar de forma recíproca ante los procedimientos destructivos del paciente. En este sentido, las respuestas de los profesionales si no reproducen los patrones que inducen los pacientes, pueden resultar reparadoras en vez de reactivas a las presiones ejercidas por las conductas del paciente. Estas descripciones ayudan al paciente a ser más capaz de una actitud auto reflexiva más continua (Bennett, Pollock, & Ryle 2005a).

METODOLOGÍA DE EVALUACION:

Los estados mentales se manifiestan en la entrevista clínica a través de: cambio en el tono emocional, voces diferentes, que son las que conforman los mensajes de un estado, modificaciones en el terreno no verbal, y sistemáticas repercusiones en la diada transferencia-contratransferencia. Es en la relación terapéutica, donde el terapeuta mejor identifica los giros emocionales derivados de las fluctuaciones y cambios en los estados mentales.

Desde un punto de vista de entrevista clínica, los estados mentales se exploran focalizando en ellos a través de una serie de preguntas que facilitan su detección y descripción: ¿cómo te sientes hacia los otros cuando te encuentras en este estado?, ¿cómo te sientes dentro de ti?, ¿cómo crees que otros se sienten acerca de ti?, ¿cómo te evalúas a ti mismo en este estado?, ¿qué sensaciones corporales acompañan a este estado?, ¿qué es lo que sueles tender a hacer en este estado?, ¿qué es lo que sueles intentar evitar cuando estas en este estado?, ¿qué es lo que me reconforma a mí mismo en este estado?, ¿cómo consigues salir de este estado?.



En este sentido, el terapeuta debe de estar también atento a las oscilaciones de los estados mentales, tanto del paciente como de los suyos propios. En relación al paciente, deberá de prestar atención a las manifestaciones no verbales, al discurso del paciente, y a las manifestaciones emocionales que dejan ver el estado mental en el que está el paciente y los cambios que se producen en él cuando cambia a otro estado mental. Esto, a su vez, va acompañado de repercusiones en la reacción emocional del terapeuta, en el propio estado mental del terapeuta y en el foco de atención que éste mantiene. Hay a su vez una provocación de pensamientos, emociones y fantasías que acuden a la mente del terapeuta, y una repercusión en lo que el terapeuta siente y cree que debe de hacer en relación al paciente.

Con pacientes graves, es frecuente que aparezca en el terapeuta una sensación de confusión ante tantos cambios súbitos en el estado mental del paciente. La deficiencia en la capacidad auto reflexiva del paciente, la falta de integración y modulación de los cambios en los estados mentales, son manifestación de la falta de integración de la personalidad del paciente y repercuten en la relación terapéutica, de tal forma inducen en éste un estado emocional confusional, en el que el terapeuta con frecuencia no sabe muy bien a qué atenerse, no identifica con claridad lo que está sucediendo y se reproduce en la relación terapéutica la sensación de confusión y la de falta de integridad que el propio paciente tiene. En este momento no es adecuado realizar intervenciones dirigidas a la descripción de contenidos de algunos de los estados mentales del paciente, en este momento se deben de realizar intervenciones que contribuyan a la identificación de los cambios de estado súbitos, como forma de facilitar el proceso de auto observación del paciente, el desarrollo de una mayor capacidad de autocontrol que abrirá la puerta al abordaje de los contenidos. El procedimiento adecuado para el trabajo psicoterapéutico con este tipo de pacientes graves y con déficits en la capacidad autoreflexiva implica una secuenciación en el abordaje. El reconocimiento de los múltiples estados del self, su mapeo y discriminación es el paso inicial, que abre camino a su contextualización y estrategias de control. Sólo cuando esto es posible, se posibilita explicitar el polo de la díada que se ha activado, su relación con otro estado mental "recíproco" y la díada implícita en



ese otro estado. Posteriormente describiremos la relación entre ambos polos y la relación dialéctica entre ambos, sus manifestaciones en el aquí y ahora de la relación terapéutica y en la vida cotidiana del paciente, vinculándolo con los patrones disfuncionales originados antaño.

Desde el punto de vista práctico, y como ayuda a este proceso de identificación de estados cambiantes, utilizamos en psicoterapia cognitivo analítica una metodología de evaluación propia, que facilita el proceso y que describo a continuación.

- **EL CUESTIONARIO DE ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD**

En 1995 Ryle propuso la posibilidad de desarrollar una medida psicométrica para evaluar el componente disociativo de personalidad, que sin lugar a dudas tiene un valor clínico muy significativo a la hora de estimar el grado de integración de la personalidad. Esto fue lo que llevó a iniciar la construcción por Broadbent de un cuestionario que se llamó “medida de integración” y que posteriormente ha sido denominado PSQ (Personality Structure Questionnaire) (Pollock, Broadbent, Clarke, Dorrian, & Ryle 2001). Los ítems que se generaron para la evaluación de la capacidad de integración de la personalidad, intentaron cubrir aquellos aspectos no incluidos en las características del trastorno borderline que figuran como criterios diagnósticos del DSM-IV. El modelo conceptual de los múltiples estados del self se refiere a las perturbaciones de la identidad, más que a criterios incluidos en el DSM-IV como autolesiones, agresión impulsiva,... etc.

Los ítems incluidos en el cuestionario PSQ son 8 con 2 probabilidades que incluyo a continuación y que adjunto en su totalidad en el anexo 1.



1	El sentido de mi mismo es siempre igual.	Mi forma de actuar y sentir cambian constantemente
2	Las personas de mi entorno me ven siempre de la misma manera	Las personas de mi entorno me ven de formas distintas, como si no fuera la misma persona
3	Tengo una imagen de mi mismo estable y que no cambia.	Soy tan diferente en distintas ocasiones que me pregunto quién soy realmente
4	No tengo la sensación de partes opuestas en mi mismo.	Me siento dividido entre dos (o más) formas de ser, claramente diferenciadas unas de otras
5	Mi estado de ánimo y sentido de mí	Mi estado de ánimo puede cambiar



	mismo, raramente cambian de forma brusca.	bruscamente de forma que me hace sentir irreal o fuera de control
6	Mis cambios de humor siempre son comprensibles	Con frecuencia estoy confundido por mis cambios de humor, que parecen o no provocados o desproporcionados en relación a la causa que los provoco.
7	Nunca pierdo el control	Entro en estados en los que pierdo el control y me hago daño a mí mismo/o a los demás
8	Nunca me arrepiento de lo que he hecho o dicho	Entro en estados en los que hago o digo cosas, de las que después me arrepiento profundamente

El extremo patológico de los ítems que es la columna de la derecha, son indicativos de un sentido inestable del self, variaciones en la experiencia subjetiva, y la presencia de diferentes estados del self (ítems 1 a 4), inestabilidad afectiva (ítems 5 a 6) y pérdida de control conductual (ítems 7 a 8).

Los pacientes con puntuaciones por encima de 28 son sujetos con una inestabilidad del self, de su auto imagen, de sus emociones y de su capacidad de control conductual. En ellos, es de especial utilidad profundizar en la exploración con el cuestionario que presento a continuación.

- **EL PROCEDIMIENTO DE DESCRIPCIÓN DE ESTADOS**

Este procedimiento (Bennett, Pollock, & Ryle 2005; Ryle 2007) ha sido diseñado para el uso con pacientes que, como he descrito anteriormente, presentan cambios recurrentes y reconocibles de sus estados mentales, y que vienen caracterizados todos ellos por: afectos, conductas, narrativa asociada, un sentido específico del self y de los otros particular para cada uno de los estados. En la práctica estos pacientes a los que



aplicar el procedimiento para la descripción de estados pueden ser identificados por el diagnóstico de BPD (u otro diagnóstico del cluster B) así como puntuaciones del PSQ superiores a 28. Una vez que los pacientes comprenden y aceptan la idea de que sus experiencias pueden ser comprendidas en términos de cambios entre diferentes estados mentales (y muchos de ellos se sienten muy aliviados al hacer esto), se les entrega el SDP para profundizar en el o bien por si mismos y habitualmente con asistencia del terapeuta.

El SDP incluido en el apéndice 2 tiene dos partes que son las siguientes:

Parte I: los pacientes que responden a esta parte se les invita a que identifiquen que estados mentales de los descritos son los que experimentan y se les anima a que modifiquen el título de los mismos, ampliando o añadiendo aquello que se adapte mejor a sus experiencias. La justificación teórica de esto es que resulta más fácil en general reconocer una descripción, que generar una. En la práctica, no hay ninguna razón por la que tanto los pacientes como los clínicos no puedan añadir nuevas descripciones o estados adicionales en la lista.

Parte II: esta parte debe de ser cumplimentada describiendo antecedentes y consecuentes tal y como figura en el cuestionario para cada uno de los estados reconocidos. Las respuestas a ambas partes de este procedimiento se utilizan para elaborar una lista de estados con cada una de las características que describen a cada uno de ellos en la parte II. Con el trabajo realizado en las sesiones, así como en las tareas para casa, los pacientes aprenden a reconocer sus estados y es posible identificar sus antecedentes y consecuentes. Las descripciones más útiles derivadas del SDP, implican un escalón más en la identificación de los patrones recíprocos de rol de los que los estados mentales son manifestaciones.

El apoyo empírico para este modelo se obtuvo a raíz del estudio con la técnica de la rejilla en 20 pacientes con trastornos límite de la personalidad en el que se evaluaron y puntuaron sus estados mentales contradictorios (Ryle & Golynkina 2000) el número de pacientes en esta muestra fueron propensos a experimentar los



siguientes estados mentales: idealizado (17), rabia del abusador (14), víctima (13), afrontamiento (11), zombi (8) y rabia de víctima (5).

Los pacientes rara vez eran conscientes de sus estados, y algunos con frecuencia por miedo de ser tachados como locos se presentaban a si mismos en un estado, o bien de afrontamiento, o bien de mente en blanco, o emocionalmente bloqueados.

Adicionalmente los clínicos suelen tener una falta de claridad conceptual y desconocimiento sobre los estados disociados, y es frecuente que no perciban la evidencia de los mismos. Esto se refleja en la forma en que es realizado el diagnóstico, en el que frecuentemente se basa en un chequeo de listas de síntomas, de rasgos, o conductas, con ausencia de consideración de los fundamentos teóricos que justifican estas alternancias y discontinuidades en los estados mentales (Bennett, Pollock, & Ryle 2005).

APLICACIONES CLINICAS

Brevemente haré mención de algunos ejemplos de utilización clínica de todo lo que he venido exponiendo a lo largo de este artículo. Cuestiones de espacio me hacen ser conciso, y versiones más extensas serán publicadas en otros lugares.

- **EN PSICOTERAPIA**

La PCA es ante todo una psicoterapia relacional y el foco en los patrones relacionales es clave y forma parte fundamental de la dirección de las intervenciones. Estos, los patrones de relación, hay que: identificarlos, señalarlos, describirlos, acordarlos, sintetizarlos, representarlos, monitorizarlos, utilizarlos como foco, modificarlos y generalizarlos. Cada estado mental, lleva implícito un patrón relacional y su relación con el recíproco. Solo una descripción detallada, permite una intervención ajustada.



Por otro lado y como hemos visto a lo largo del artículo, prestar una atención persistente a la identificación de la totalidad de los múltiples estados del self, y de los cambios entre los estados, así como la evitación de respuestas colusivas, contribuirá a que el paciente consiga una auto monitorización continua y más ajustada facilitando el proceso de una mayor integración personal.

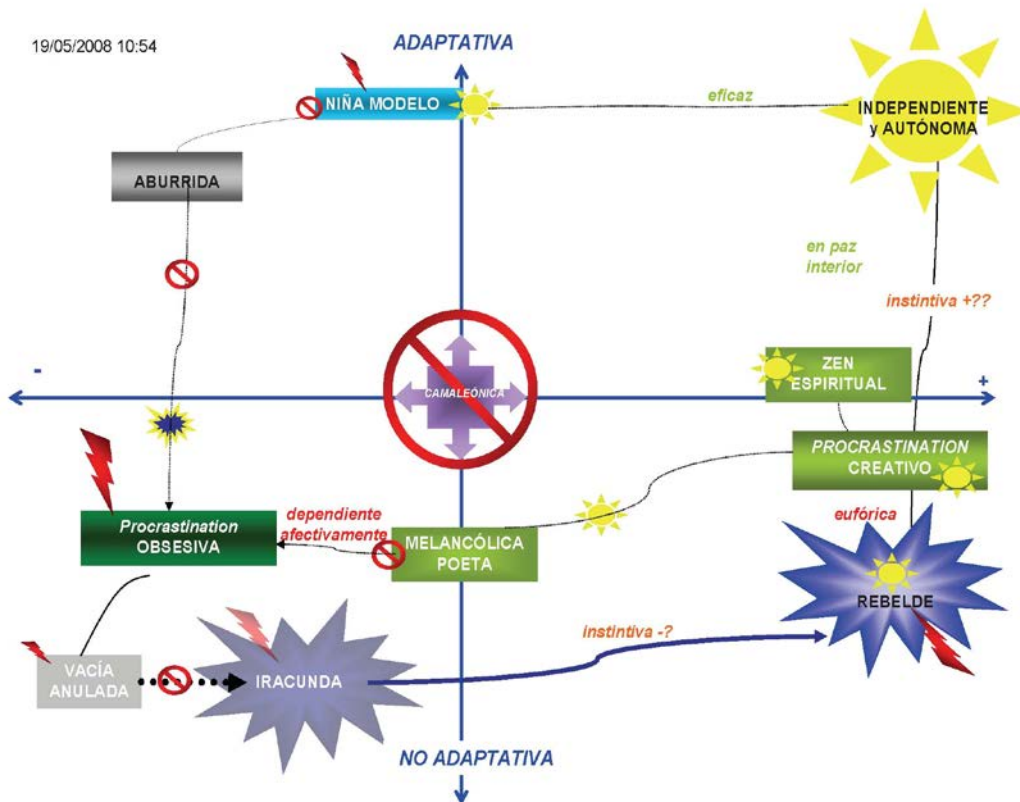
En los pacientes borderline, se recomienda prestar una atención especial a los estados de víctima, rabia, abuso y venganza. Estos estados son los mas frecuentes y claramente distinguibles a consecuencia de sus características, todos ellos suelen ser provocados por lo que otros hacen o dicen o bien por lo que no hacen o no dicen y todos ellos a su vez terminan o bien con autolesiones o bien buscando la compañía y hablar con un amigo. La provocación de estos estados por la percepción de otros como figuras amenazantes o abusivas, es muy frecuente que ocurra en el contexto clínico, y reclama por parte de los terapeutas y del equipo clínico una identificación de estos patrones y la evitación de actitudes colusivas (Ryle & Kerr 2006).

- **LA REPRESENTACIÓN CIRCUNFLEJA DE LOS ESTADOS MENTALES**

No todos los estados mentales son similares y una forma de ayudar al paciente a diferenciarlos, describirlos y representarlos es usar un modelo inspirado en el modelo circunflejo de los afectos (POSNER, RUSSELL, & PETERSON 2005) y en el que en dos ejes, se establecen 4 cuadrantes con las siguientes características. Hay un eje vertical de valencia emocional relativa a la cualidad afectiva del estado mental, esta puede ser positiva o negativa. En el eje horizontal, se representa la eficacia adaptativa en términos de útil o inútil. Por lo tanto podremos representar los estados mentales en función de su valencia emocional y su eficacia adaptativa en cuatro cuadrantes: positivo / adaptativo, positivo / desadaptativo; negativo / adaptativo y negativo / desadaptativo. Este sistema de mapeo de los estados mentales permite una descripción grafica de los mismos y una clasificación cualitativa que tiene repercusiones clínicas. En primer lugar y ante la gravedad de estos pacientes nos parece muy importante identificar el estado OK u otros estados presentes con



valencias positivas y adaptativas. Al fin y al cabo, la terapia va dirigida a minimizar la presencia de estados disfuncionales y dolorosos y sustituirlos por estados positivos y adaptativos. Este sistema de representación ortogonal, permite ir representando en sucesivas construcciones, la evolución de los estados iniciales y la aparición de otros nuevos, la minimización o desaparición de los disfuncionales y le dota al paciente de una herramienta práctica para identificar en cada momento su estado, las implicaciones del mismo y las alternativas posibles. Por otro lado, este sistema implica una posibilidad inmediata de vincular los diferentes estados y la relación entre ellos. Valga a modo de ejemplo el diagrama que presento de un caso en tratamiento activo en este momento y que fue realizado en la segunda sesión de psicoterapia de una paciente borderline, con una problemática nuclear de "identidad camaleónica" como ella sitúa de forma central en la intersección de los ejes.



En el diagrama la paciente asigna nombres inventados por ella a sus propios estados mentales y establece una primera tentativa de conexión entre los diferentes estados. La experiencia de “reconocerse” de esta forma tan sintética y grafica fue de un gran valor terapéutico por ser la primera vez que daba sentido a la experiencia crónica de identidad cambiante.

- **PSICOPEDAGOGÍA INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

Por otro lado, y tras la experiencia desarrollada en nuestra unidad de trastornos de personalidad, el modelo de los múltiples estados del self y el procedimiento para la detección de estados, es utilizable en un modelo psicopedagógico de los trastornos de personalidad, y del trastorno límite en particular (Mirapeix 2006).

El abordaje psicopedagógico que utilizamos, también abarca la formación y entrenamiento de la familia en la identificación de patrones de relación interpersonal y en la evitación de comportamientos colusivos, facilitando el proceso de regulación homeostática dentro de la familia identificando los diferentes roles y contra roles que pueden activarse.

- **ENTRENAMIENTO EN MATERNAJE EN PACIENTES CON TLP**

Por último y desde nuestra experiencia clínica, el modelos de los múltiples estados del self, de la evitación de respuestas colusivas, y de la facilitación de patrones de relación que eviten el viraje a conductas abusivas ante la frustración, el entrenamiento en la identificación del estado mental del bebe y la reciprocación correcta de sus necesidades, la continuidad y coherencia de los cuidados, son de especial utilidad en la formación de mujeres con trastorno límite de la personalidad que han sido madres, facilitando un proceso psicoeducativo y de mejora del maternaje con respecto a la educación de los bebes. En este sentido, este modelo no solo tendría una finalidad psicopedagógica, sino también preventiva en la medida que a priori intervenimos en evitar posibles malos tratos del bebe y el desarrollo de futuros problemas de personalidad por deficiencias en la crianza.



- **REFORMULACIÓN CONTEXTUAL**

Los equipos clínicos, y los terapeutas fundamentalmente, requieren un nivel de comprensión y habilidades clínicas para establecer y mantener la alianza terapéutica con este tipo de pacientes. La representación diagramática tanto de las dinámicas institucionales del manejo interpersonal que realiza el paciente, no sólo con el terapeuta sino también con los diferentes miembros del equipo terapéutico, es de gran utilidad en la comprensión y manejo del caso de forma coherente y homogénea por todos los miembros del equipo. Esto permitirá una planificación del manejo del caso, ajustado a los problemas específicos del paciente y a los procedimientos de rol disfuncionales que presente. Este método, permite alertar al equipo del rango de los problemas relacionales individuales del paciente, así como de la alternancia en sus estados mentales, así como el tipo específico de presiones y demandas que cabe esperar de un paciente concreto. Esto va a permitir prevenir y evitar respuestas anti terapéuticas y colusivas, de tal forma, que el tratamiento -no solo individual- sino el manejo institucional realizado por parte del personal va a poder ser más focalizado, homogéneo, y compartido por los distintos miembros del equipo. Esta forma de comprensión de las dificultades relacionales del paciente, reduce la confusión del personal, los mensajes contradictorios, y permite y provee de una base teórico-técnica más sólida y satisfactoria, que va a permitir un trabajo profesional más exitoso y coordinado.

Agradezco las aportaciones de la Dra Maite Uriszar-Aldaca y de la Dra Concepción Hernando en la elaboración de este artículo.



References

- Anzieu, D. & Zimmermann, S. V. 1987, *El yo-piel* Biblioteca Nueva.
- Bateman, A. W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I. B. 2007, "Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared", *Int.Rev.Psychiatry*, vol. 19, no. 1, pp. 51-62.
- Bennett, D., Pollock, P., & Ryle, A. 2005, "The States Description Procedure: the use of guided self-reflection in the case formulation of patients with Borderline Personality Disorder", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, vol. 12, no. 1, pp. 50-57.
- Clarke, S. & Pearson, C. 2000, "Personal constructs of male survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy", *British Journal of Medical Psychology*, vol. 73, no. 2, pp. 169-177.
- DARE, C., EISLER, I., RUSSELL, G., TREASURE, J., & DODGE, L. I. Z. 2001, "Psychological therapies for adults with anorexia nervosa Randomised controlled trial of out-patient treatments", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 178, no. 3, pp. 216-221.
- Feixas, G. & Miró, M. T. 1995, *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos* Paidós.
- Fiorini, H. J. 1985, *Teoría y técnica de psicoterapias* Nueva Visión.
- Fonagy, P. & Bateman, A. 2006, "Progress in the treatment of borderline personality disorder", *Br.J.Psychiatry*, vol. 188, pp. 1-3.
- Freedheim, D. K. 1992, *History of psychotherapy a century of change* American Psychological Association, Washington, D.C.
- Gergen, K. J. 1971, *The concept of self* Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Hermans, H. J. M. & Kempen, H. J. G. 2004, "The Dialogical Self", *The Dialogical Self in Psychotherapy*.
- Horevitz, R. P. & Braun, B. G. 1984, "Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases", *Psychiatr Clin North Am*, vol. 7, no. 1, pp. 69-87.
- James, W. 1950, *The principles of psychology*, Authorized ed edn, Cambridge, Mass.



Kernberg, O. F. 1985, *Internal world and external reality* J. Aronson Northvale, NJ.

Mair, J. i. B. D. 1977, "The community of self. in: *New perspectives in personal construct theory*," Academic Press, London.

Margison, F. 2000, "Cognitive analytic therapy: a case study in treatment development", *Br J Med Psychol*, vol. 73, no. Pt 2, pp. 145-150.

Markus, H. & Wurf, E. 1987, "The dynamic self-concept: a social psychological perspective", *Annual Review of Psychology*, vol. 38, pp. 299-337.

Mirapeix, C. 2007, "El tratamiento psicoterapeutico.," in *Psiquiatria en Atencion Primaria*, J. Vazquez-Barquero, ed., Grupo Aula Medica..

Mirapeix, C. 2004, "Psicoterapia cognitivo-analítica. Un modelo integrador de intervención", <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000310&a=Psicoterapia-cognitivo-analitica-Un-modelo-integrado-de-intervencion>.

Mirapeix, C. 2003, "Psicoterapia Cognitivo Analítica," in *Psicoterapias Cognitivas*, I. Caro, ed., Paidós.

Mirapeix, C. *Aplicación y respuesta multiaxial de la terapia cognitivo-analítica*. XVII REUNIÓN de la Sociedad de Psiquiatria de la Comunidad Valenciana. Abril . 2008. Ref Type: Abstract

Mirapeix, C. *Description and evaluation of a psycho-educational group in BPD*. II International CAT Conference. 15-17 June 2006. National University of Ireland. Maynooth. 2006. Ref Type: Abstract

Mirapeix, C., Urízar-Aldaca, M., Landin, S., & Nieto, A. *Tratamiento multicomponente, de orientación cognitivo analítica del TLP*. Revista electronica: *Psiquiatria.com* 10-1. Marzo. 2006. Ref Type: Electronic Citation

Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. 1999, "Effectiveness of psychotherapy for personality disorders", *Am.J.Psychiatry*, vol. 156, no. 9, pp. 1312-1321.

Pollock, P. H. 2001, *Cognitive analytic therapy for adult survivors of childhood abuse*. Wiley.

Pollock, P. H., Broadbent, M., Clarke, S., Dorrian, A., & Ryle, A. 2001, "The Personality Structure Questionnaire (PSQ): A measure of the multiple self-states model of identity



confusion in cognitive analytic therapy", CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY, vol. 8, pp. 59-72.

POSNER, J., RUSSELL, J. A., & PETERSON, B. S. 2005, "The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology", Development and Psychopathology, vol. 17, no. 03, pp. 715-734.

Rowan, J. 1990, Subpersonalities the people inside us Routledge, London.

Rowan, J. & Cooper, M. 1998, The plural self: Multiplicity in everyday life Sage.London.

Ryle, A. 1997, Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder Wiley.

Ryle, A. 2007, "Investigating the phenomenology of Borderline Personality Disorder with the States Description Procedure: clinical implications", CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY, vol. 14, no. 5, p. 329.

Ryle, A. 2004, "The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder", J.Personal.Disord., vol. 18, no. 1, pp. 3-35.

Ryle, A. & Fawkes, L. 2007, "Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy", J Clin Psychol, vol. 63, no. 2, pp. 165-174.

Ryle, A. & Golyunkina, K. 2000, "Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome", Br.J.Med.Psychol., vol. 73 (Pt 2), pp. 197-210.

Ryle, A. & Kerr, I. 2006, Introduccion a la Psicoterapia cognitivo analitica Desclee de Brouwer (en prensa).

Sandford, J., Sheard, T., Slinn, R., Evans, J., Sunder, K., Cash, D., Hicks, J., King, A., Morgan, N., & Nereli, B. 2000, "A CAT-derived one to three session intervention for repeated deliberate self-harm: A description of the model and initial experience of trainee psychiatrists in using it", British Journal of Medical Psychology, vol. 73, no. 2, pp. 179-196.

Walsh, S., Hagan, T., & Gamsu, D. 2000, "Rescuer and rescued: Applying a cognitive analytic perspective to explore the mis-management of asthma", British Journal of Medical Psychology, vol. 73, pp. 151-168.



Wildgoose, A., Clarke, S., & Waller, G. 2001, "Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: A pilot study of the impact of cognitive analytic therapy", Br.J.Med.Psychol., vol. 74 Part 1, pp. 47-55.

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. 2002, A primer on transference-focused psychotherapy for the borderline patient Jason Aronson, Northvale, N.J.

Zanarini, M., Frances, R. F., Reich, D. B., & Kenneth, R. S. 2007, "The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study", The American Journal of Psychiatry, vol. 164, no. 6, p. 929.

C. Mirapeix

