

**APORTACIONES SISTÉMICAS A UNA CONCEPCIÓN INTEGRADA DE
ORIENTACIÓN COGNITIVO ANALÍTICA EXTENSA APLICADA EN LOS
ADOLESCENTES**

**SYSTEMIC CONTRIBUTIONS TO AN INTEGRATED CONCEPTION OF EXTENSIVE
ANALYTICAL COGNITIVE ORIENTATION APPLIED ON ADOLESCENTS**

Carla M^a Cabrejas Sánchez¹, Carlos Mirapeix², Paula San Juan Gutiérrez³

Resumen

Desde Fundipp se llevan a cabo programas con el adolescente y su familia debido a que esta es una etapa del desarrollo fundamental para el desarrollo de la identidad. Y a la necesidad de contar con la familia para garantizar el cambio profundo y duradero en el adolescente.

Se parte de tres principios o bases: una *base intrapersonal o intrapsíquica* compuesta por una multiplicidad del self, donde existe un nivel supraordenado, la capacidad de mentalización, que da sentido coherencia e integridad a dicha multiplicidad del self; otra *base interpersonal* en la que la circularidad entre los miembros del sistema influyen los unos en los otros, actuando como un todo que es más que la suma de sus partes; y por último una *base de retroalimentación* de las bases anteriores, donde la base intrapersonal influye en la *interpersonal* y *viceversa*.

Palabras clave: *adolescencia, mentalización, self múltiple, self dialógico, cognitivo-analítico*

Abstract

From Fundipp programs are carried out with the adolescent and his family because this is a stage of fundamental development for the development of identity. And the need to count on the family to guarantee deep and lasting change in the adolescent.

It is based on three principles or bases: an intrapersonal or intrapsychic base composed of a multiplicity of the self, where there is a superordinate level, the capacity for mentalization, which gives sense, coherence and integrity sense to said multiplicity of the self; another interpersonal basis in which the circularity between the members of the system influence one another, acting as a whole that is more than the sum of its parts; and finally a base of feedback from the previous bases, where the intrapersonal basis influences the interpersonal and vice versa.

Key Words: *adolescence, mentalization, multiple self, dialogic self, cognitive-analytical*

¹ Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad. Fundipp.

carlacabrejas@gmail.com

² c.mirapeix@fundipp.org

³ paulasanjuangutierrez@gmail.com

"In the beginning (and in the perpetuity) is the relation (and social location)"
(Martin Buber, "I and thou" 1958)

1. Revisión conceptual

Este trabajo pretende aunar concepciones que, aunque en un principio parecen antagónicas, parten de la misma base y que a nuestro entender, están muy relacionadas. Se fundamenta en una psicoterapia relacional, en el constructivismo y en el construccionismo social, así como en la teoría de Vygostky y en las aportaciones Berta Vall (2013) acerca del enfoque dialógico y relacional.

A continuación, se van a desgranar los principales focos teóricos de los que se parte.

1.1. El adolescente y su familia

La adolescencia no existe independientemente de un contexto social definido (Fishman, 2011). Según sostiene Michael Rutter, la idea misma de la adolescencia es una creación de las fuerzas psicosociales operantes en una época dada. La adolescencia ha aparecido para satisfacer una necesidad. Es una creación de las fuerzas sociales que operan en nuestra cultura y no se la puede considerar separadamente de su contexto social. Por lo que se debe intervenir teniendo en cuenta este contexto.

La intervención terapéutica social más eficaz para tratar a los adolescentes es la terapia familiar. De todo el contexto multifacético que incide sobre el adolescente (familia, iguales, colegio, ídolos, cultura), la terapia ecológica debe empezar con el elemento fundamental, la familia. La familia es el medio social del que emergió el adolescente, es fuente de sus relaciones más duraderas y de su primer sustento económico. Además, la familia es a menudo la que tiene más recursos con los cuales producir cambios (Fishman, 2011).

La terapia familiar es un enfoque que transforma las pautas interactivas disfuncionales entre individuos y fuerzas sociales significativas en la vida de una persona. Concebir las relaciones causales como un fenómeno circular, la incorporación de las personas significativas, trabajar con todas las fuerzas sociales que mantienen la conducta del paciente incluyendo la propiedad del self múltiple y dialógico en función de cada contexto hacen que estas intervenciones tengan mucho potencial (Fishman, 2011).

Diversos estudios también destacan la relación entre el contexto familiar y experiencias tempranas de la infancia (traumas, negligencia en cuidados o patología previa de los progenitores) y el desarrollo posterior de una enfermedad mental (Linares, 2007). Desde una perspectiva sistémica se entiende que la familia juega un importante papel no solo en el proceso generador de la enfermedad, sino también en el proceso de rehabilitación (Olabarría, 2009). Se ha constatado que el trabajo terapéutico con las familias influye en un mejor pronóstico de la enfermedad mental y además previene la aparición de trastornos adicionales en los familiares (Gunderson, 2002).

La terapia familiar es eficaz en el tratamiento de adolescentes con problemas (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). Estudios adicionales han mostrado que, en comparación con otras formas de tratamiento, la terapia familiar tiene una eficacia igual o superior (Goldenberg y Goldenberg, 1985).

La emergente terapia familiar basada en la mentalización es un innovador acercamiento y un modelo distintivo que es sistémico en esencia, derivado de sus ideas y prácticas, que enriquece el trabajo familiar añadiendo los ingredientes de la mentalización. Así mismo, el empleo de una lente

mentalizadora al llevar a cabo el trabajo sistémico tiene el potencial de enriquecer la práctica (Asen, 2012).

Mentalización (Fonagy et al. 1991) hace referencia a la actitud y las competencias necesarias para comprender estados mentales (tanto propios como ajenos) y sus conexiones con sentimientos y conductas. El carácter repetitivo de este proceso –la interconexión de los estados mentales y la forma en la que constantemente se influyen mentalmente- parece que se integra en un enfoque sistémico.

La práctica sistémica ha sufrido muchos cambios durante los últimos 60 años. El yo terapeuta ha cambiado el foco (Rober, 1999) y en línea con esto, los terapeutas sistémicos han comenzado a vincular los mundos intra-personales e interpersonales (Flaskas, 2002; Fraenkel y Pinsof, 2001). La mentalización basada en el trabajo con personas con diagnósticos de trastorno límite de personalidad (Bateman y Fonagy, 2006), despertó el interés en el terapeuta sistémico por el concepto de mentalización.

1.2. Profundizando en la mentalización

La capacidad de mentalizar se desarrolla gradualmente desde la infancia en adelante a través de interacciones con el cuidador(es) principal(es), y da cuenta de otras diferencias importantes entre los humanos y los simios (por ejemplo el hecho de que sólo los humanos tienen conciencia y conocimiento de uno mismo). Se podría decir que las personas tenemos necesidad de ser conscientes de nosotros mismos con el fin de comprender a los demás a través de simulación (Gordon 1986, 1987; Harris, 2009).

En línea con el pensamiento sistémico, el encuadre del estado mental como generador de comportamientos pone de relieve el origen social del yo. Una percepción adecuada de tu propio estado es evidentemente esencial para una vida interior equilibrada. El desarrollo de una imagen precisa de los estados mentales de los demás requiere de verificación social permanente. Las personas se sienten bien respecto a uno mismo en la medida en que se sienten parte de una red familiar y relacional, son valorados dentro de esa red y entienden y comprenden la misma. Al igual que estos vínculos pueden proporcionar integridad y seguridad, en ausencia de una base segura, pueden proporcionar vínculos de apego débiles en los que los contratiempos más pequeños pueden convertirse en desastres y donde el mundo se convierte en amenazador.

La mentalización es evolutiva, cada vez más compleja y sólo se logra progresivamente. La orientación a otras mentes es parte del repertorio conductual de los bebés, así como una vía de desarrollo bien trazada (Sharp et al. 2008). Investigaciones en la infancia demuestran que los niños están dispuestos y son capaces de orientarse hacia otros seres humanos (Stern, 1995; 2004), y de reconocer y buscar una relación contingente (causa-efecto) entre sus señales emocionales (como el llanto de un bebé) y el resultado social de esa señal (Gergely, 2004).

El desarrollo de la capacidad de mentalización se produce en el contexto de las relaciones de apego (Mirapeix, 2014). Los trastornos de apego pueden crear vulnerabilidades de desarrollo que conducen a la deficiencia de las capacidades metacognitivas complejas (Fonagy y Target, 1997). Sin embargo la relación entre apego y mentalización es bidireccional; problemas de atención, incapacidad de representar estados mentales de uno mismo y dificultades de reflejar los estados de ánimo pueden interrumpir relaciones de apego; y una relación de apego pobre socava la emergencia natural de las capacidades de mentalización (Fonagy y Luyten, 2009). El niño que es mejor comprendido, comprenderá mejor a sus padres, las interacciones resultantes serán fácilmente comprendidas por

los padres, quienes a su vez, mejorarán las capacidades de mentalización del niño. Esto es un proceso circular que está más en línea con el pensamiento sistémico (Asen, 2012)

La vulnerabilidad al fallo en la mentalización está asociada a la sensibilidad interpersonal, la cual desencadena impulsividad, hiperactivación del apego, comportamiento coercitivo y no-mentalizador, desregulación del afecto y esfuerzos defensivos para afrontar la experiencia de pérdida del control. Estas respuestas, a su vez, tienden a provocar la pérdida de mentalización en los demás y de esta manera generar ciclos de no-mentalización coercitivos que mantienen y exacerbaban la no-mentalización en los adolescentes (Bleiberg, 2013)

Los síntomas de un adolescente inestable emocionalmente pueden resultar del re-surgimiento de modos pre-mentalizadores de funcionamiento psíquico tras una supresión parcial y específica de la mentalización, ocurrida en un contexto de hiperactivación del sistema de apego. 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 y Bateman, 2006). Es por tanto de vital importancia, tener en cuenta estas técnicas y utilizarlas en terapia familiar.

1.3. Mentalización en la adolescencia

La OMS considera primordial la promoción de la salud mental en la adolescencia (WHO, 2015). A lo largo de las últimas tres décadas, clínicos e investigadores (Bleiberg, 2001; Chanen et al., 2004; Ludolph et al., 1990; Winograd et al. 2008) han observado, cada vez con mayor base empírica, que un porcentaje sustancial de adolescentes presentan síntomas de desregulación afectiva, impulsividad, e inestabilidad en sus relaciones y en la propia imagen de sí mismos. Estos síntomas son apenas distinguibles del cuadro que reuniría los criterios para el diagnóstico de un trastorno límite de la personalidad (TLP) en personas mayores de 18 años.

Estudios epidemiológicos (Angold y Costello, 2001; Moffitt et al., 2002) apuntan a un incremento en la tasa de trastornos psiquiátricos en la adolescencia, mostrando como tanto los problemas de internalización como de externalización aumentan durante esta etapa. En la historia natural de la mayoría de trastornos psiquiátricos, incluidos la depresión, el abuso y dependencia de drogas, trastornos bipolares, trastornos alimentarios, y trastornos psicóticos, el inicio de la adolescencia juega un papel muy importante en la aparición, organización y/o exacerbación de esos trastornos (Bleiberg, 2013). La intervención temprana en los signos y síntomas precursores como trastorno por uso de sustancias o rasgos de personalidad límite ha demostrado ser eficaz (Chanen, 2008).

Hallazgos como los de Spear (2007) sugieren que la adolescencia podría ser una etapa crítica en el desarrollo de la mentalización y la cognición social. Durante la adolescencia, la capacidad de atribuir significado emocional a las señales sociales, de regular las respuestas emocionales, y de inhibir las reacciones automáticas y defensivas en las interacciones sociales, madura al ser favorecida por una comunicación más rápida, eficiente y específica entre centros cerebrales especializados (Nelson et al., 2005; Spear, 2007). Además, la capacidad de tomar diferentes perspectivas sociales es afectada durante la adolescencia (Choudhury et al, 2006).

Cambios del desarrollo neurológico en la adolescencia que afectan y probablemente generan alteraciones en la capacidad de la mentalización explícita y controlada de regular el ánimo, el afecto y la impulsividad, una capacidad que se retrasa en el desarrollo hasta que la maduración de los

circuitos cerebrales subyacentes se completa aproximadamente a los 20 años de edad (Giedd, et al, 1999; Yurgelun-Todd y Killgore, 2006).

Por ello es tan importante que existan intervenciones dirigidas a la prevención o la intervención precoz en la juventud.

1.4. La identidad familiar

En nuestra cultura, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentimiento de separación. El sentido de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica (Minuchin, 2009)

El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación. Es imposible que los padres protejan y guíen sin, al mismo tiempo, controlar y restringir. Los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y atacar (Minuchin, 2009).

La familia es un sistema abierto en transformación, que cambia a medida que cambia la sociedad y a lo largo del tiempo. Cuanto mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial (Minuchin, 2009).

1.5. La multiplicidad del self en la formación de la identidad

Tal y como señala Susan Harter (1997), la identidad es una construcción social, donde el grupo de iguales cobra mucha importancia como fuente de valores, de orientación, de retroalimentación y de comparación social. Así mismo, las expectativas, evaluaciones y exhortaciones de los padres también tienen un papel importante y pueden entrar en conflicto con los valores de la cultura de los iguales. Por lo que la búsqueda de la identidad durante la adolescencia supone un hito importante de las distintas partes del self que no siempre están en consonancia ni coherencia. La adolescencia representa un periodo de transición, marcado por la emergencia de nuevas capacidades cognoscitivas y cambiantes expectativas sociales que, en conjunto, moldean y afectan profundamente la propia naturaleza del concepto de sí mismo.

La multiplicidad del Self va más allá de una concepción unitaria y estática del self, alude una construcción del self constituido por un conjunto de "estados del self", cada uno de los cuales implica un punto de vista diferente de la realidad, que fluctúa constantemente constituido intersubjetivamente.

La experiencia subjetiva del self está compuesta por distintas manifestaciones afectivas, conductuales y comportamentales que el sujeto vive en un momento determinado 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 (Mirapeix, 2008).

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 y Braun, 1984; Mirapeix, 2014).

Cada parte del Self tiene una función positiva para la persona, incluso si sus acciones o efectos son contraproducentes o causan alguna disfunción. Esto significa que no hay razón para luchar, coaccionar o tratar de eliminar una parte del Self, en cambio se busca promover una conexión interna y armónica entre ellas. Las partes pueden ser forzadas a abandonar los roles adaptados debido a vivenciar experiencias vitales adversas y por ello se pueden reorganizar de manera no saludable o extrema. Es tarea del terapeuta visualizar, señalar, aceptar y transformar estas partes del Self que están causando malestar a la persona.

El modelo IFS (Internal Family Systems) desarrollado por Richard C. Schwartz (2015) contempla cómo la personalidad, o identidad se forma con distintas partes de uno mismo, que él denomina subpersonalidades, y considera que por encima de esta colección de partes o sub-personalidades, se encuentra un Self saludable que es capaz de sanar. El Self no es un testigo pasivo. Este Self da sentido y mantiene la integridad, coherencia y unión al resto de partes. El modelo IFS tiene claras semejanzas con el enfoque que estamos planteando en este artículo. En este último es la mentalización o función reflexiva la que integra y da una explicación a las distintas partes del self que juegan, hacen y deshacen diferentes juegos relacionales en uno mismo y en los demás.

Por lo tanto, para experimentar un self integrado y coherente es necesario desarrollar un metaprocedimiento que ayude a activar y explicar los distintos estados mentales con coherencia, estabilidad, continuidad a lo largo del tiempo; con una capacidad de describirse a sí mismo y una visión de los demás multifacética y compleja; implicando una comprensión de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los otros en un contexto social y temporal determinado.

1.6. Roles recíprocos

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 se denomina patrón de roles recíprocos y que son similares a las díadas relacionales internalizadas de otros modelos (Yeomans, Clarkin y Kernberg 2002).

Una díada relacional introyectada, hace referencia al aspecto básico de relación entre el self y el otro, implica un proceso de internalización del aprendizaje relacional implícito y explícito del individuo con el otro con quien se relaciona (Ryle y Kerr 2006).

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. Por ejemplo, una madre reforzadora puede generar un niño autónomo y seguro, que a su vez integrará estos roles como parte de su propio repertorio.

Por lo tanto, dentro de la terapia se pretende ser consciente de estos patrones recíprocos de rol negativos y ampliarlos a otras formas más sanas y menos encorsetadas de relacionarnos con el otro.

1.7. La circularidad desde los estados mentales de los miembros del sistema

Así como el modelo IFS de Schwartz utiliza la teoría de los sistemas familiares para comprender cómo se organizan estas colecciones de subpersonalidades dentro de una persona. En este modelo se pretende trabajar con las distintas partes del Self de cada uno de los miembros que componen el sistema familiar, analizar las interacciones que se producen entre las personas, e intervenir en esos estados del self disfuncionales que dan lugar a patrones circulares complejos entre los miembros de la familia, que causan malestar, transformándolos a través de la terapia.

Los jóvenes vulnerables muestran una tendencia a perder la mentalización y a disociar la mentalización controlada y automática, la cual se dispara por el estrés, la pérdida, el rechazo o el fracaso de sus interlocutores en sintonizar con ellos (Stiglmayr et al., 2008). Estos “detonantes” suscitan estados abrumadores de hiperexcitación, descontrol subjetivo, y una sensación interna de “derrumbarse”, reflejo de la pérdida del sentido de coherencia que otorga la mentalización controlada. En estas situaciones, los familiares y allegados no comprenden qué está pasando. Se preguntan con frecuencia qué están haciendo mal o qué podrían cambiar para mejorar la situación. Y pueden, sin saberlo, transformarse en parte del problema posicionándose dentro de una diada relacional disfuncional.

Amigos, parejas y familiares usualmente ocupan un rol recíproco en relación al otro y toman ese comportamiento como una cuestión personal sintiéndose atrapados en un círculo de culpa, depresión, furia, negación, aislamiento y confusión. En ocasiones, tratan de afrontar la situación de manera que no funciona a largo plazo o que incluso, empeora el problema. Mientras tanto, el comportamiento del adolescente posicionado en el rol recíproco complementario, se ve reforzado porque quienes interactúan con él aceptan la responsabilidad de sus sentimientos y acciones que en realidad no les corresponde.

Partiendo de que “un sistema se comporta no solo como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente” (Watzlawik, 1973), y que el objetivo de dichos sistemas consiste en luchar por mantenerse vivos, aún cuando haya disfunciones para asegurar la continuidad y el crecimiento psicosocial de sus miembros. Estos patrones disfuncionales pueden quedarse anclados en la historia familiar, ya que la tendencia de cualquier sistema es mantener la constancia en el tiempo (Bateson, 1956).

En el trabajo terapéutico se confrontan, mediante el fomento de la función reflexiva, los estados del Self del adolescente y de su familia que generan patrones disfuncionales duraderos en el sistema debido a la interconexión y retroalimentación entre los miembros del sistema. Por ejemplo: La parte del self “exigente” del padre le lleva a demandar mejores resultados académicos al hijo, de manera que la madre activa su parte del Self “observadora” que le impide intervenir por miedo a desencadenar un conflicto mayor, en el hijo se activa su parte “exigido” que choca con el padre por no sentirse reconocido ni valorado, pero reacciona de manera pasiva, y la hermana que ha rotado de la parte “exigida” a la parte del Self “rebelde” se opone al padre, entrando en discusión con él, y así sucesivamente manteniendo la circularidad en la familia.

(Gráfico 1: Estados mentales de los miembros del sistema) –Ver Anexo al final de artículo-

2. Aportaciones sistémicas a una concepción integrada de orientación cognitivo analítica extensa aplicada en los adolescentes

Estas aportaciones suponen un abordaje terapéutico enfocado a analizar el nivel de función reflexiva que hay en la familia, para conocer qué técnica es más eficaz y efectiva utilizar; promover la capacidad de mentalización, fomentar un sistema de apego seguro, integrar los distintos estados mentales de cada persona del sistema y esclarecer cómo estos afectan y generan roles recíprocos anclados y disfuncionales, y finalmente generar diadas relacionales adaptativas.

Tiene como supuestos básicos una psicoterapia relacional cuyo foco son los patrones relacionales, por ello une 2 modelos estrechamente relacionados como son: la terapia sistémica y la terapia integrada cognitivo analítica (Mirapeix, 2014).

El terapeuta no basa sus concepciones en una personalidad “esencial” que permanece inmodificable a través de las vicisitudes de diferentes contextos y circunstancias. Considera al niño como un miembro en diferentes contextos sociales, actuando y respondiendo en su marco. Su concepción acerca de la localización de la patología es mucho más amplia y también lo son, consecuentemente, las posibilidades de intervención (Minuchin, 2009).

Este enfoque engloba los tres axiomas acerca del asiento de la patología que propone Minuchin (2009), los cuales son:

El primer axioma explica que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye en su contexto y es influido por este por secuencias repetidas de interacción. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema, y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas. El individuo responde al estrés que se producen en otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir de forma significativa al estrés de otros miembros del sistema. El individuo puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.

El segundo axioma que subyace es el de las modificaciones de la estructura familiar, estas variaciones contribuyen a la producción de cambios en la conducta y a los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.

El tercer axioma hace referencia a que cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que guía la conducta de sus miembros.

El objetivo es que los pacientes y sus familias conozcan más sobre cómo piensan y se sienten acerca de sí mismos, de los otros y de su circularidad en relación con otras personas; cómo una parte de ellos conecta con otra parte del otro, y cómo esto genera un comportamiento en el otro, que a su vez influye en sí mismo propiciando una diada relacional específica. Comprender y dar significado a los pensamientos, sentimientos de uno mismo y de los otros, la circularidad entre las relaciones, se torna fundamental en este modelo terapéutico.

Una parte importante de esta psicoterapia es la mentalización, ya que esta sirve tanto para conocer qué intervención es más eficaz en un momento determinado, como para estimularla como objetivo a conseguir, mientras se desarrolla una relación de apego adaptativa.

Otro aspecto muy relevante son los patrones relacionales. Estos 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 (Mirapeix, 2008).

La terapia sistémica integrada en la adolescencia tiene como fundamento la mentalización en distintos contextos de apego: sesiones individuales y familiares. Al igual que la TBM- A, esta terapia fomenta la curiosidad acerca de los estados mentales de los pacientes y sus familias en conjunción con lo que subjetivamente sienten en realidad –esto es, tomar conciencia y acercarse a la experiencia consciente-, y cómo estos estados mentales motivan y explican la conducta de uno mismo y de los demás, y hacen las relaciones más efectivas y comprensivas, permitiendo así que el afecto se entienda más y se maneje mejor.

Hay tres rasgos característicos de las posturas adoptadas por el terapeuta que plantea Asen (2012) que son importantes a tener en cuenta en este modelo:

- Una curiosidad que constantemente afirma el valor de la mentalización a través de una actitud de respeto, curiosidad y tentativa.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la observación natural de interacciones y la intervención para promover el cambio, ayudando a la familia a dar sentido a los sentimientos que son experimentados por cada miembro de la familia y poner de relieve las formas en la falta de comunicación o malentendidos (o la falta de comprensión) de estos sentimientos que conduce a las interacciones que mantienen los problemas de la familia.
- El relieve y el refuerzo de la mentalización positiva , profundizando así la capacidad de las personas para conectar los sentimientos, el pensamiento y las intenciones es decir, que connota positivamente buenos ejemplos (o episodios).

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) describen tres principios básicos de la conducción de la sesión terapéutica: hipotetización, circularidad y neutralidad. La *hipótesis* acerca del síntoma formulada de manera co- construida, que deben modificarse o descartarse en función del avance de la terapia. La *circularidad* consiste en tener en cuenta la visión global del sistema familiar, sus relaciones e interacciones. Esta capacidad de ver el funcionamiento global del sistema ayuda también al terapeuta a mantener la *neutralidad*, es decir, a aliarse con el sistema en todo su conjunto. Estos tres principios van a ser básicos a la hora de tratar a los adolescentes y a sus familiares.

Para concluir, este enfoque pretende integrar las distintas partes de uno mismo (la parte más cabezota, la parte más simpática, la parte más crítica...) que tienen una historia, que responden de una u otra forma según sean activadas -con la complejidad que esto conlleva- con un sistema de relaciones interpersonales circular y complejo, por distintas partes del sistema. Ver todo ello de manera integrada en versión micro (uno mismo) y versión macro (con los demás) y ver cómo una parte de uno mismo sale a la luz cuando otra parte del padre sale a la luz y observar la diada particular que se genera e influye, o cómo se crea una diada diferente si a uno de los dos se le activa otra parte del self distinta, o si entra otra persona en este juego relacional. Al poder trabajar con las partes de cada persona (adolescente, familiar, terapeuta) la terapia es más fácil de entender y guiar y los conflictos y dificultades son más fáciles de gestionar y asumir, porque no es uno el que sea “malo”, o “perfeccionista” o “exigente” o “borde”, si no que una parte de uno se comporta así y genera en el otro un estado mental específico. En definitiva, se trabaja del diálogo entre las partes

del self y del diálogo entre diferentes individuos y sus diferentes partes. Aquello de: quién de ti habla a quién de mí, de qué, por qué y para qué.

3. Aplicación práctica. A propósito o de un caso clínico

Para proteger el anonimato de los pacientes, se han alterado las características identificativas de los mismos.

Rocío, la madre de Clara, proviene de una familia aglutinada, cuyos padres fallecieron. Ha vivido siempre con sus tíos. La tía tiene una discapacidad severa y padece alcoholismo. Rocío sufrió malos tratos en la infancia por parte de su tía, y fue cuidada por su tío, al que tiene idealizado. Rocío ha tenido varias relaciones ambivalentes con sus parejas, que desembocan en violencia de género. Está acudiendo a una terapia, su nivel de mentalización es moderado.

Clara tiene 16 años de edad, hija única. No conoce a su padre. Vive con su madre. Acude a consulta con ideación autolítica, violencia filio-parental y consumo de tóxicos. Tiene una mentalización baja – moderada según los criterios de evaluación de Fonagy. La mentalización puede evaluarse de modo sistemático en los relatos de los pacientes y en el contexto interpersonal (Bateman, Fonagy, 2006). Dependiendo de cómo sea el discurso de coherente, la habilidad para describir, evaluar y atribuir estados mentales a sus experiencias y a las de otros, podremos atribuir un grado distinto de mentalización, que puede ser alto, moderado o bajo; basándonos en los criterios establecidos en la escala de Fonagy.

El tratamiento de esta adolescente con esta madre consiste en estabilizar emocionalmente y disminuir las conductas de riesgo en un primer momento, disminuir la agresividad, buscar la alianza terapéutica, fomentar la integridad de su identidad, gestionar las dificultades emocionales, especialmente el enfado y la tristeza, potenciar el vínculo positivo entre madre- hija y entre hija y relaciones significativas, incrementar motivación hacia los estudios, generar oportunidades de ocio alternativas y saludables.

En un momento de la terapia, la familia me cuenta lo que ha ocurrido durante la semana: Clara acude muy dolida, ha ido a una entrevista de trabajo pero no le han contratado porque es menor de edad. Ella considera que los que la entrevistaron ya conocían su edad y se siente muy rabiosa y frustrada por no poder trabajar, algo que anhela para poder tener más dinero y con ello, libertad en su día a día.

Clara, al no poder optar al trabajo por ser menor de edad, lo interpreta como un fracaso más, pensando que nunca va a cambiar su situación. Lo expresa de manera agresiva y muy despectiva, criticando al entrevistador, con muchos insultos y ademanes. La madre cuando escucha la actitud de Clara se siente atacada, se pone a la defensiva y no escucha a su hija. Discuten.

Tras contener emocionalmente a las dos, y validar las distintas emociones de ambas, comenzamos a observar la circularidad. Clara se siente rechazada por su madre porque no le sabe calmar, no responde a su emoción primaria, sino que responde a cómo la expresa por lo que no llega a entender la reacción de su madre. Sólo percibe su actitud defensiva y de ataque.

Rocío por su parte, al ver la actitud de Clara, la interpreta como un ataque, conecta con el miedo que tiene su hija a que la situación no cambie, además la manera de reaccionar de esta le bloquea porque le recuerda situaciones pasadas en las que las personas de su alrededor han reaccionado con

violencia contra ella, por lo que no responde a Clara como esta necesita, si no potenciando la circularidad violenta.

En terapia se rompe esta circularidad, cuando la terapeuta va señalando el proceso y lo va conectando con las distintas partes del self de cada una, con la historia que tienen detrás esas partes y con la situación actual.

Tras contener, señalar y validar las dos se sienten más reconocidas y se permiten hablar de lo que realmente sienten, por lo que llegan a escucharse y entenderse y esto crea un nuevo lazo en su relación.

11. Bibliografía

- Angold, A., y Costello, E. J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. *The depressed child and adolescent*, 2, 143-178.
- Asen, E., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347-370.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. OUP Oxford.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. y Weakland, J.H. (1956). Towards a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 1, 251- 264.
- Bermejo, V., García -Moltó, A., Herranz Castillo, T. (2012). *Manual de terapia familiar y de pareja*. Madrid: Magister en terapia familiar y de pareja para profesionales de la salud Universidad Complutense de Madrid.
- Bleiberg, E. (2004). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York: Guilford Press.
- Bleiberg, E. (2013). Mentalizing-based treatment with adolescents and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 22(2), 295-330.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., y Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526-541.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev M., Dudgeon, P., Yuen, H.P. et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477–84.
- Choudhury, S., Blakemore, S. J., & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *Social cognitive and affective neuroscience*, 1(3), 165-174.
- Flaskas, C. (2002). *Family therapy beyond postmodernism*. Hove: Brunner- Routledge.
- Fierro, A. (1997) Identidad personal. En Marti, E. y Onrubia, J. (coords.), *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente* (pp. 88-94.). Barcelona: ICE/Horsori. Cuadernos de formación del profesorado. Educación secundaria.
- Fraenkel, P., y Pinsof, W. (2001). Teaching family therapy -centred integration: Assimilation and beyond. *Journal Of psychotherapy Integration*, 11(1), 59- 86
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 188, pp. 1-3.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P. y Target, M. (1997) Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M. y Higgitt, A. (1991) The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200–217.
- Gergely, G. (2004). The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development of different types of infant attachment. *Social Behavior*, 13, 468-478.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: alongitudinal MRI study. *Nat Neurosci*, 2, 861-863.
- Goldenberg, I. Y Goldenberg, H. (1985). *Family therapy: An overview*. Monterey, California: Brooks/Cole.
- Gordon, R. M. (1986). Folk psychology as simulation. *Mind and Language*, 1, 158–171.
- Gordon, R.M. (1987). *The Structure of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gunderson, J. G. (2002). Trastorno Límite de la Personalidad. *Guía clínica (Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide)*. Barcelona: Ars XXI de Comunicación.
- Harris, P. L. (2009) Simulation (mostly) rules: a commentary. *British Journal of Developmental Psychology*, 27: 555–559; author reply 561–557.
- Harter, S. (1997) Identidad y Formación. En Shirley Feldman y Glen R. Elliot (eds). *At the threshold. The developing adolescent*. EUA: Harvard University Press.
- Horevitz, R. P., & Braun, B. G. (1984). Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7 (1), 69-87.
- Fishman, C. H. (2011). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica (Personality and its disorders from a systemic perspective). *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.
- Linares, J. L. (2010). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós Terapia familiar.
- Ludolph, P. S., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., y Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *American Journal Psychiatry*, 147(4), 470-476.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Mirapeix, C. (2004). Psicoterapia cognitivo- analítica. Un modelo integrador de intervención. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000310&a=Psicoterapia-cognitivo-analitica-Un-modelo-integrado-de-intervencion>
- Mirapeix, C. (2008). Desarrollo del Self, múltiples estados mentales y metodología de evaluación desde la Psicoterapia Cognitivo Analítica. *Revista electrónica APRA*. Recuperado de https://www.apra.org.ar/pdf/Mirapeix_APRA_2008.pdf
- Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. *Revista de mentalización*. Recuperado de https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.p df
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., y Milne, B. J. (2002). Males on the life-course- persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., y Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.
- Ryle, A., Kerr, I. B. (2006). *Psicoterapia cognitivo analítica. Teoría y práctica*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Rober, P. (1999) The therapist's inner conversation in family therapy practice: some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse and the process of reflection. *Family Process*, 38(2), 209–228.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, 19(1), 3-12.
- Schwartz, R. C. (2015). *Introducción al modelo de los sistemas de la familia interna*. Barcelona: Elefthería.
- Sharp, C., Fonagy, P. and Goodyer, I. (2008) *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Spear, L. (2007). The Developing Brain and Adolescent- Typical Behavior Patterns: An Evolutionary Approach. En D. R. a. E. F. Walker (Ed.). *Adolescent Psychopathology and the Adolescent Brain* (pp. 9-30). New York: Oxford University Press.

- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: BasicBooks.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., et al. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 117(2), 139-147.
- Olabarria, B. (2009). Ensanchar las fronteras de nuestra comprensión sistémica acerca del surgimiento y configuración relacional de los trastornos de personalidad. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 305-320.
- Vall, B. (2013). *Bridging Constructivism and Social Constructionism: a dialogical and relational approach to narrative and meaning making*. Tesis doctoral. Faculty of Psychology, Educational and Sport Ciencias. Ramón Llull University.
- Watzlawick, P. (1973). *Teoría de la Comunicación Humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- WHO. (2015) Global Standards for quality health care services for adolescents. *A guide to implement a standards driven approach to improve the quality of health care services for adolescents*. Volume 1: Standards and criteria.
- Winograd, G., Cohen, P., y Chen, H. (2008). Adolescent Borderline Symptoms in the Community: Prognosis for Functioning Over 20 Years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (49), 993-941
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., y Kernberg, O. F. (2002). *A primer on transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Yurgelun-Todd, D. A., y Killgore, W. D. (2006). Fear-related activity in the prefrontal cortex increases with age during adolescence: A preliminary fMRI study. *Neuroscience Letters*, 406(3), 194-199.

12. Gráficos

Gráfico 1: Estados mentales de los miembros del sistema (página 7. Antes del punto: “2 Aportaciones sistémicas a una concepción integrada de orientación cognitivo analítica extensa aplicada en los adolescentes”).

