



## Trastorno adaptativo y resiliencia: el terapeuta como tutor

Jesús Pol Rodríguez<sup>1\*</sup>; Cristina Montero Fernández\*; Luz Celia  
Fernández Martín\*\* y Ana López Villarreal\*\*\*

*Complejo Universitario de Salamanca*

*(Psicólogo Clínico residente\*; Psicólogo Clínico\*\*; Psiquiatra Residente\*\*\*)*

Se aborda el concepto de resiliencia desde diferentes perspectivas para resaltar, a través de un caso, sus potencialidades para la práctica clínica. Partiendo de un formato de terapia interpersonal, el terapeuta se convierte en tutor de resiliencia para crear un vínculo terapéutico que, apoyado en la construcción conjunta de narrativas alternativas, restaura los vínculos dañados y hace que se produzcan cambios saludables.

**Palabras clave:** Resiliencia, vínculo, trastorno adaptativo, terapia interpersonal, narrativas.

Concept of resilience is tackled from different perspectives to emphasise, through a clinical case, its potentialities in clinical practice. Starting from an interpersonal therapy model, the therapist becomes a resilience tutor in order to create a therapeutic link that, supported on the joint construction of alternative narratives, restores the damaged links and allows to produce healthy changes.

**Key Words:** Resilience, link, adjustment disorder, interpersonal therapy, narratives.

*English Title:* Adjustment Disorder and Resilience: Tutor as Therapist.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Pol Rodríguez J. Montero Fernández, C. Fernández Martín, L. C. y López Villarreal, A. (2014). Trastorno adaptativo y resiliencia: el terapeuta como tutor. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1): 237-253. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es)]

No te rindas, aún estás a tiempo  
 De alcanzar y comenzar de nuevo,  
 Aceptar tus sombras,  
 Enterrar tus miedos,  
 Liberar el lastre,  
 Retomar el vuelo.  
 No te rindas que la vida es eso [...,]  
 (M. Benedetti)

## Introducción

Hablar del trastorno adaptativo<sup>2</sup> es hacerlo acerca de los trastornos mentales llamados comunes (o menores) y de una de las etiquetas que pone de manifiesto la vulnerabilidad del ser humano. Esta vulnerabilidad parece estar detrás de un gran número de demandas que saturan tanto las consultas de atención especializada como las de atención primaria y que generan un gran gasto económico y un gran sufrimiento, tanto individual como colectivo. La prevalencia de estos trastornos ha aumentado paulatinamente desde los años ochenta, momento en el que nace el DSM-III que propone el diagnóstico categorial basado en criterios operativos, retomando así el modelo médico de enfermedad categorial y discreta aplicado ahora a los trastornos mentales. El que la validez y la utilidad del diagnóstico categorial aplicado a los trastornos mentales comunes haya sido cuestionada ampliamente (Tyrrer, 1989; Goldberg y Huxley, 1992), no ha impedido que gran parte del sufrimiento humano, que clásicamente había sido considerado como parte intrínseca de la vida, pase a ser considerado una enfermedad y que además el ser humano se muestre cada vez más vulnerable a este tipo de trastornos diagnosticados.

El modelo de vulnerabilidad constitucional (Wiebe y Smith, 1997; Smith y Gallo, 2001) supone que una cierta predisposición o vulnerabilidad constitucional estaría detrás de una mayor labilidad autonómica, influyendo esto en los procesos de personalidad (pe: respuestas emocionales) y en los problemas de salud. Desde otro modelo:

*La mayor o menor vulnerabilidad la entendemos asociada a la noción de malestar que puede estudiarse en relación a la calidad de vida, los sucesos traumáticos, históricos y actuales y a la existencia o no de una red vincular que brinde sostén (Zukerfeld; Zonis Zukerfeld, 1999)*

En la cara opuesta a la vulnerabilidad encontramos el *concepto de resiliencia*. La vulnerabilidad se refiere a la probabilidad de aumentar un resultado negativo, típicamente como resultado de la exposición al riesgo. Mientras que por contraposición la *resiliencia* se referiría a la capacidad de evitar los problemas asociados a ser vulnerable. Varios autores han sugerido que resiliencia y vulnerabilidad son los polos opuestos de un mismo continuo (ej., Ferguson et al 2003). Donde hay vulnerabilidad, ¿puede haber resiliencia?

Clásicamente se ha definido la resiliencia como la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser transformado por experiencias de adversidad (Grotberg, 2001). Los primeros estudios sobre resiliencia se realizaron en individuos con esquizofrenia, en personas expuestas a estrés y pobreza extrema, y sobre el funcionamiento de individuos que experimentaban hechos traumáticos tempranamente en sus vidas (Cicchetti, 2003). Los trabajos de Garmezy (Garmezy, 1971, 1974; Garmezy, Masten y Tellegen, 1984; Garmezy y Streitman, 1974) se consideran de referencia, pero también destacan Anthony (1974a, 1974b), Rutter (1979) y sobre todo la investigación longitudinal de Werner y Smith (1982, 1992) sobre 698 de niños y niñas nacidos en 1955 en la isla de Kauai. De entre ellos hicieron un seguimiento de aquellos que había vivido en condiciones “difíciles” (complicaciones perinatales, familias disfuncionales por pobreza, alcoholismo, enfermedad mental...). Treinta años después el 80% de estos niños habían evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith 1982;1992). Este estudio supone un hito y aunque se ha realizado en un marco ajeno al de la resiliencia, tiene un papel muy importante en el surgimiento del concepto (Mancieux et al., 2001). Gracias a ellos se empieza a poner en entredicho la creencia tradicional de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas de comportamiento y personalidad, y se empiezan a buscar aquellos factores que pueden ejercer como protectores de la salud en condiciones de vida difíciles. Así Wolin y Wolin (1993) describieron como “pilares de la resiliencia” aquellas características que aparecían con mayor frecuencia en quienes han demostrado condiciones de resiliencia (Puig y Rubio, 2001). Son varios los autores que han buscado los pilares de la resiliencia (Grotberg, 1996; Wolin y Wolin, 1993; Munist y col., 1998; Suárez Ojeda, 2001; Rojas Marcos, 2010), y en los que se ha encontrado mayor acuerdo son en los siguientes: la autoestima (fruto del cuidado por un adulto significativo), la introspección (preguntarse por sí mismo y darse una respuesta coherente), la capacidad de relacionarse (habilidad para establecer lazos e intimidad con otros y para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud brindarse a los demás), la iniciativa (gusto por exigirse y ponerse a prueba), el humor (encontrar lo cómico en la propia tragedia), la creatividad (crear orden y belleza en el caos y el desorden), moralidad (comprometerse en valores en su actuar, y responsabilidad en ese accionar) y la independencia (capacidad de fijar límites en un medio problemático).

Werner sostiene que la constante que se puede extraer de todos los estudios realizados en el mundo acerca de la eventual evolución positiva de los niños “desgraciados”, es la posibilidad de que el niño pueda tener una relación cariñosa y estrecha con un adulto significativo. Y esta constante parece muy unida a lo que John Bowlby, en 1969 planteó, como la teoría del apego. En ella se concibe el apego como una tendencia de los seres humanos a mantener vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida.

El recién nacido, como consecuencia de la evolución del género humano, tiene un programa genético favorable a la supervivencia. Gracias a él es capaz de construir, en la segunda mitad del primer año de su vida, un patrón intrapsíquico de conductas cuyo resultado predecible es que el bebé se acerque a su madre, o a quien hace a sus veces, con el fin de satisfacer sus necesidades biológicas. A lo largo del desarrollo individual las conductas específicas para conseguir ese resultado cambiarán, pero la organización intrapsíquica, llamada “apego”, seguirá siendo la misma.

Desde un enfoque psicológico son más interesantes las diferencias cualitativas entre los niños que el apego en sí (Bowlby, 1969). Estas diferencias interindividuales se determinan, por una parte, por las características del bebé y, por otra, por las de la madre. Siendo la imagen de disponibilidad y la autoevaluación del hijo (conceptos comparables que se refuerzan entre sí) lo que define una buena evolución.

El apego seguro no sólo le proporciona una autoevaluación positiva al individuo, sino el ánimo de explorar el medio ambiente y, a su vez, esta actividad le da la posibilidad de un desarrollo favorable (Bowlby, 1969).

Son referente de este enfoque Ainsworth (Marrone 2001), Blehar, Waters y Wall (1978), siendo estos últimos quienes describieron los tres patrones generales de apego: seguro, inseguro, evitativo y ambivalente. Más recientemente se desarrolla la Entrevista de apego adulto o AAI que clasifica a los individuos en Autónomos-seguros, Inseguros/despreocupados, Inseguros-preocupados, o No resuelto en relación a la pérdida o al trauma, categorías basadas sobre las cualidades estructurales de las narraciones de tempranas experiencias (Main y Goldwyn, 1994).

La cualidad de las primeras interacciones madre-bebe posibilita la adquisición de recursos intrapsíquicos fundamentales, que facilitan desarrollo de la resiliencia en el individuo. Estos recursos provienen de un proceso intersubjetivo que facilita el desenvolvimiento de la seguridad interna y de la autonomía (Cyrulnik 2004; Golse 2006; Guedeney 2006).

Boris Cyrulnik defiende que no es posible hablar de proceso de resiliencia sin que acontezca el trauma<sup>3</sup>. Con su concepto de “oxímoron”, que describe la escisión del sujeto herido por el trauma, permite avanzar en la comprensión del proceso de construcción de la resiliencia, a la que le otorga un estatuto que incluimos entre los mecanismos de desprendimiento psíquico<sup>4</sup>. *“El oxímoron revela el contraste de aquel que, al recibir un gran golpe, se adapta dividiéndose. La parte de la persona que ha recibido el golpe sufre y produce necrosis, mientras que otra parte mejor protegida, aún sana pero más secreta, reúne, con la energía de la desesperación, todo lo que puede seguir dando un poco de felicidad y sentido a la vida”* (Cyrulnik, 2001). Así se produce un proceso de metamorfosis que lleva a la transformación. Esta transformación se hace posible con la llegada de la **palabra** y gracias a la **narración que suele ser en compañía**. Así, Cyrulnik (2001) jerarquiza el valor fundamental de los vínculos y

desarrolla la noción de *tutor* de resiliencia. Estos serían aquellos que escuchan todo (no sólo lo “bonito”) y proveen una estructura afectiva sensible, reiniciándose el proceso de resocialización y el dinamismo psíquico que sienta las bases del proceso resiliente. La idea es que se puede iniciar el proceso de resiliencia al permitir al traumatado verbalizar todos sus horrores acogiéndolo y dándole un espacio afectivo significativo, pudiendo así seguir desarrollándose en un mundo pleno de sentido.

De esta manera, Ruben Zukerfeld y Raquel Zonis (2011) utilizan el concepto de desarrollo resiliente fundamentándose en que se trata de una vicisitud posible frente a la adversidad y las vivencias traumáticas, de modo que consideran preferible usar el término resiliente como adjetivo más que como sustantivo donde corre el riesgo de adquirir un sesgo estructural. Así desde su trabajo suponen que “el desarrollo resiliente frente a la adversidad consiste en una metamorfosis subjetiva, producto de la activación de un potencial que sirve para la creación de condiciones psíquicas nuevas, que transforman el efecto traumático con la imprescindible existencia de vínculos intersubjetivos”.

Parece que allí donde debería aparecer vulnerabilidad (en este caso provocada por un trauma) también puede haber un proceso resiliente que evite el desarrollo de una “enfermedad”. Pero la resiliencia no es algo que esté siempre presente y que haga a la persona inmune. Por eso desde la clínica puede ser útil “rastrearla” y si es el caso “despertarla”. Badaracco en su artículo *Virtualidad sana* (2006) dice:

*Consideramos que el diagnóstico va a ser cada vez más útil en la medida en que contemple, al mismo tiempo que los síntomas de la enfermedad, la virtualidad sana del paciente, que es desde donde va a poder curarse (...)*

A través de este trabajo pretendemos presentar la descripción y análisis de un caso clínico con diagnóstico de Trastorno adaptativo en el que nos apoyamos en su proceso resiliente para intervenir, desde una perspectiva interpersonal, creando un nuevo vínculo que restaure los dañados y active así su potencial transformador.

### Ilustración clínica

Se trata de una paciente de 27 años (a la que a partir de ahora llamaremos V) que acude sola a consulta derivada por su MAP<sup>5</sup> (a petición propia), con una pauta medicamentosa de Alprazolam<sup>6</sup> 0,5 (1\2-0-1). Su motivo de consulta se refiere a inseguridad en las relaciones sociales y baja autoestima, siendo la demanda principal que le ayudemos a ver las cosas desde otra perspectiva y aumentar la autoestima, ya que dice sentirse inferior.

Recientemente su padre ha sido diagnosticado de cáncer de próstata al que se le solapa una demencia alcohólica de un año de evolución. La mayor parte de la carga de su cuidado recae sobre ella ya que, según dice, su madre lleva toda la vida cuidando y ya está harta (“Se

han intercambiado los papeles”, comenta V.).

Como antecedentes psiquiátricos personales aparecen consumo de sustancias (alcohol y cocaína), y como antecedentes psiquiátricos familiares el alcoholismo del padre y la enfermedad de Alzheimer en los abuelos.

Cuando V. llega a consulta presenta un cuadro clínico consistente en ansiedad flotante, ansiedad anticipatoria con náuseas y malestar gastrointestinal que aumenta considerablemente los días antes de las sesiones de quimioterapia de su padre. Además refiere tristeza, irritabilidad, timidez e insomnio leve de conciliación.

### *Acontecimientos significativos previos*

En período corto de tiempo sus dos abuelos maternos mueren tras padecer la Enfermedad de Alzheimer (dos y un años antes de la consulta). En los primeros años de esta enfermedad (cuando ella tenía 21), inicia una relación que durará cinco años y que poco a poco se irá convirtiendo en problemática. Tras dos intentos de independizarse y avanzar en la relación de pareja, ésta se deteriora hasta llegar a los malos tratos y una denuncia tras un episodio de intento de agresión que la deja, en su opinión, muy marcada. Otro acontecimiento a tener en cuenta en el desarrollo de la clínica, es el abandono del nido familiar de su hermana mayor, quien se va a vivir a otra comunidad para formar su propia familia.

A raíz del desarrollo del cuadro abandona el trabajo en el que llevaba 9 años, se produce un deterioro en las relaciones familiares (menos con la hermana que está fuera) y también en las relaciones de pareja. No encuentra satisfacción en la mayoría de las relaciones sociales que mantiene, lo que alimenta el deseo de abandonar la ciudad en la que vive y la consecuente insatisfacción en el día a día, verbalizando fantasías pueriles en relación con llevarse a sus padres a Barcelona a junto de su hermana para reunir de nuevo a la familia. Se mantienen áreas o ámbitos de normalidad. Mantiene un núcleo de amistades entre las que se encuentran dos chicas que considera buenas amigas y a las que suele ver; aún así, últimamente dice estar encerrada en sí misma (“A ellas les cuento cosas, pero ellas también tienen problemas y pienso que tienen suficiente con lo suyo y no les cuento”). Se mantiene activa con gran esfuerzo, hace las tareas domésticas y va todos los días a una finca donde se ocupa del cuidado de un perro y un huerto, obteniendo cierta satisfacción en ello (“Me siento bien cuando trabajo en mi huerto y obtengo mi cosecha”). También le satisface estar con sus sobrinos y los hijos de su amiga y le gustaría tener estabilidad económica y formar su propia familia.

### ***Consideraciones de evaluación y diagnóstico***

Como instrumento de evaluación utilizamos principalmente la entrevista diagnóstica (para la que se utilizaron tres sesiones), unidos al test de la figura humana y el análisis del funcionamiento relacional.

### *Datos psicobiográficos destacables*

Es la pequeña de dos hermanas y se cría en condiciones de pobreza. Sus padres trabajaban como caseros para una familia y vivían en una casa que ella describe como vieja, fría y con humedades. Su padre alcohólico infringía malos tratos psicológicos (y a veces físicos) a la madre y provocaba continuos conflictos en la casa. V. nos cuenta compungida, el sentimiento de vergüenza que le invadía en clase cada vez que tocaba hablar de los padres ya que todos podían contar cosas buenas y ella...”Mi padre siempre se caía por las escaleras”.

Sus abuelos maternos son figuras muy importantes en su desarrollo: Siempre podía contar con ellos y les ayudaban económicamente. Con ellos podía jugar y reírse (“Mi abuelo seguía siendo un cachondo incluso cuando tenía Alzheimer”). La casa de sus abuelos era un refugio donde además de su compañía y cuidados, encontraba satisfacción en los juegos cuando se reunían todos los primos. “Fue la mejor época de mi vida, sin preocupaciones”.

Los abuelos paternos en cambio, no les dejaban jugar libremente por la casa, tenían “habitaciones prohibidas” y sólo podían visitarlos de forma programada. “Te daban gominolas o cien pesetas y pensaban que lo arreglaban todo, ¡pasábamos hambre!”. V. define a esta abuela como “la mala”. Su abuelo paterno, que tampoco vive en la actualidad, aparece prácticamente ausente en sus narraciones y cuando habla de él lo describe sin la carga negativa que le otorga a “la mala”.

En su adolescencia los conflictos familiares se intensifican y la violencia aumenta. Llegan a producirse agresiones físicas mutuas entre V. y su padre. A la vez, la relación con la madre se deteriora mientras se fortalece la relación con la hermana, quien se convierte en fuente de consuelo y empatía. A los 16 años abandona los estudios (después de acabar la ESO) y se pone a trabajar en la industria cárnica. En este período, el curso de la enfermedad de Alzheimer de sus abuelos hace que estos ya no puedan realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda y se mudan al núcleo familiar, donde V. se implica activamente en su cuidado. Por esta época toma contacto con las drogas e inicia la relación con un chico que ella define como “el fiestas” y que acabará en maltrato.

Durante la fase de evaluación encontramos largos silencios que solo se interrumpían para decir que su pasado era muy malo y que sólo había malos recuerdos, pero poco a poco empezó a hilar narraciones de su infancia que producían una resonancia más próxima a la nostalgia y la alegría que a la ira y tristeza que cabría suponer.

Destacan dos sueños que nos trae V. a consulta. El primero es un sueño repetitivo de la infancia en el que ella transita por los pasillos de su vieja casa y de los cuadros salen brujas para hacerle daño, lo que le produce mucho miedo, pero de pronto su padre aparece, se interpone entre ella y las brujas y la salva enfrentando y matando a las brujas. Un sueño que comienza siendo de angustia se transforma en gratificante y le otorga al padre el rol de protector que ella

percibía como ausente en la realidad. El segundo se produce una noche antes de la tercera consulta. En él, ella sale de su casa por la mañana temprano para ir a trabajar y aparece su ex novio (“el fiestas”) y comienza a increparla primero y a zarandearla después, está sola y empieza a sentir mucho miedo. Pero de repente aparece gente y más gente que se ponen de su lado para ayudarla y defenderla de él. Nuevamente un sueño de angustia lo transforma en un sueño gratificante, pero esta vez en el contexto de la terapia. A partir de esta entrevista la alianza terapéutica parece fortalecerse y los silencios ocupan cada vez menos espacio. A la vez, trae a terapia los sueños y nos proporciona material para la construcción de narrativas alternativas y metáforas.

Curiosamente describe en su primer recuerdo una casa vieja, fría y con humedades que a “simple vista” no parece la casa de los sueños de ninguna niña, y menos con la carga de todo lo que debió de ocurrir allí. Pero V. nos la presenta con el cariño y ternura de quien disfrutó de buenos momentos en ella (o eso es capaz de interpretar), y que merece la pena recordar. La forma en que nos narra su drama empieza a alejarse del trauma para acercarse a la superación.

#### *Análisis del funcionamiento relacional*

- **Padre:** “No le puedo contar nada, es un poco como yo, le cuesta expresar lo que siente”. “Sé que me quiere pero nunca me lo ha dicho”. “No le sale eso de dar una abrazo”. “He deseado que se muera muchas veces pero ahora le cuido”.

En el desarrollo de la relación con el padre se observa una continua fluctuación entre el amor y el odio que quizás se equilibre gracias al desplazamiento de parte de este odio a la madre y sobre todo a la abuela, “la mala”. Esta ambivalencia afectiva genera sentimientos de rabia y culpa que se incrementan cuando el padre abandona el consumo de alcohol y poco después le diagnostican el cáncer. Ante esto parece realizar una sobrecompensación en la que se entrega a su cuidado, tras lo cual comienza a manifestar síntomas de manera más intensa.

- **Madre:** “Es muy negativa”. “Si le cuento algo se que va a tener que decir”. “No puedes tener muchas conversaciones con ella”. “Siempre ha sido así”. “De pequeña cuando no me entendía me enfadaba y decía “no hablo”. “Mi hermana y yo pensamos que tiene algún retraso”.

En la relación con la madre también aparecen sentimientos ambivalentes que generan dolor y distanciamiento. Parte del caos que se vive en la casa lo paga la madre y si a esto le sumamos que es la figura que marca los límites...Pese a todo ello se reconoce en ella un vínculo seguro.

- **Hermana:** “Con ella no tengo problema”. “Le cuento todo”. “Pero ahora está lejos”. “Tiene dos hijos y siento que también me estoy perdiendo eso.”

Es uno de los vínculos más importantes y un modelo a seguir por ella. Su hermana ha conseguido muchas de las cosas que ella desea, formar su propia familia, una estabilidad

económica y “abandono” del hogar. Esta relación crece desde la admiración y el respeto, manteniendo de lado a la envidia. Aún así, en estos momentos es una fuente de malestar ya que ella ha conseguido irse y como consecuencia no la tiene cerca.

- **Pareja actual:** “Es como yo, le cuesta expresar lo que siente y así estamos los dos.” “A veces le comparo con el otro y eso no es bueno.”

En esta relación aparecen rémoras de la relación patológica anterior que duró cinco años. Ella desea parte de aquella relación pero sabe que lo que ansía es lo que le hizo daño en su anterior relación. En el momento que acude a consulta su pareja no puede dar el apoyo que ella necesita porque ella no le concede el espacio. Hay cariño pero no hay intimidad.

- **Abuelos:** Con los abuelos aparece una relación donde claramente hay dos polos. En un polo están los abuelos maternos idealizados y en el otro polo estaría los abuelos paternos denigrados. En el momento que la paciente acude a consulta sólo vive su abuela paterna “la mala”, quien está en una residencia y a la que visita muy poco y menos últimamente.

### Hipótesis diagnóstica

En un período de tiempo relativamente corto se producen cuatro posibles desencadenantes del cuadro: la paciente se enfrenta a la pérdida de sus abuelos maternos, el distanciamiento físico de su hermana, el desenlace traumático de una relación muy importante para ella y el diagnóstico de cáncer de su padre (al que ya se le había diagnosticado demencia alcohólica), poco después de que éste decidiera dejar de beber. Sus principales vínculos, sobre los que pivotaba el apoyo, se están deteriorando y con ello se resiente a su vez su autoestima y esto arrastra a la capacidad de relacionarse, la introspección, su iniciativa, el humor, la creatividad, la moralidad y su pensamiento crítico. Los pilares de su resiliencia se debilitan y esto empieza a traducirse en los síntomas expuestos y las consecuencias destacadas. *El arte que le permitía navegar en los torrentes parece desvanecerse en medio de una gran tormenta*<sup>7</sup>.

### Planteamiento e intervención terapéutica

Basándonos en una perspectiva interpersonal con formato de terapia breve<sup>8</sup>, se parte del *objetivo principal* de restaurar los vínculos dañados a partir de la recreación de un vínculo terapéutico fuerte que le guíe hacia un desarrollo de su “potencial transformador” y facilitar una narrativa que cambie el significado de lo que le sucede, potenciando así sus capacidades de afrontamiento y el aumento de su autoestima.

Teniendo en cuenta las características de la paciente y el modelo de terapia elegida se hace imprescindible un buen encuadre en el que se acompañen bien los tiempos y se aborde explícitamente la finalización. Este último punto resulta de vital importancia para abordar las posibles reacciones de “duelo” ante la finalización y analizar los movimientos hacia el reconocimiento por parte de la paciente de su capacidad de independencia.

Como parte del procedimiento, en una primera fase (tras las entrevistas de diagnóstico), se define el encuadre: terapia individual de cincuenta minutos de duración, durante doce sesiones distribuidas en un período de dos meses y medio que llevará a cabo un PIR bajo la supervisión de una psicóloga clínica. No se atenderá sin cita y se respetarán los horarios establecidos no prolongándose la terapia si la paciente llega tarde y recuperándose el tiempo si el terapeuta se retrasa.

Se aprovechan las sesiones de evaluación para crear el vínculo y contener la sintomatología con la búsqueda en común de tareas agradables que le permitan relajarse y acordando dejar las preocupaciones relacionadas con la enfermedad del padre para la consulta, con el fin de evitar en la medida de lo posible el trasvase de la angustia fuera de ella y posibilitando por lo tanto la autocontención. Así mismo se le pide a V. que haga un registro de aquellas cosas o hechos que le hacen sentir bien y los objetivos de futuro que le permitan orientar su vida y cuyo logro le harán sentirse realizada.

Con la información obtenida en la fase de evaluación, el material aportado a partir de las narraciones de bienestar subjetivo y la temática nuclear sobre los pensamientos o sentimientos que le generan angustia, comenzamos la segunda fase de la intervención orientada a la restauración de vínculos pasados desde el vínculo terapéutico, lo que posibilita experiencias emocionales correctoras en un clima de aceptación incondicional. Gracias a ello consigue primero hablar con su madre e iniciar una nueva manera de relacionarse que reduce tensiones y aumenta el cariño y la colaboración. Después puede expresar sus emociones a su pareja quien las recoge mucho mejor de lo que ella se esperaba, generándose así el ambiente de intimidad del que carecían. Y posteriormente consigue llorar de forma sana en consulta a sus abuelos y así iniciar la integración de su muerte. Tras esto visita a su abuela “la mala” quien días después fallece. Y es V. quien se encarga principalmente de los trámites de la muerte. Al producirse este hecho en medio del proceso terapéutico también se pudo acompañar en el duelo de esta abuela que pese a todo quería.

A lo largo de todo el proceso nos apoyamos en el humor como técnica, ya que en muchos momentos acompañaba a V., y en la construcción conjunta de narrativas alternativas cuando era necesario.

La paciente no acude a la última consulta ya que según informa telefónicamente ha conseguido un trabajo.

La evolución o resultados valorarían el beneficio subjetivo de la terapia y se mide con una escala heteroaplicada tipo likert realizada al efecto y aplicada por el terapeuta.

## **Evolución**

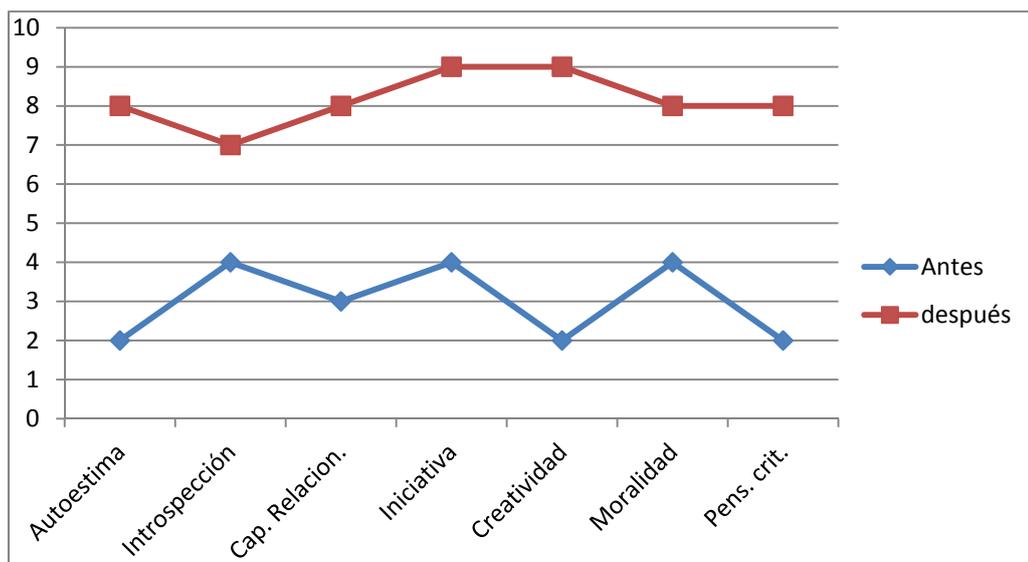
La evolución de la paciente es progresiva y clara desde el primer momento en se realiza la vinculación terapéutica y esta evolución se concreta en cambios conductuales y afectivo-

motivacionales: Algunos de ellos se hallan reflejados cuantitativamente en la tabla 1.

Se reduce la sintomatología y se producen una serie de cambios de índole emocional y relacional que afectan directamente a la vida de V:

1. La relación con su madre pasa de una comunicación ausente o centrada en los problemas de su padre y siempre con tintes agresivos, a una comunicación abierta y de dialogo.
2. Gracias a esto su madre vuelve a asumir responsabilidad en los cuidados de su marido y en las tareas del hogar.
3. La relación de pareja gana en diálogo, intimidad y madurez lo que facilita la independencia de V. del núcleo familiar de origen y les lleva a alquilar una casa para vivir juntos.
4. Con ello V. da pasos hacia los objetivos que tiene en la vida y toma una nueva perspectiva en relación a la enfermedad de su padre. Sigue muy pendiente de él y de su madre (y los ve todos los días) pero ya no son el centro de su vida, lo cual consideramos una forma más sana de afrontar el problema.
5. Recupera la satisfacción en las relaciones sociales y amplía su horizonte relacional sin recurrir a las sustancias.
6. Consigue aclarar sus sentimientos hacia su abuela “la mala” y cuando ésta fallece logra enfrentarse al proceso con gran madurez.
7. Y por último, V. es capaz de conseguir un puesto de trabajo cuando la crisis económica muestra su cara más feroz.

**TABLA 1**



## Discusión

*(...El resiliente ha de hacer un llamamiento a los recursos internos que se hallan impregnados en su memoria, debe pelearse para no dejarse arrastrar por la pendiente natural de los traumas que le impulsan a correr mundo y a ir de golpe en golpe hasta el momento en que una mano tendida le ofrezca un recurso externo, una relación afectiva, una institución social o cultural que le permita salir airoso...)* (Los patitos feos. B.Cyrulnik)

V. muestra, a través del análisis relacional y de su psicobiografía, un posible “proceso resiliente”, gracias al cual, y hasta ahora, había salido airoso de los acontecimientos estresantes. Pero de un tiempo a esta parte (el aquí y ahora de la consulta) “los pilares” sobre los que se apoya su resiliencia (ver tabla 1) se han ido debilitando y ante la nueva dificultad (enfermedad del padre), la paciente manifiesta una sintomatología ansioso-depresiva que le lleva a las consecuencias antes expuestas.

Según Cyrulnik, el niño resiliente adquiere, a través de las primeras interacciones con la madre, una serie de recursos internos que le permite alcanzar un vínculo afectivo de tipo protector y desarrollar comportamientos de seducción con los que será capaz de encontrar y acercarse a todo aquel que esté dispuesto a prestarle ayuda. Si tenemos en cuenta los desencadenantes que traen a V. a consulta, podemos ver que en estos momentos, los vínculos de los que ella se nutre, están siendo considerados como “ausentes” (hermana), “debilitados” (padre y madre), o “desaparecidos” (abuelos y pareja). En estos momentos de oleaje el barco en el que navega V. corre el riesgo de naufragio y llega a consulta buscando (es ella la que solicita a su MAP consulta con nosotros) esa mano tendida que le permita salir airoso nuevamente. La tarea será recrear un vínculo seguro que, a través de una terapia que se apoya en la relación terapéutica, le ayude a restaurar los dañados. La investigación de R. Sivak, A. Ponce, A.M. Huertas, C. Horikawa, P. Díaz Tolosa, R. Zonis, R. Zukerfeld (2007), tiende a confirmar el papel reparador de los vínculos cuando se padecen episodios traumáticos. Así nos ponemos en el papel de *tutor* de la resiliencia para fomentar el proceso resiliente desde el papel fundamental que posee la calidad de la narrativa en construcción con el otro. Este “otro” es el que cumplió una función estructurante en las cuatro funciones freudianas como auxiliar, modelo, objeto y rival (Freud 1921), y puede volver a cumplirla con un efecto ahora reestructurante (Sivak, R., Ponce, A., Huertas, A. M., Horikawa, C., & Díaz, P,2007). Lo que nos lleva a la noción de vincularidad reestructurante que resalta el potencial estructurante de los vínculos secundarios. Esta noción está asociada con la moderna concepción de neuroplasticidad y con la idea de que nuevos vínculos construyen nuevas subjetividades (R.Zukerfeld y R. Zonis, 2011). Y aquí entra en juego la narrativa que es desde donde trabajamos. Además, no olvidemos que una de las expectativas que trae V. a consulta es que le “ayudemos a ver las cosas desde otra perspectiva”. De las distintas definiciones de narrativa podemos extraer que éstas proveen la estructura para organizar pensamientos, motivaciones,

memorias y experiencias de la vida, de manera que la ambigüedad natural de la vida se reduzca y la coherencia y consistencia interna aumente (Baumeister y Newman 1994; Ramsay 1998; Sarbin 1986). Es a través de la narrativa desde donde se construyen los significados de los hechos con los que nos encontramos. Ramsay (1998) sugiere que pasamos a vivir la historia en el momento en el que la escribimos. Cuando V. nos presenta su primer recuerdo (y después otros muchos) no encontramos los tintes de tragedia que podría tener por los momentos vividos en su infancia. Gracias a los vínculos establecidos en aquella época V. ha podido elaborar los hechos que pudieron ser traumáticos. A pesar de ello cuando llega a consulta dice que su infancia ha sido mala y lo que más recuerda son “las cosas malas”, cosa que curiosamente cambia cuando se fortalece el vínculo. Se parte de la infancia para llegar a los focos que ahora necesitan reelaboración que son la agresión de su ex pareja, la muerte de sus abuelos y la enfermedad del padre que aparece poco después del abandono del alcohol. Para este trabajo nos apoyamos en la utilización del humor que es una herramienta idiosincrática propia de V. que nos facilita la construcción conjunta de narrativas positivas. Uno de los aspectos destacables en nuestro caso es la rapidez con la que se producen los cambios. Estos son apreciables una vez se fortalece el vínculo y aumentan sesión tras sesión hasta producirse el alta: El proceso de metamorfosis se ha iniciado.

Según B. Cyrulnik, después del trauma parece no existir una reversibilidad pero si cabe la posibilidad de *metamorfosis*. Esta idea de metamorfosis es indispensable para su teoría del trauma, y la palabra es la varita mágica que permite metamorfosear, ya que es a partir del momento en el que el niño puede verbalizar cuando su mundo cambia gracias al nuevo significado que éste puede darle a través de sus relatos creados para dar una interpretación a lo que le ha sucedido. Esta metamorfosis o transformación también estaría relacionada con las concepciones neurocientíficas de plasticidad neuronal siendo entendida como fluidez de los procesos psíquicos, en contraposición con las cristalizaciones patológicas (R.Zuckerfeld y R. Zonis, 2011). Es curiosa la similitud de este proceso con lo que ocurre en los sueños que V. trae a consulta. Estos comienzan siendo de angustia pero, gracias a la aparición de figuras que le ayudan (el padre en uno y mucha gente en otro), se *metamorfosean* en sueños “agradables”. Podríamos estar hablando de una coincidencia, o de algún mecanismo a nivel estructural que también actúe en el sueño. En el primer sueño V. cuenta que se sentía angustiada pero protegida ya que no se veía sola. Y después comenta “Con mi padre había muchos problemas, pero le necesitaba...” Y a raíz de contar el segundo sueño la relación terapéutica se fortalece, la paciente se abre más y se empiezan a producir los cambios. Zuckerfeld y Zonis hablan de una tercera tópica, también planteada desde distintas perspectivas por Green (1990), Dejours (1986), Maruscco (1988-1999), Raggio (1989) y Merea (1994). Ellos caracterizan un modelo psíquico que entienden como la construcción del psiquismo desde la relación entre soma y otro y que añade a la segunda tópica, la escisión como mecanismo estructurante, siendo este

inconsciente escindido sede de huellas activables pero no evocables. Desde un punto de vista dinámico la tercera tópica incluiría los procesos terciarios<sup>9</sup> que otorgan un sentido a lo escindido irrepresentable gracias a un vínculo intersubjetivo, siendo el mecanismo de la creación de lo nuevo. Desde este modelo y desde estos mecanismos es posible “crecer” con la ayuda indispensable del vínculo y el consecuente cambio de discurso. Esto explicaría la rapidez y flexibilidad con que V. Ha generado nuevas posibilidades saludables y que constituyen una nueva forma de crear.

## Conclusiones

1. Alejándonos del posible diagnóstico (que según los criterios de la DSM IV sería Trastorno adaptativo, lo cual puede resultar paradójico una vez analizado el caso) nos hemos podido acercar a las necesidades de la persona y esto nos ha permitido un análisis desde las potencialidades de la misma.
2. En este caso **la vulnerabilidad**, en forma de síntomas, que muestra la paciente al enfrentarse a la enfermedad del padre es la que la moviliza para pedir ayuda y buscar esa mano tendida que la “salve”.
3. Mirando más allá de esa **vulnerabilidad**, encontramos un **proceso resiliente** en el que nos apoyamos, desde una perspectiva interpersonal, para activar su “potencial transformador” (restaurando vínculos desde el vínculo terapéutico y la reconstrucción de narrativas alternativas) y fortalecer así los pilares de su resiliencia.
4. Esto le ha permitido a la paciente desarrollar un discurso del presente más sano del que traía a consulta y posibilita a su vez un discurso más realista respecto a su futuro y su proyecto vital.
5. Ello conlleva cambios de actitud en la paciente que se acompañan de cambios importantes en su vida conduciéndola a una forma más saludable de afrontar sus problemas.
6. La utilización del vínculo terapéutico como vínculo reestructurante se muestra efectivo en este caso en el que nos encontramos frente a un “proceso resiliente”.
7. Las limitaciones de este estudio tienen que ver con ser un caso único y tras la práctica clínica por cuestiones éticas y deontológicas. Por otro lado, habría que seguir investigando el papel de los sueños en el mecanismo reestructurante y también sería importante cuantificar la profundidad y la intensidad del trauma que justificaría (necesario) que se produzca el proceso resiliente.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment Hillsdale*. New Jersey: Erlbaum.
- Aliño, J. J. L. I., & Miyar, M. V. (Eds.). (2008). DSM-IV-TR.: texto revisado. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Harcourt Brace De Espana Sa.
- Anthony, E. J. (1974a). The syndrome of the psychologically invulnerable child. En E.J. Anthony y C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk*, vol. 3 (págs. 529-544). Nueva York: Wiley.
- Anthony, E. J. (1974b). The syndrome of the psychologically vulnerable child. En E.J. Anthony y C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk*, vol. 3 (págs. 3-10). Nueva York: Wiley.
- Badaracco, G. (2006). *El Psicoanálisis Multifamiliar: Cómo curar desde la virtualidad sana*. Manuscrito no publicado.
- Baumeister, R. F., y Newman, L. S. (1994). How stories make sense of personal experiences: Motives that shape autobiographical narratives. *Personal and Social Psychology Bulletin*, 6(20), 676-690.
- Boris, C. (2001). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: The Hogarth Press.
- Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia*. Barcelona: Granica.
- Dejours, C. (1986). La troisième topique. En Ch. Dejours, *Lecours entre Biologie et Psychanalyse*. Paris: Gallimard.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (págs. 130-155). Cambridge: Cambridge University Press.
- Freud, S. (1973). *Psicología de las Masas y Análisis del Yo. Obras Completas, T III*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. En E.J. Anthony y C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk*, vol. 3 (págs. 77-97). Nueva York: Wiley.
- Garmezy, N., Masten, A. S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders. A Biosocial Model*. Londres: Routledge.
- Golse, B. (2006). Le pédopsychiatre – psychanalyste face au concept de résilience. La résilience avant l'après-coup. In B. Cyrulnik & P. Duval (Orgs.), *Psychanalyse et Résilience* (págs. 61-76). Paris: Odile Jacob.
- Green, A. (1990). El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. En A. Green, *De Locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Grotberg, E. (2002). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E.N. Suárez, *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Argentina: Paidós.
- Guedeney, A. (2006). L'attachement et la résilience: théorie, clinique et politique sociale. En B. Cyrulnik y P. Duval (Orgs.), *Psychanalyse et Résilience* (págs. 155-156). Paris: Odile Jacob.
- Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). New York. Basic Books. \_
- Main, M. y Goldwyn, R. (1994). *Adult Attachment Rating and Classification System, Manual in Draft, Version 6.0*. Unpublished manuscript: University of California at Berkeley.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa.
- Marrone, M. (2001). Las aplicaciones de la teoría del apego a la psicoterapia psicoanalítica. En M. Marrone (Ed.), *La teoría del apego: un enfoque actual* ( págs. 179-186). Madrid: Psimática,
- Marucco, N. (1999). *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Merea, C. (1994). *La extensión del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez-Ojeda, M., Infante, F., y Grotterberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Puig, G. y Rubio, J. L. (2011). *Manual de Resiliencia Aplicada*. Barcelona: Gedisa.
- Raggio, E. (1989). Sobre la escisión del yo. Reflexiones sobre una tercera tópica freudiana. *Revista de Psicoanálisis*, XLVI, 2-3.
- Ramsay, J. R. (1998). Postmodern Cognitive Therapy: Cognitions, narratives, and personal meaning-making. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international quarterly*, 12 (1): 39-55.
- Rojas Marcos (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantages. En M.W. Kent y J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention in psychopathology: Vol. 3. Social competence in children* (págs. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Sarbin, S. F. (1986). The narrative and the process of psychotherapy: Theoretical foundations and empirical support. En H. Rosen y K. T. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning-making perspective for psychotherapist* (págs. 307-375). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sivak, R., Ponce, A., Huertas, A. M., Horikawa, C. y Diaz, P. (2007). *Desarrollo resiliente y redes vinculares*. Premio APSA.
- Tyrer, P. (1992). *Clasificación de las Neurosis*. Madrid: Díaz de Santos.
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible. A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wiebe, D.J. y Smith, T.W. (1987). Personality and health. Progress and problems in psychosomatics. En R.

Hogan, Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (págs. 891-918). San Diego: Academic Press.

Wolin, S. y Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. California: University of California.

Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. Z. (2011). Sobre el Desarrollo Resiliente: Perspectiva Psicoanalítica. *Clínica*, 2 (2): 105-120.

Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. Z. (1999). *Psicoanálisis, tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar.

Original recibido con fecha:17-1-2014 Revisado: 20-2-2014 Aceptado para publicación: 28-2-2014

## NOTAS

---

<sup>1</sup> CORRESPONDENCIA: [spsusopol@gmail.com](mailto:spsusopol@gmail.com)

<sup>2</sup> El trastorno adaptativo es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas (durante los tres meses siguientes a inicio del estresante) emocionales o de comportamiento clínicamente significativos. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dado la naturaleza del estresante, o a un deterioro significativo de la actividad social o profesional (DSM IV-TR, 2008).

<sup>3</sup> Para este autor existe una distinción entre los términos prueba y trauma; en la prueba la persona se muestra angustiada, desgraciada pero íntegra, somos nosotros mismos, seguimos manteniendo una personalidad que funciona, que puede superar fácilmente dicha situación. En el trauma hay una pérdida de nosotros mismos, necesitamos sobrevivir a esa situación, incluso lo asemeja con la muerte, la persona está rota, desmembrada, no se sabe qué hacer, se vive atrapado en el pasado, en el dolor.

<sup>4</sup> Descritos por E. Bibring (1943). A diferencia de los mecanismos de defensa, apuntan a la realización de las posibilidades del sujeto en orden a superar los efectos del padecimiento.

<sup>5</sup> Médico de Atención Primaria

<sup>6</sup> Ansiolítico del grupo de las benzodiazepinas de vida media a intermedia.

<sup>7</sup> B. Cyrulnik dice en *Los patitos feos* que la resiliencia es el arte de navegar en los torrentes. Destacando con esta metáfora que la adquisición de recursos internos le da al resiliente la confianza y la alegría que le caracterizan.

<sup>8</sup> La perspectiva adoptada se basa en la terapia interpersonal o TIP (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) que es una terapia diseñada específicamente para tratar pacientes depresivos con un formato breve (en torno a las 20 sesiones semanales de una hora de duración). Según los autores del manual la intervención tiene sus notas características a tres niveles diferentes 1) estrategias, 2) técnicas y 3) actitud terapéutica. El supuesto básico de la TIP está en considerar que los cuadros depresivos que van a tratarse con ella tienen que ver con problemas que se manifiestan en una de las **cuatro áreas problema** siguientes: a) duelo, b) disputas interpersonales, c) transiciones de rol o d) déficits interpersonales.

<sup>9</sup> Descritos por Green (1996).