

10

Atención en urgencias de los trastornos de la personalidad

Alejandro Merino Fernández-Pellón

INTRODUCCIÓN

Para muchos de los que nos dedicamos a la clínica psiquiátrica, las clasificaciones sobre los distintos trastornos de la personalidad a las que estamos acostumbrados nos han parecido habitualmente poco precisas o difíciles de ajustar a la práctica clínica real.

Diez trastornos de la personalidad divididos en tres clusters (excéntricos, inmaduros y temerosos), con problemas para los clínicos a la hora de poder encuadrar a un paciente grave en uno sólo de esos trastornos.

De hecho, cuando intentamos pasar cuestionarios de personalidad validados a pacientes con trastornos de personalidad graves (IPDE, SCID, MCMI), no es extraño encontrarnos con que el paciente cumple criterios para varios trastornos de la personalidad de distintos clusters.

Poco a poco, en nuestra práctica clínica habitual, hemos ido dando por hecho que cuando nos derivan o cuando tratamos un paciente con marcados rasgos disfuncionales en su personalidad, el diagnóstico final será de trastorno límite de la personalidad, de trastorno antisocial de personalidad, de trastorno mixto de la personalidad cuando apreciamos en el paciente varios rasgos de distintos clusters, o bien de trastorno de la personalidad no especificado cuando no nos encaja claramente en ninguna de las categorías anteriores.

Es por ello, que cuando en 2010 se convocó a los colaboradores encargados de confeccionar la CIE-11 en materia de personalidad, dichos autores coincidían en su descontento con las clasificaciones existentes hasta ese momento. Al igual que los encargados de este tema en el DMS-5, los autores de la CIE-11 estaban cansados de un modelo categorial que se apartaba de la realidad clínica. Decidieron eliminar las categorías existentes sobre trastornos de personalidad, pasando a un modelo dimensional en el que el diagnóstico general de trastorno de la personalidad se matizaría en función de su gravedad (leve, moderado o grave) y del predominio de alguno de los 5 rasgos de personalidad que describen (afectividad negativa, desapego, desinhibición, comportamiento disocial o anancastia).

Algunos autores echaron en falta la categoría límite en esos rasgos de personalidad, por lo que se incluyó la posibilidad de señalar además la existencia de un patrón límite de personalidad. Para otros autores¹ de ese grupo este señalamiento de patrón límite no era necesario al estar ya cubierto en la descripción de un trastorno de la personalidad grave con una combinación determinada de los rasgos de personalidad que exponen en el nuevo modelo de la CIE-11.

Cabe señalar que el Modelo alternativo del DSM-5 en materia de trastornos de la personalidad tiene importantes similitudes con el propuesto por la CIE-11, como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Similitudes entre la CIE-11 y el modelo alternativo DSM-5 para los trastornos de la personalidad.

CIE-11 gravedad de la disfunción de la personalidad	Criterio A del DSM-5: nivel de funcionamiento de la personalidad
Ninguno	0) Sin deterioro (Funcionamiento saludable)
Dificultad de personalidad	1) Algún impedimento
Trastorno leve de la personalidad	2) Deterioro moderado
Trastorno moderado de la personalidad	3) Deterioro grave
Trastorno grave de la personalidad	4) Deterioro extremo
Calificadores de dominio de rasgos ICD-11	Criterio B del DSM-5: dominios de rasgos
Afectividad negativa	Afectividad negativa
Desapego	Desapego
Desinhibición	Desinhibición
Comportamiento disocial	Antagonismo
Anancastia	(Perfeccionismo rígido)
(Trastorno esquizotípico)	Psicoticismo
Continuidad con la práctica clínica	Tipos híbridos
Calificador de patrón límite	Antisocial, Evitativo, Límitrofe, Narcisista, Obsesivo-Compulsivo, Esquizotípico, Rasgo Especificado

Tomado de: Mulder R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in psychiatry*, 12, 655548. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>

Lo que sí tenemos todos más o menos claro, es que los pacientes a quienes acabamos diagnosticando como trastornos graves de la personalidad son personas con un marcado sufrimiento en ocasiones continuo pero más habitualmente episódico, que se desbordan emocionalmente ante estímulos aparentemente tolerables para la población general, hipersensibles en contextos interpersonales, con regresiones a funcionamientos mentales infantiles cuando se activan a nivel emocional, pasando a presentar actitudes demandantes, egocéntricas, distorsionando su percepción acerca de las intenciones de los demás, siendo incapaces de ser conscientes de su responsabilidad en las situaciones de conflicto.

Estados mentales como el que acabamos de describir llevan al entorno del paciente a rechazarlo. Bien es cierto que tras mucho tiempo de preocupación hacia él y de intentos por poder ayudarlo, en la mayor parte de los casos.

La angustia intolerable que llegan a padecer estos pacientes, intensificada por un sentimiento de incompreensión por parte de su entorno, acaban abocándolos hacia las alteraciones de conducta en forma de descontrol de impulsos (autolesiones, sobreingestas medicamentosas con finalidad ansiolítica, intentos autolíticos, heteroagresividad, conductas temerarias, alteración de la conducta alimentaria, consumo de tóxicos, etc.) con la finalidad de poder parar el sufrimiento.

Estas conductas empeoran aún más su relación con el entorno, dada la impotencia y el dolor que experimentan las familias y allegados de estos pacientes.

Por otro lado, el propio paciente que alterna estos estados alterados que ni él mismo es capaz de comprender, con otros en los que se encuentra más estable como consecuencia de una activación emocional escasa, se siente confuso respecto a su propia identidad. No acaba de saber realmente quien es. Es fácil escuchar a estos pacientes autodefinirse como “bipolar” o con “personalidad múltiple”.

Peter Fonagy y colaboradores publican en 2017 un artículo^{2,3} en el que describen la patología de estos pacientes como producto de una escasa resiliencia, entendida como la ausencia de patología mental ante situaciones adversas, así como también producto de una falta de confianza epistémica hacia el entorno. Aclaran que tal y como se va demostrando en estudios de los últimos años, no todas las personas sometidas a crianzas inseguras y factores ambientales desfavorables o incluso traumáticos acaban desarrollando patologías mentales, lo cual nos lleva a pensar que existen factores biológicos, incluidos factores genéticos, que predisponen a algunos individuos hacia la patología mental en general. Si a esta vulnerabilidad, que denominan como “factor P”, le añadimos apegos inseguros en la infancia (fundamentalmente apegos inseguros desorganizados), una espectralización inadecuado por parte de cuidadores con baja capacidad de mentaliza-

ción que no refleja al niño representaciones tolerables de las experiencias emocionales desreguladas que en ocasiones presentan, obtendremos como producto personas con gran dificultad para mantener una atención implícita a los estados mentales propios y ajenos (mentalización), con una gran impermeabilidad de sus canales de aprendizaje social (hipervigilancia epistémica) que los llevara a una gran rigidez en sus relaciones interpersonales y una incapacidad de adaptación a nuevas circunstancias, así como a una escasa resiliencia, entendida como la capacidad metacognitiva que permite clasificar situaciones nuevas, hacer una reevaluación retrospectiva de la amenaza e inhibir las sensaciones retraumatizantes.

Por otro lado, como explican Paola Bozzatello y colaboradores en su revisión⁴ publicada en 2021, la interacción entre determinadas características genéticas y experiencias traumáticas como el abuso sexual, el abuso físico o la negligencia extrema, termina por afectar sistemas biológicos como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, mecanismos de neurotransmisión, sistemas opioides endógenos, volumen de materia gris y conectividad de sustancia blanca cerebral.

La afectación de estos sistemas biológicos podría explicar la refractariedad en el tratamiento de pacientes con trastornos graves de la personalidad, así como la gran comorbilidad que observamos en ellos (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, sintomatología obsesivo-compulsiva, alteración de la conducta alimentaria, clínica disociativa, adicciones, sintomatología psicósomática e incluso clínica cognitivo-perceptiva prepsicótica).

Nos encontramos por tanto ante un tipo de pacientes con una psicopatología grave, de muy difícil tratamiento, con características que generan una pésima contratransferencia en los terapeutas que los atienden. Es por ello que el diagnóstico de trastorno grave de la personalidad efectivamente está muy estigmatizado. Al paciente le cuesta adherirse a un tratamiento ambulatorio y sólo acude de urgencia a su centro ambulatorio o a las Urgencias de su Hospital General cuando la desregulación emocional los lleva a una angustia intolerable, encontrando en el descontrol de impulsos la única salida a su sufrimiento.

Ante una situación como ésta, el terapeuta de Urgencias suele experimentar él mismo una gran activación emocional con el consiguiente descenso en su propia capacidad de mentalizar, lo cual es fácil que lo lleve a rechazar al paciente, a sobreactuar en sus decisiones respecto a su tratamiento, a acelerar en exceso el alta del paciente o incluso a transmitir duros juicios hacia él⁵.

Autores noruegos como Ekeberg, defienden en su artículo de 2019 que se hace necesaria una formación adecuada acerca de los trastornos de la personalidad por parte de los terapeutas que los van a atender, no sólo por ser algunas terapias regladas el tratamiento nuclear

más eficaz para ayudar a estos pacientes, sino porque la formación es también imprescindible para poder ayudar adecuadamente a estos pacientes en los frecuentes contextos de urgencia en los que los vamos a encontrar. Estos autores describen en su artículo programas noruegos y suizos de contención en crisis, cuando medidas ambulatorias no están resultando eficaces, mediante ingresos cortos en unidades psiquiátricas de entre 3 y 5 días con buenos resultados tras el alta⁶.

En la misma línea de lo que acabamos de comentar, autores franceses realizan en 2020 una revisión acerca de la consistencia de las actuaciones realizadas en servicios de urgencia hacia pacientes con trastornos graves de la personalidad. Su conclusión fue que, en una tercera parte de las ocasiones, la actuación no fue la idónea⁷.

También en 2020 se pasaron cuestionarios a médicos de urgencia de la ciudad de Nueva York acerca de sus sensaciones a la hora de tratar pacientes con abuso de sustancias y pacientes con trastornos graves de la personalidad. Cabe destacar que estas dos patologías co-ocurren en un 53,2% de los casos. Dos tercios de médicos encuestados se sentían insuficientemente capacitados para el manejo de estas patologías⁸.

Con el fin de explicar pautas de manejo adecuadas para estos pacientes en los servicios de Urgencias, utilizaré el modelo de la mentalización, que como sabemos se trata de uno de los modelos más contrastados en cuanto a su eficacia en el tratamiento de los trastornos graves de la personalidad.

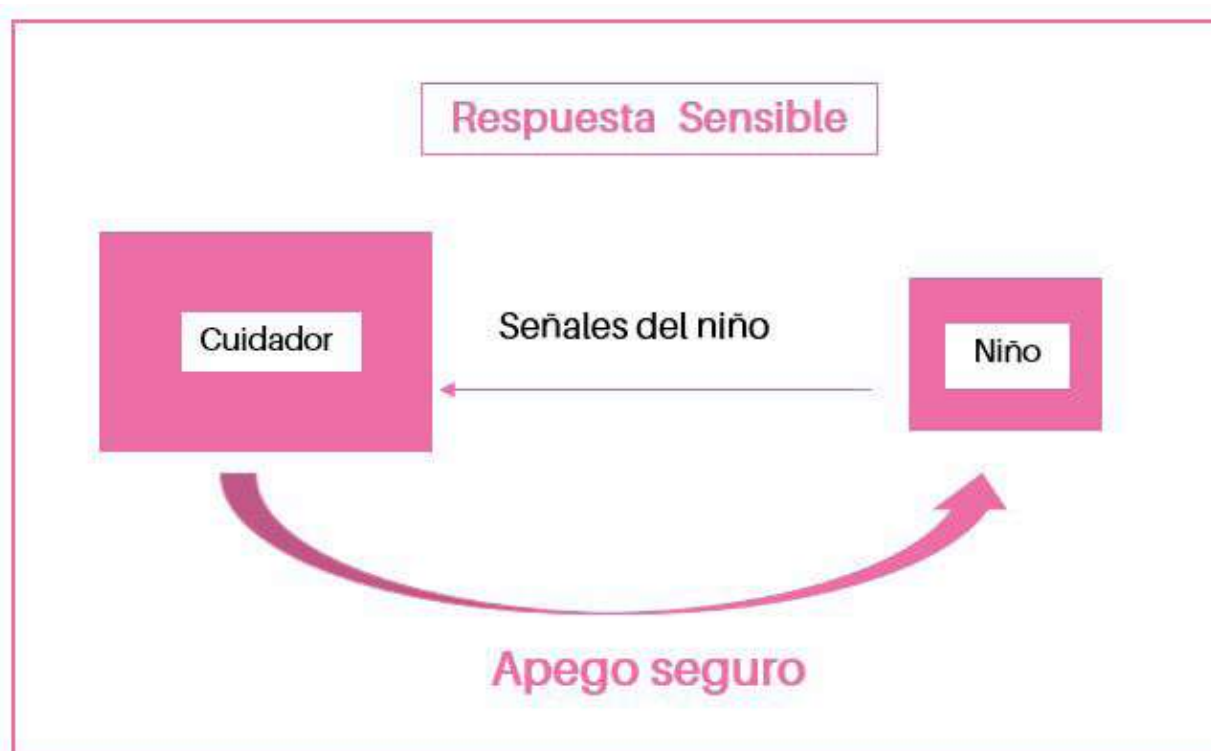
GÉNESIS DE LA PERSONALIDAD NORMAL O PATOLÓGICA DESDE EL MODELO DE LA MENTALIZACIÓN

Tanto Bowlby como Ainsworth no tenían duda sobre la importancia del vínculo entre niño y cuidador a la hora de facilitar un desarrollo psíquico adecuado en el infante. Si el vínculo llegaba a ser sólido y adecuado, facilitaríamos que el niño llegara a internalizar un sentimiento de seguridad que le permitiría separarse del cuidador, explorar el entorno y relacionarse con pares. Es a lo que llamaron Apego Seguro. Pero, ¿cuál es el mecanismo o la estrategia que permite conseguir este Apego Seguro?

Para responder a esta pregunta, Mary Ainsworth describió la Respuesta Sensible (ver Figura 1) por parte del cuidador. Dicha respuesta consiste en un cuidador capaz de detectar las señales instintivas emitidas por el niño (llanto, sonrisa, aferramiento, seguimiento visual, etc.) y responder a ellas en función de las necesidades que presenta el niño en ese momento.

Imaginemos a un bebé de 6 meses que llora porque tiene hambre. Un cuidador adecuado detecta el llanto del niño, intuye en él una necesidad, acude en su ayuda, indaga para llegar a determinar cuál es realmente la necesidad del niño (sueño, dolor, hambre, frío, calor, pañal mojado, etc.), soluciona dicha necesidad y realiza todo ello generando un clima de cariño y entrega. El niño recupera la tranquilidad gracias a su cuidador.

Figura 1: Respuesta Sensible.



Fuente: Elaboración propia.

Cuando esta se convierte en la interacción habitual entre niño y cuidador, el niño acaba identificando al cuidador como una fuente de alivio y seguridad. Su experiencia es que cuando se ha sentido mal o ha necesitado algo, el cuidador (habitualmente la madre) ha abandonado cualquier otra ocupación para acudir en su ayuda, de forma generosa, con el único interés de terminar con su malestar. En su mente el cuidador se convierte en alguien imprescindible para su bienestar. Alguien que antepone su satisfacción de niño a la suya propia. ¡Mientras exista mi cuidador no hay nada que temer!

Esta sensación de seguridad en presencia del cuidador es a lo que llamamos Apego Seguro y es el producto de la interacción habitual del niño con un cuidador que ejerce el tipo de Respuesta Sensible que acabamos de describir.

Con el tiempo, la sensación de seguridad se acabará introyectando, pudiendo el niño ser capaz de regular sus emociones aún alejado de la presencia de su cuidador.

Cabe destacar que el mundo interpersonal del bebé y del niño muy pequeño suele estar reducido a sus cuidadores principales. Por este motivo, en esas etapas tempranas del desarrollo, la imagen que generará el niño sobre sí mismo será un reflejo de la imagen que le han devuelto esos cuidadores. El niño se sentirá importante, valorado, querido, tenido en cuenta, respetado. Los autores del Apego llamaron a esto Modelos Operativos Internos o Modelos Internos de Trabajo, respecto a uno mismo.

Por otro lado, el mismo niño desarrollará una imagen acerca de los demás como personas fiables, que están cuando las necesitas. A esto lo llamaron Modelos Operativos Internos respecto a los demás.

Los autores de la Teoría del Apego defienden que estos Modelos Operativos Internos o Modelos Internos de Trabajo, respecto a uno mismo y respecto a los demás, se mantienen en el tiempo e influyen de manera importante en nuestras relaciones a lo largo de la vida adulta⁹.

La Respuesta Sensible, descrita por Mary Ainsworth, se consideró durante muchos años la clave para la génesis de un Apego Seguro y por tanto para un desarrollo psíquico adecuado.

En el año 96, dos autores llamados Gergely y Watson publicaron un artículo en el que describían una teoría de retroalimentación social a través del reflejo afectivo realizado por los cuidadores hacia los niños. Este reflejo permitiría al niño llegar a desarrollar la atención hacia sus propias emociones pudiendo así conseguir controlarlas¹⁰.

Dicho de otra manera, para estos autores la Respuesta Sensible de Mary Ainsworth es fundamental para el desarrollo psíquico, al ser el camino hacia el desarrollo del Apego Seguro, pero no es suficiente.

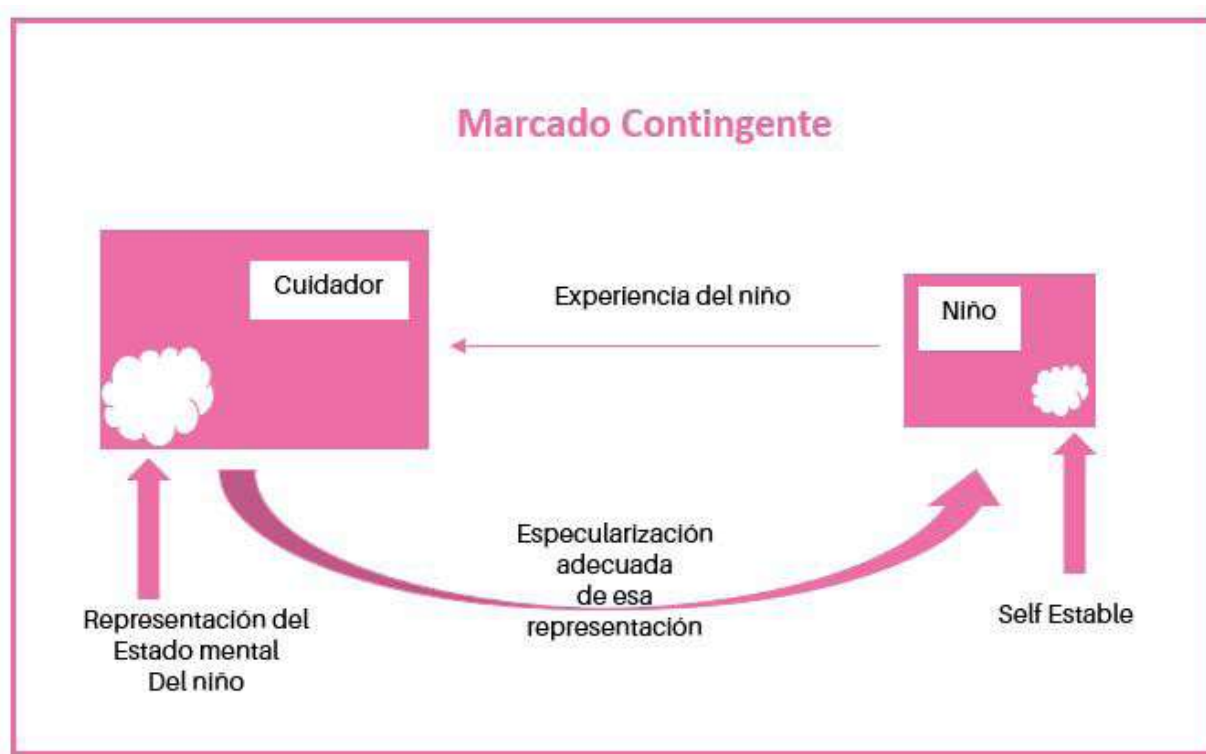
En realidad, un robot bien diseñado podría detectar las señales emitidas por un niño, acercarse, “diagnosticar” el problema que tiene y solucionarlo. El niño llegaría a generar un vínculo sólido con este robot al ser el artífice de su bienestar. Pero, ¿realmente este robot generaría una evolución óptima en la mente del niño?

Todos pensamos que no, pero ¿cuál es la razón?

Imaginemos al mismo niño de 6 meses que llora porque tiene hambre. Su vivencia es intolerable. Siente una necesidad que aún no sabe lo que es y no es capaz de satisfacerla por sus propios medios. No sabe hasta dónde llegará su angustia ni si acabará algún día.

Como decíamos, el que su cuidador acuda a solucionar el problema de forma sensible no es suficiente.

Figura 2. Mercado Contingente.



Fuente: Elaboración propia

Un cuidador con buena capacidad de mentalización, que por definición tiene las mentes en mente, al escuchar llorar a su niño generará en su propia mente una representación secundaria de lo que está siendo la vivencia del niño. Acudirá en su ayuda, detectará y solucionará el problema, como defendía Mary Ainsworth, pero además reflejará o especlarizará hacia el niño la representación secundaria que tiene en su mente. Una representación secundaria mucho más tolerable que la vivencia primaria intolerable que experimentaba el niño hasta ese momento. El niño introyectará esta representación secundaria y tolerable en su mente, "etiquetándola" como una vivencia que tiene nombre y puede solucionarse.

El cuidador refleja esta representación secundaria de una forma "marcada", lo cual significa que muestra mediante su lenguaje no verbal que él mismo no está teniendo la misma vivencia que el niño. Él se encuentra tranquilo. Pero es consciente de lo que el niño está sintiendo. Le devuelve de una forma teatralizada y desdramatizadora la emoción que hasta ese momento el niño no ha sido capaz de catalogar.

La respuesta del cuidador está claramente relacionada con la vivencia del niño. A eso nos referimos con "contingente" (teniendo en cuenta la acepción inglesa de "contingent" como "dependiente de").

Gracias a la especularización marcada y contingente llevada a cabo por el buen mentalizador cuidador, este bebé irá introyectando en su mente que lo que sentía se llama “hambre”, que no es un drama, que se soluciona tomado el biberón. A los 3 años, cuando experimente esa sensación ya no llorará presa del pánico, sino que pedirá una galleta con una sonrisa.

Además, va tomando conciencia de que cuando él se ve en apuros, su estado mental alterado no altera el estado mental de su cuidador, quien es capaz de ayudarlo sin perder su propia tranquilidad.

Si esta es la relación habitual entre ellos, además de desarrollar un Apego Seguro, el niño generará un “Self Estable”, producto de la introyección de múltiples representaciones secundarias tolerables reflejadas por su cuidador, que vinieron a sustituir a sus vivencias primarias intolerables.

La estabilidad mental que irá generando este afortunado niño le permitirá, no sólo explorar su entorno físico, sino también el mundo mental. Será capaz de prestar atención a sus propias emociones, ya especularizadas de forma tolerable por su cuidador. Podrá pararse a pensar en las emociones de los demás. No tendrá miedo de la exploración del mundo emocional propio y ajeno, desarrollando de este modo su futura capacidad de mentalizar.

Para llegar a comprender uno de los hitos más importantes en el desarrollo del aparato psíquico, descrito en los últimos años y llamado “Confianza Epistémica”, explicaré brevemente la Teoría de la Pedagogía Natural¹¹ desarrollada por Csibra y Gergely, en la que explican cómo gracias a “señales ostensivas” el humano hace saber al niño que la información transmitida es importante para los miembros de su cultura y generalizable a circunstancias similares. Esta enseñanza activa hacia los niños, característica de la especie humana, les permite asimilar en un corto espacio de tiempo la tremenda cantidad de información abstracta y simbólica necesaria para poder sobrevivir y avanzar en su contexto cultural.

El niño pequeño no nace predispuesto a introducir en su mente la información que proviene del exterior. A esto lo llamamos “desconfianza epistémica” y es gracias al desarrollo de un vínculo seguro con el cuidador, que el niño es capaz de ir abriendo progresivamente sus canales de aprendizaje social. Poco a poco, el niño que se siente seguro va generando una “confianza epistémica” con su cuidador, permitiéndole que lo instruya y tomando muy en serio sus enseñanzas precedidas de las mencionadas señales ostensivas¹².

Volviendo a la descripción que veníamos haciendo del bebé que tiene hambre, podríamos decir que gracias a la respuesta sensible del cuidador, el niño va generando un apego seguro con él, pudiendo abrir paulatinamente sus canales de aprendizaje social que permitirán la entrada, no sólo de información relevante, sino también de las especularizaciones marcadas descritas por Gergely y Watson¹⁰, devoluciones hechas al niño por parte del cuidador de representaciones secundarias tolerables que vienen a sustituir los estados emocionales primarios e intolerables que experimenta el niño.

Cabe destacar que la forma marcada o teatralizada en que el cuidador refleja al niño estas representaciones secundarias tolerables, no es otra cosa que un ejemplo de señales ostensivas con las que el cuidador pone al niño en alerta para recibir información relevante.

Figura 3. *Confianza Epistémica.*



Fuente: Elaboración propia.

Pero, ¿cuáles son las consecuencias de haber desarrollado un apego seguro gracias a la respuesta sensible del cuidador, lo cual ha permitido vencer la desconfianza epistémica y abrir los canales de aprendizaje social, que a su vez facilitará la formación de un self estable al ser el niño capaz de introyectar los reflejos marcados hechos por el cuidador en relación a sus estados emocionales?

Pues la consecuencia será que ese niño internalizará un sentimiento de seguridad propio que le permitirá explorar el entorno, relacionarse con pares e ir independizándose de sus cuidadores. La vivencia que tendrá sobre sí mismo será la de ser una persona querida y tenida en cuenta. Verá a los demás como personas fiables. Habiendo generado una confianza epistémica tendrá abiertos sus canales de aprendizaje social, lo cual lo hará permeable a múltiples informaciones y puntos de vista en el futuro, con lo que su pensamiento no será rígido y dogmático sino relativista y dinámico. Podrá adaptarse a las nuevas circunstancias y contextos vitales gracias a su capacidad de estar abierto al descubrimiento de nuevas perspectivas.

La introyección de representaciones secundarias tolerables especlarizadas por sus cuidadores le permitirá llegar a tener un self estable, que conocerá sus emociones, que no tendrá miedo de

explorarlas, al igual que no temerá la exploración de las mentes ajenas. De este modo irá desarrollando una sólida capacidad de mentalización, o lo que es lo mismo, una atención implícita en el aquí y ahora tanto a su estado mental como al de los demás aún en momentos de gran activación emocional, lo que le proporcionará un mayor control emocional y conductual, una fluida y empática relación con los demás, una mayor asertividad, una narrativa autobiográfica coherente, una percepción de los sucesos del entorno más ajustada a la realidad, una manera proporcionada de expresar las emociones, una mayor estabilidad yoica sin cambios bruscos y frecuentes en su estado mental.

En ocasiones, el cuidador no responde a estas señales o responde de una manera inapropiada.

Figura 4. Falta de Respuesta Sensible.



Fuente: Elaboración propia.

Imaginaos un cuidador que está enfermo y no puede acudir a las llamadas del niño, o que ni siquiera está, o que está borracho o drogado, o que presenta un episodio depresivo o psicótico y no es capaz de prestar atención a las necesidades del pequeño, o que considera más importantes sus quehaceres de ese momento como para interrumpirlos simplemente porque llore su hijo.

Existe incluso la posibilidad, defendida hasta por algunos terapeutas, de ignorar las llamadas de socorro del niño con el fin de que se haga más duro, de que duerma mejor, de educarlo para que no moleste a sus mayores, consiguiendo con este método, alejado de nuestro modelo, que

el niño acabe por dejar de emitir esas señales instintivas que no buscaban otra cosa que recuperar su seguridad interna a través del contacto con su cuidador.

Volviendo a nuestro ejemplo del niño de 6 meses que llora porque tiene hambre, es posible que su cuidador, por alguna de las causas mencionadas, no acuda a resolver la necesidad que presenta su hijo. Pero también es posible que acuda y sólo lo acune compulsivamente, sin ser capaz de explorar realmente cuál es la necesidad que presenta el niño. Otra posibilidad errónea es que el cuidador acuda a solucionar el problema, le dé un biberón al bebé, pero lo haga como una obligación desagradable, deseando que se acabe la leche cuanto antes, mirando el móvil para que esa tediosa espera termine cuanto antes.

Ninguna de las respuestas descritas por parte del cuidador se podrían considerar respuestas sensibles.

Si estas respuestas insuficientes son las habituales del cuidador hacia el niño, no se generarán lazos de seguridad entre ellos. Se irá desarrollando un apego inseguro en el niño. No conseguirá un nivel de seguridad interna que le permita sentirse confiado para explorar el entorno, le costará relacionarse con pares y será complicada su independencia.

En cuanto a sus modelos internos de trabajo respecto a sí mismo, probablemente su autopercepción no sea muy optimista. Sentirá que es un individuo a quien no se presta atención, a quien no se tiene en cuenta, un individuo que sobra, que frecuentemente molesta, que consigue mayor refuerzo y aparentemente afecto cuando pasa desapercibido. Para su entorno parece que es mejor que no esté o que parezca no estar.

Sus modelos operativos internos respecto a los demás, es probable que no lo lleven a ser una persona muy confiada. Cuando él sufre o siente alguna necesidad, los demás parecen molestarse, no lo tranquilizan, no son individuos en quienes pueda confiar. En realidad, es mejor que no lo vean sufrir. Cuando él tiene algún problema, es mejor que lo resuelva discretamente, ya que, si los demás entran en escena, acaban siendo un problema añadido ellos mismos.

Podemos intuir que no se está facilitando en este niño la apertura de sus canales de aprendizaje al no conseguir salir de su desconfianza epistémica innata.

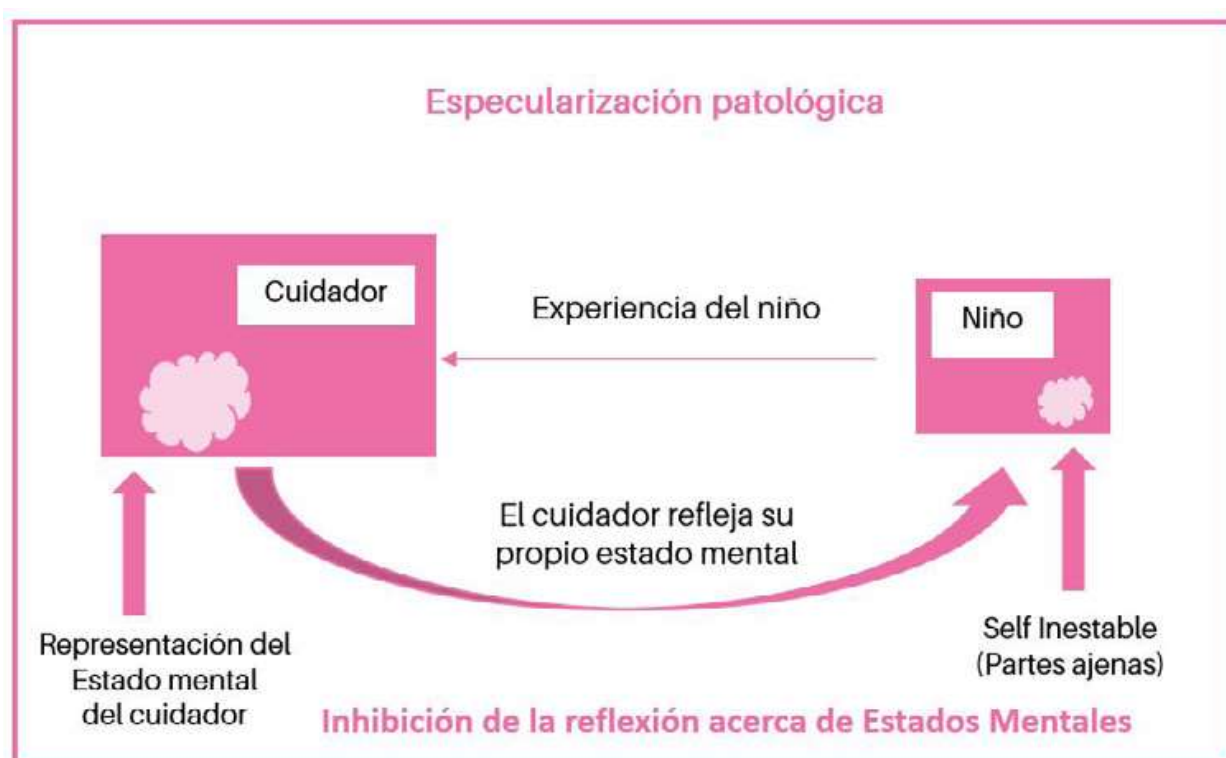
Pero en ocasiones, la respuesta del cuidador no es sólo inadecuada sino traumática.

Imaginemos un cuidador que, al escuchar el llanto de su hijo, se acerca a él y le da una paliza, devolviéndole su propio estado mental patológicamente alterado.

Los niños que reciben esta especularización inadecuada, no sustituyen su vivencia primaria intolerable por una representación tolerable, etiquetada, devuelta por un cuidador mentalizador. Lo que

introducen en su mente es una representación aún más intolerable que la que estaban viviendo. Introducen representaciones aterradoras de un entorno caótico que no van a ser fácilmente digeridas por su psique, desarrollando una inestabilidad yoica producida precisamente por esas vivencias intolerables procedentes del entorno, que, al no poder ser digeridas, etiquetadas o elaboradas, pasan a “enquistarse” en su aparato mental. A estas partes disociadas de su mente las podríamos denominar partes ajenas del yo (“alien self” en la teoría de la mentalización inglesa).

Figura 5. Especularización Patológica.



Fuente: Elaboración propia.

Un aparato psíquico inestable, por la presencia de estos “quistes traumáticos” disociados, no tendrá la calma necesaria para la exploración en mindfulness de su entorno físico, inhibirá de forma defensiva la exploración de sus propias emociones (emociones que, por otro lado, nadie le ayudó a reconocer y etiquetar), inhibirá también de forma defensiva la exploración de las mentes ajenas, necesitará recompensas inmediatas e hiperactividad para mantener su mente en el aquí y ahora (ya que la quietud mental te hace sentir más próxima la amenaza y el acecho de esas partes traumáticas disociadas que no queremos revivir).

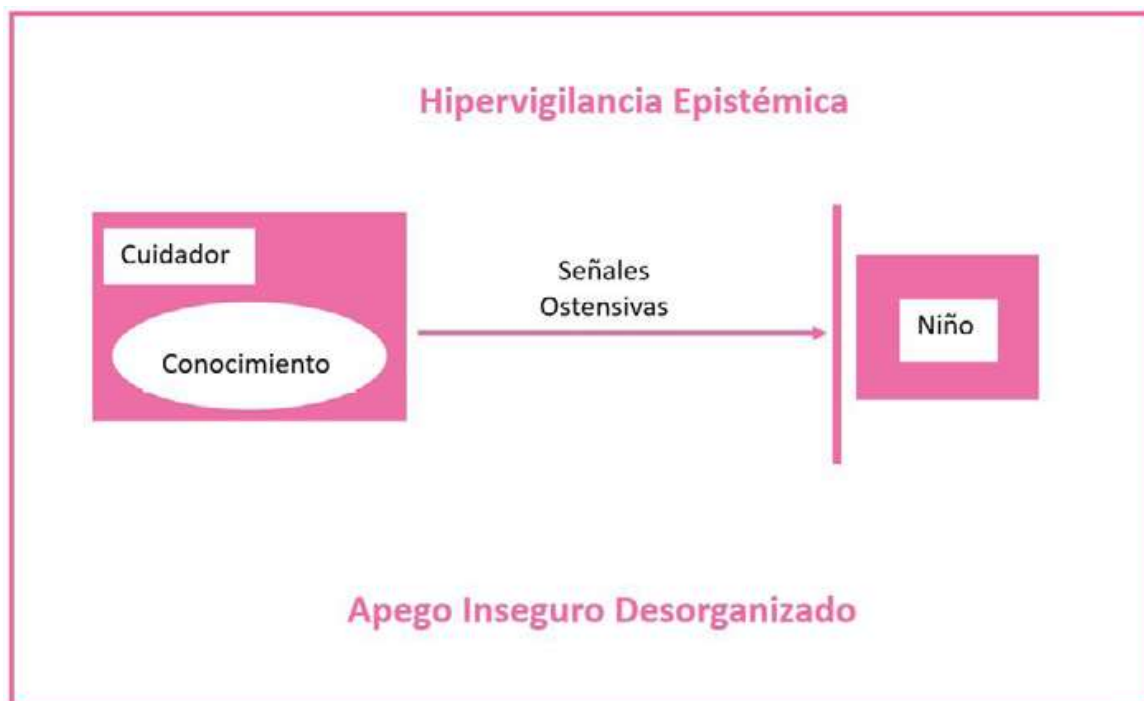
La mente que acabamos de describir corresponde a un niño con un apego inseguro desorganizado, producto del maltrato físico, psicológico, abusos sexuales o negligencia extrema por parte de su entorno.

No lo tendrá fácil para relacionarse con pares, no desarrollará correctamente su capacidad de mentalizar al inhibirla de manera defensiva, será presa fácil de adicciones incluida la adicción a los vínculos afectivos y no generará una confianza epistémica hacia su entorno.

La percepción que tendrá de sí mismo será inestable, minusvalorada y autopunitiva. La percepción que tendrá de los demás es que no son fiables, que son potenciales amenazas que hay que vigilar estrechamente, pero que, por otro lado, son necesarios para no caer en el aislamiento aterrador que los acerca a conectar con sus experiencias traumáticas.

Podemos imaginar que, en el caso de un apego inseguro desorganizado, producto del maltrato o la negligencia extrema, el niño no podrá relajar su desconfianza epistémica innata. Más bien al contrario. Aumentará su desconfianza no sólo hacia la información que proviene de su agresivo cuidador, sino a toda información que provenga del exterior. Cerrará de manera poderosa sus canales de aprendizaje social, quedando en un estado de aislamiento y rigidez mental que no le facilitará nada la adaptación a los diferentes contextos por los que vaya transcurriendo su vida. A esta gran desconfianza la llamamos hipervigilancia epistémica.

Figura 6. *Hipervigilancia Epistémica.*



Fuente: *Elaboración propia.*

Recordemos que el camino para poder evolucionar adecuadamente a nivel mental requiere de la apertura de esos canales de aprendizaje social, lo cual nos permitirá estar conectados a una red de mentes externas con las cuales intercambiaremos información de forma continua, avan-

zando de forma congruente y adaptativa en la línea de los cambios que se vayan produciendo en nuestro entorno cultural.

Sin embargo, en el caso de la hipervigilancia epistémica no se da esa capacidad de adaptación. No se está conectado a una red de mentes con la que nutrirse mutuamente. Se vive en el aislamiento mental. Los constructos en nuestra mente están cristalizados, no son flexibles, dinámicos ni modificables. Este aislamiento y rigidez nos hará sentir solos, incomprendidos, excluidos, amenazados por el entorno.

Los niños víctimas de maltrato en la crianza desarrollarán probablemente un apego inseguro desorganizado, una hipervigilancia epistémica, una inhibición defensiva de la atención hacia los estados mentales propios y ajenos, quedando en una situación de aislamiento mental con importante tendencia hacia la disociación, hiperactividad y adicciones como defensa ante la continua amenaza de la “sombra” de sus experiencias traumáticas.

Cabe señalar aquí, que el sistema de recompensa meso-límbico, dirigido a la búsqueda del vínculo, es a lo que llamamos “sistema de apego cerebral”. Sabemos que en las adicciones el sistema de recompensa está hiperactivado como consecuencia del refuerzo intermitente que genera la droga, el juego, etc.

Figura 7. Hiperactivación del Sistema de Apego.



Fuente: Elaboración propia.

Cuando un niño recibe maltrato o negligencia grave, el niño, como es lógico, se separa de su cuidador. Pero al separarse y sentirse solo, como nos pasaría a todos, se despierta su estrés y necesidad

de vincularse para conseguir seguridad. Se activa su sistema de recompensa vincular o sistema de apego, predisponiendo al niño a buscar la compañía y protección de su cuidador. Sin embargo, en algunos casos, su cuidador es quien lo acaba de maltratar. Entonces, ¿por qué vuelve el niño hacia él? La respuesta es sencilla. Es un juego de azar. A veces el niño vuelve tras el maltrato y su cuidador se disculpa y lo premia para compensarlo. En otras ocasiones, al volver, el mismo cuidador lo vuelve a maltratar. El niño nunca sabe cuál será el desenlace. Pero sí sabe que cuando se siente mal, sólo, inseguro y necesitado de protección, a veces su cuidador es capaz de transmitirle la paz y tranquilidad que necesita, sintiendo en esos momentos un tremendo alivio y bienestar.

Este juego azaroso, en el que puedo ganar y sentir ese alivio, o bien perder y recibir una nueva experiencia de maltrato, irá hiperactivando mi sistema de recompensa vincular (sistema de apego), como ocurre con otros refuerzos intermitentes relacionados con otros agentes adictivos.

Podríamos decir que el niño que sufre este proceso, se vuelve un “adicto” a los vínculos, experimentando síntomas de abstinencia e incluso “craving” ante la separación o el abandono real o imaginario.

¿POR QUÉ SE PRODUCE LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN PERSONAS CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD?

Incluso en personalidades estables, cuando se produce una activación emocional a nivel límbico, se inhibe parcialmente la capacidad de mentalización prefrontal.

En personalidades que han sufrido un inadecuado desarrollo cerebral, como las descritas en este capítulo (falta de respuesta sensible por parte del cuidador, desconfianza epistémica, especularización del estado mental alterado del cuidador hacia el niño llegando incluso al maltrato), ante una activación emocional se va a hiperactivar su sistema de apego hasta el punto de llegar a colapsar su ya deficiente capacidad de mentalización prefrontal. **Ver figura 8.**

Este desequilibrio provocado por una hiperactivación del sistema de recompensa vincular y un colapso subsecuente de la capacidad de mentalizar prefrontal, parece ser el responsable de los síntomas que aparecen en las personas aquejadas de un trastorno grave de la personalidad.

Estos síntomas se podrían resumir como una desregulación emocional (producto de una gran activación emocional sin el contrapeso de una corteza prefrontal que mantenga la capacidad de reflexión), un descontrol de los impulsos (que busca la descarga dopaminérgica en el núcleo accumbens para, a través del sistema gabaérgico, conseguir paliar la intolerable activación emocional) y sintomatología disociativa (producto de la reactivación en primer plano de la mente de las experiencias traumáticas no “digeridas” y enquistadas habitualmente en un segundo plano mental).

Figura 8. Consecuencias de la Hiperactivación del Apego.



Fuente: Elaboración propia.

¿CÓMO DEBEMOS ABORDAR LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA EN ESTOS PACIENTES?

Este modelo psicoterapéutico considera que el objetivo fundamental es descubrir el desequilibrio interno en la persona que trae como consecuencia esos síntomas, para conseguir reequilibrarlo.

Ese desequilibrio entre sistema límbico hiperactivado y corteza prefrontal colapsada puede corregirse. **Ver figura 9.**

A lo largo de un tratamiento basado en la mentalización para pacientes con trastornos graves de la personalidad, mediante un vínculo estable y seguro con el terapeuta o con el medio terapéutico conseguiremos desactivar ese sistema de apego hiperactivado. Reduciremos así su hipervigilancia epistémica consiguiendo, a través del vínculo, una apertura progresiva de sus canales de aprendizaje social. Gracias a ello, las técnicas de la terapia basada en la mentalización, dirigidas a reactivar una corteza prefrontal colapsada, podrán ser introyectadas por la mente del paciente, quien ya es capaz de dejar entrar la información proveniente del terapeuta con quien va afianzando un vínculo seguro.

Al recuperar el equilibrio entre sistema límbico y corteza prefrontal, los síntomas se irán difuminando.

Figura 9. Camino a Seguir.



Fuente: Elaboración propia

La experiencia emocional correctiva que supondrá para el paciente la relación terapéutica con un vínculo sano y seguro, la experiencia de poder abrir los canales de aprendizaje social sin salir dañado, la experiencia de poder pensar acerca de los estados mentales propios y ajenos sin temor a revivir experiencias traumáticas, supone la base de la recuperación de estos pacientes, quienes, a través de estos aprendizajes, serán capaces de adaptarse a su entorno cultural a partir de ahora sin colapsar su capacidad de mentalización prefrontal ante situaciones que generen en ellos una activación emocional.

En el caso de la Urgencia, deberíamos intentar reproducir este camino de una forma ultra-condensada, dado el escaso tiempo del que dispondremos para conseguir en el paciente la desactivación de su sistema de apego hiperactivo y la reactivación de su capacidad de mentalizar.

Para ello, tendremos que generar una relación segura con el paciente durante el tiempo de su estancia en Urgencias.

Utilizaremos una técnica que consiste simplemente en escuchar la vivencia del paciente, sin juzgarla, sin interrumpirlo, manteniendo nuestra propia capacidad de mentalizar a pesar de la activación emocional que nos pueda generar el discurso del paciente (amenazas de suicidio, descalificaciones hacia nosotros, etc.).

Intentaremos descubrir qué es lo que hay realmente en su mente a través de preguntas abiertas, que demostrarán al paciente nuestro genuino interés hacia él.

Cada cierto tiempo, devolveremos al paciente nuestra comprensión acerca de su discurso, para, de alguna manera, comprobar si estamos entendiendo correctamente lo que siente y nos quiere transmitir.

Con esta técnica, en un porcentaje muy elevado de los casos, conseguiremos que se restablezca la capacidad de mentalizar en el paciente.

Si nos fijamos bien, esta técnica no es otra cosa que la replicación de la crianza correcta que hemos descrito anteriormente, aportando al paciente una respuesta sensible por parte del cuidador que hará sentir al paciente una seguridad en el vínculo con el terapeuta durante su estancia en Urgencias, consiguiéndose de este modo que relaje su hipervigilancia epistémica, permitiendo de este modo introyectar las devoluciones más ordenadas y tolerables que le iremos haciendo acerca de su estado mental.

En algunos casos, esta técnica deberá ir acompañada de un apoyo psicofarmacológico cuando la activación emocional del paciente sea tan grande que lo lleve a cuadros de angustia intolerable o incluso episodios de agitación.

En 2017, Shaikh y colaboradores realizan una revisión exhaustiva sobre tratamiento y manejo de pacientes con trastornos graves de la personalidad en Unidades de Urgencia. En su estudio señalan los antipsicóticos atípicos como el tratamiento farmacológico de elección para pacientes diagnosticados de trastorno grave de la personalidad con crisis de agitación. En concreto señalan la olanzapina, la ziprasidona y la loxapina como los más adecuados⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mulder R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in psychiatry*, 12, 655548. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.655548>
2. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
3. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
4. Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M., & Bellino, S. (2021). The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in psychiatry*, 12, 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.721361>
5. Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y. I., & Ahmed, S. (2017). Patients with Borderline Personality Disorder in Emergency Departments. *Frontiers in psychiatry*, 8, 136. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00136>
6. Ekeberg, Ø., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U., & Hem, E. (2019). Patients with borderline personality disorder need tailored emergency care. *Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 139(15), 10.4045/tidsskr.19.0492. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0492>
7. Cases, C., Lafont Rapnouil, S., Gallini, A., Arbus, C., & Salles, J. (2020). Evidence of practice gaps in emergency psychiatric care for borderline personality disorder: how can this be explained? *BMC psychiatry*, 20(1), 476. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02892-7>
8. Appel, G., Zaidi, S. R., Han, B. H., Avery, J. J., & Avery, J. D. (2020). A Call for Increased Psychiatric Training in Emergency Medicine: Physician Attitudes Toward Substance Use Disorders and Co-Occurring Borderline Personality Disorder. *The primary care companion for CNS disorders*, 22(4), 20br02674. <https://doi.org/10.4088/PCC.20br02674>
9. Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática
10. Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy.
11. Csibra, G., & Gergely, G. (2011). Natural pedagogy as evolutionary adaptation. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B, Biological Sciences*, 366, 1149–1157
12. Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380.