

Una experiencia de hospital de día basada en el apego y focalizada en los vínculos

A day hospital experience based on attachment and focused on bonds

DIEGO FIGUERA ÁLVAREZ

Psiquiatra. Director Hospital de Día Ponzano. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Presidente de la International Attachment Network España.

Correspondencia: Diego Figuera Álvarez (dgfiguera@gmail.com)

Recibido: 09/07/2019; aceptado con modificaciones: 2/12/2019

Resumen: El presente artículo aborda, de manera específica, la experiencia terapéutica que conforma el Proyecto Ponzano (Hospital de Día Ponzano, perteneciente al Hospital Clínico San Carlos, de Madrid), diseñado para primeros episodios psicóticos y otros trastornos mentales graves; y detalla su diseño teórico, configuración, estructura y funcionamiento diario. Asimismo, presenta y analiza el modelo experimental Psicoterapia Focalizada en los Vínculos (PFV), basado principalmente en la teoría del apego. Esta propuesta terapéutica teórico-práctica está formulada en el marco del Proyecto Ponzano, con rigurosos y contrastados principios teóricos, bajo la dirección del autor, y se encuentra actualmente en proceso de desarrollo e investigación.

Palabras clave: hospital de día, psicosis, psicoterapia, apego.

Abstract: This article addresses the therapeutical experience that integrates the Ponzano Project (Ponzano Day Hospital, belonging to the Hospital Clínico San Carlos, in Madrid), designed for first psychotic episodes and other serious mental disorders, detailing its theoretical framework, configuration, structure, and day-to-day function. In addition, it introduces and analyzes the experimental model called "Psicoterapia Focalizada en los Vínculos (PFV)"; primarily based on attachment theory. This theoretical and practical pro-

posal is articulated within the Ponzano Project framework, with rigorous and proven theoretical principles, under the direction of the author, and is currently undergoing a process of development and research.

Key words: day hospital, psychosis, psychotherapy, attachment.

INTRODUCCIÓN HISTÓRICA

LOS HOSPITALES DE DÍA se introducen a mediados del siglo pasado en la estela de las comunidades terapéuticas basadas en las teorías de Maxwell Jones (1). Su desarrollo ha sido desigual, pero ya desde sus inicios plantean la creación de un ambiente de contención y tratamiento a tiempo parcial para pacientes graves, a medio camino entre la familia y la institución psiquiátrica de internamiento a tiempo completo. Su finalidad consistía en preservar el vínculo entre el paciente y su familia, evitando así un desarraigo de su medio social. Por primera vez se disponía de unidades asistenciales donde la prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud mental se transformaron en objetivos realizables.

Con la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad, se da en nuestro país su impulso definitivo con un nuevo diseño de recursos públicos comunitarios en red. Entre los necesarios para el tratamiento del trastorno mental grave (TMG), el hospital de día es un dispositivo indispensable, no solo por sus aportaciones específicas, sino también porque su ausencia sobrecarga a las unidades de agudos (2,3).

DEFINICIÓN DE HOSPITAL DE DÍA EN EL PROYECTO PONZANO

En el año 2005, bajo la influencia de la gestión clínica, se crea el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental (IPSM) del Hospital Clínico San Carlos, que planteó protocolizar la asistencia bajo criterios de calidad y excelencia.

En este contexto, con la intención de transformar la antigua unidad de día del servicio de psiquiatría en un hospital de día de orientación comunitaria, se diseña el Proyecto Ponzano (4).

Denominado formalmente “Hospital de Día Ponzano”, la base del proyecto se define, en línea con los criterios de la AEN (2,3), como una unidad asistencial ambulatoria, situada fuera del recinto hospitalario, para el tratamiento intensivo, estructurado e individualizado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad, de diferentes trastornos mentales graves, en régimen de día, con una perspectiva multidisciplinar y un planteamiento que combina las diferentes actividades terapéuticas disponibles de forma flexible, según el momento

evolutivo de la enfermedad, y protocolizada en términos de gestión clínica como *procesos* para las indicaciones que atiende.

Aporta un modelo asistencial flexible, integrador y coste-eficiente, capaz de configurar una cartera de servicios adaptada al Instituto y las necesidades de su población, que complementa los servicios ambulatorios y de hospitalización completa.

Apoyados en la propuesta nacional mejor consensuada (3), entendemos por régimen de día la asistencia prestada durante la jornada diurna, lo que ha de suponer la posibilidad de que el paciente permanezca en el dispositivo asistencial durante varias horas diarias, con una media de cuatro, realizando un plan de tratamiento individualizado, durante un tiempo limitado, en función de los objetivos a alcanzar.

Actúa como un espacio alternativo, y/o de transición, para la estabilización de los pacientes en crisis, prevención de recaídas o problemas de diagnóstico, y realiza asimismo labor docente e investigadora.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS BÁSICOS

Sobre la vigencia del modelo biopsicosocial, concebimos el tratamiento del TMG como un proceso que conlleva la aplicación de un plan fase-específico, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas, personales y psicosociales del paciente y su familia (4-7).

Se trata de un abordaje integral, combinando los diferentes modelos y técnicas que han demostrado ser efectivas, desde el primer momento del diagnóstico o incluso en los llamados “estados mentales de alto riesgo” (EMAR); sin sobrepasar nunca los cinco años del período crítico para evitar las consecuencias de la cronicidad y el estigma (8-11).

Se inicia con la creación de una alianza terapéutica sólida con el paciente y su familia para implementar los tratamientos combinados eficaces disponibles, tanto psicológicos como psicosociales, en el contexto menos restrictivo posible. La alianza terapéutica es, a su vez, el mejor predictor de su éxito (12-15).

En términos de encuadre, apostamos por la hospitalización parcial, apoyándonos en otros encuadres intensivos ambulatorios, como el de los equipos de primeros episodios para pacientes con psicosis agudas y TLP, utilizando siempre una variedad de técnicas combinadas (3,4,6,12-19) que tengan efecto sinérgico (4).

Para el desarrollo de la combinación específica de técnicas utilizadas en el Proyecto Ponzano, se han tenido en cuenta tres criterios fundamentales:

El primero es aprovechar al máximo la experiencia acumulada por los diferentes miembros del equipo, aunque vengan de modelos de formación y práctica diferentes, centrándonos para ello en un trabajo continuo de puesta en común. Se pretende, mediante técnicas de grupo operativo (20) y supervisión, reflexionar,

sintonizar y reforzar los factores comunes a estos modelos convergentes, así como aprovechar la *manera-de-estar-con* (21) que cada miembro del equipo aporta desde su experiencia de vinculación.

El segundo consiste en una revisión de la bibliografía en este campo para seleccionar desde cada modelo teórico las estrategias, tácticas y técnicas dotadas de suficiente evidencia científica.

Y, finalmente, el tercero y más relevante consiste en ir comprobando que las técnicas empleadas no sean incompatibles entre sí y tengan un necesario efecto sinérgico (4).

Ahondando en el segundo criterio, comprobamos que la mayor evidencia se concentra en el modelo cognitivo-conductual, tanto para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial como para el tratamiento de sintomatología activa, con predominio de ensayos en trastornos psicóticos (5,6,9,10,12,22-29). Para los trastornos de la personalidad es tendencia la terapia dialéctico-conductual (30,31).

Aunque hay menor evidencia sobre la eficacia de intervenciones basadas en modelos psicodinámicos, con la caracterización definitiva del trastorno límite de personalidad aparecen los primeros estudios (7,13,32-35), hasta la sólida evidencia actual (36).

Centrado en estos modelos, las aportaciones al tratamiento de los trastornos psicóticos proporcionan al Proyecto un tipo de encuadre de base coherente donde integrar el trabajo del equipo multidisciplinar y sus diversas actividades dentro del proceso terapéutico (36-39).

Asimismo, la eficacia de las distintas modalidades de intervención familiar está ampliamente demostrada (4,10,19,37). Según la experiencia de cada miembro del equipo, como es nuestro caso (4,36), se puede tender a una combinación flexible de ellas. Desde las más contrastadas, las psicoeducativas (10,40), a las psicodinámicas (33,41-43), centrándonos fundamentalmente en las focalizadas en la teoría del apego (13,36,41,44,45) y las terapias multifamiliares (1,33,46-48). Entre las sistémicas (49,50), nos apoyamos en el enfoque simbólico-experiencial (51) y el centrado en el apego (45,52).

Nuestro trabajo también se beneficia de la experiencia aportada por proyectos y modelos que utilizan tratamientos combinados e integradores en el campo de los TMG, como son el Tratamiento Adaptado a las Necesidades finlandés (37,38), el Proyecto Paracaídas sueco (53), el TIPS noruego, Soteria en Suiza (19,38) o el Modelo Cognitivo-Relacional en Escocia (12,54). Entre los más específicos para trastornos especialmente graves, encontramos la Terapia Ambiental para el Trastorno de Apego Reactivo danesa (14) e innumerables experiencias especializadas en primeros episodios diseminadas por todo el mundo (6,10,19).

En los últimos años, a raíz de la evidencia acumulada sobre la importancia del trauma y los mecanismos de disociación en la vulnerabilidad compleja de los TMG, hemos ido incorporando al tratamiento integrado las terapias corporales de corte sensoriomotriz (55-57), especialmente en la terapia ocupacional.

En síntesis, proponemos un modelo integrador flexible que permite comprender la patología del TMG y su abordaje psicoterapéutico, adaptado a las necesidades (37) de cada paciente en cada fase de su trastorno, trabajando desde una vinculación colaborativa en un proceso integral hacia la mejora de su calidad de vida y salud mental. Pensamos que los síntomas tienen significado dentro de la historia relacional del paciente, facilitando para ello un estilo de comunicación libre y de máxima co-participación entre paciente, familia y equipo, diálogo reflexivo (36), creador de *insight*, y aprendizaje vital para reforzar los aspectos sanos.

Como las relaciones del paciente en crisis están cargadas de ansiedad, hay necesidad de crear, en un ambiente contenedor, un modelo de identificación y de base segura. Esto, utilizando la teoría del apego, favorece la vinculación positiva del equipo terapéutico con el paciente y su familia, facilitando un viraje en los tipos de apego hacia la autonomía y la salud (4,36,58-61).

El proceso terapéutico debe entender y abordar las relaciones inseguras de apego, frecuentes en los TMG, y la regulación del afecto en el seno familiar (13,36,62-64).

Sabemos, a su vez, de la importancia de la relación terapéutica para la recuperación (65) y del trabajo con la contratransferencia para entender la experiencia del paciente (42). La elaboración de la transferencia fragmentada de este y su familia con los miembros del equipo será un motor del tratamiento (33).

Para abordar el conflicto entre el yo del paciente y el mundo externo, el terapeuta se ofrece como un yo auxiliar que promueve la confianza básica y la base segura necesarias para ello (32,58,59)

APORTES DEL PSICOANÁLISIS MULTIFAMILIAR

Centrado en fundamentos psicodinámicos intersubjetivos (66) y el pensamiento complejo, el abordaje propuesto se estructura sobre el modelo de la comunidad terapéutica de estructura multifamiliar, con los principios de contención, comprensión y elaboración. El tiempo total del paciente y su familia en contacto con la Unidad es pensado como tratamiento activo. Este modelo funciona como una familia ampliada y se estructura como campo psicológico multifamiliar, facilitador de nuevas experiencias vinculares normogénicas que rescatan al paciente y su familia de la trama de interdependencias patógenas en la que están atrapados (1,46,47).

El proceso terapéutico será difícil que se desarrolle si paralelamente no ayudamos a la familia y al equipo a iniciar a su vez su propio proceso. La coterapia variable

y el trabajo del equipo hacia una interdependencia recíproca sana serán técnicas imprescindibles para esta evolución. Las actividades terapéuticas se diseñan para favorecer la realización de estos procesos complejos (33,46).

De forma sinérgica, la observación del enfermo se debe ampliar a un contexto social para ver cómo se relaciona. El modelo multifamiliar permite el abordaje simultáneo de la dimensión individual, familiar y social de la mente. Comportándose como una minisociedad de familias, construye una trama social en la que la patología puede expresarse y desplegarse, siendo tolerada y comprendida en un escenario adecuado desde donde nos aborda, apareciendo la transferencia fragmentada, que siempre se trabaja mejor en contextos grupales grandes (1,46).

Introducir salud mental es introducir confianza para superar las situaciones traumáticas reactivadas en este tipo de transferencia (universalización del sufrimiento), dejarnos utilizar (contenente) vivenciando el sufrimiento del paciente, siempre que podamos seguir pensando, sin que nos atrape y bloquee la transferencia (contenido).

El modelo propuesto, encuadre de base para el trabajo terapéutico, crea el escenario de seguridad donde la patología se puede desplegar y puede ser pensada de forma conjunta: todos los participantes del espacio comunitario son coterapeutas. En él, el paciente no es solo un paciente, es uno más intentando desarrollar su potencial creativo bloqueado. Modelo este donde las crisis pueden ser vividas como una experiencia positiva y se debe poder vivenciar y compartir con los otros (terapeutas y familias) el sufrimiento psíquico intenso que subyace para poder transformarlo. Es el ambiente transformador que aporta recursos propios genuinos cuando no existieron en el origen.

Dentro de este tipo de encuadre múltiple, utilizamos el grupo multifamiliar como eje central, pero siempre complementario al individual, grupal y familiar, para conseguir un efecto sinérgico (4,46,47).

APEGO, VINCULACIÓN Y COGNICIÓN

Los nuevos modelos cognitivos sobre síntomas psicóticos positivos en primeros episodios y EMAR (10,24,28,29) subrayan la importancia de los factores cognitivos en su formación y mantenimiento (22,23,27,61,67), proporcionando una importante y firme base que sustenta la implantación de intervenciones cognitivo-conductuales en la esquizofrenia y otras psicosis.

Estos modelos tienen como marco de referencia el modelo de vulnerabilidad-estrés, el retorno al estudio del síntoma (22,23) y una concepción multidimensional del mismo que se expresa en un continuo normal-patológico.

Además, revelan que existen sesgos cognitivos y emocionales en la formación y/o mantenimiento del delirio y las alucinaciones, semejantes a otras experiencias anómalas, que tienen un significado psicológico para la persona que los sufre y una

función adaptativa, ya sea como un mecanismo autoprotector de depresión (22) o como un mecanismo reductor de ansiedad (27).

También se ha encontrado una alteración en las habilidades propias de la teoría de la mente, que se manifiesta en una mala capacidad de mentalización y empatía.

La psicóloga clínica del equipo, Cristina Díez-Alegría, realizó su tesis doctoral sobre los patrones de razonamiento en las creencias delirantes, sustentadas en estas teorías, cuyos resultados han sido publicados en varias revistas internacionales (25,68,69).

En relación a las alucinaciones, estas teorías las vinculan con una alteración en la habilidad de monitorizar la fuente de los eventos internos, como el habla interna en el caso de las auditivas, y coinciden en sostener que las voces reflejan pensamientos intrusivos que no son reconocidos como propios (29,70,71).

En base a estos hallazgos se han desarrollado numerosas intervenciones cognitivas específicas (72).

Acercándose con creciente interés a la teoría del apego, desde los modelos cognitivos se ha encontrado en pacientes psicóticos una asociación significativa entre patrones de apegos inseguros y la presencia de delirios paranoides (62) pero no para las alucinaciones. Mediando para ello una baja autoestima y otros déficits metacognitivos, los estilos inseguros, mayoritariamente el evitativo, se proponen como nuevos elementos de vulnerabilidad para la psicosis (18,41).

En el Proyecto Ponzano, las intervenciones cognitivas sobre los síntomas utilizan estos hallazgos, haciendo especial hincapié en la formación de la alianza terapéutica, ya que la terapia se sustenta en un modelo colaborativo con el paciente y una actitud socrática por parte del terapeuta (4,36).

Los principales objetivos de estas intervenciones son la normalización y comprensión de las experiencias psicóticas, que resultan más entendibles dentro de sus marcos biográficos, y la colaboración activa del paciente en su tratamiento, informando de sobre qué y cómo se va a trabajar en la terapia.

Se trabajan, además, los sesgos cognitivos especificados con anterioridad. Se objetiva un mayor beneficio en síntomas claramente definidos y experimentados como problemáticos, siendo eficaz sobre la convicción y el estrés relacionado con la creencia delirante y más efectivo que el cuidado rutinario.

Es importante recordar que estos estudios, como hemos subrayado anteriormente, señalan como factor predictor de éxito terapéutico la relación terapéutica (26,70).

Estas intervenciones de corte cognitivo, en encuadre individual y/o grupal, con un número de sesiones limitadas, se deben sincronizar y combinar con el resto de actividades, ya que van dirigidas a un determinado conjunto de síntomas, dentro del amplio y complejo abordaje terapéutico que necesitan estos pacientes graves (67,70-72).

PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LOS VÍNCULOS (PFV): UNA EXPERIENCIA BASADA EN LA TEORÍA DEL APEGO

La PFV es un modelo experimental de terapia relacional integradora formulada en el marco del Hospital de Día Ponzano bajo la dirección del autor (4,36), actualmente en proceso de desarrollo e investigación.

En la línea de otros enfoques, la PFV utiliza como uno de los paradigmas principales la teoría del apego, que centra en los vínculos tanto su campo de acción terapéutica como la base del proceso de cambio (36,73-78).

Se integran, además, aportes y técnicas derivadas de la psicología del desarrollo (79-82), así como de otras teorías psicoanalíticas, como la teoría de las relaciones objetales (31), la psicología del *self* (83) y, principalmente, los aportes del psicoanálisis relacional e intersubjetivo (35,66,84-88).

Las neurociencias centradas en el estudio de la empatía (neuronas espejo) y los diferentes tipos de memoria (89-93) nos aportan la evidencia de la reactivación en el vínculo terapéutico de un conjunto de memorias implícitas y explícitas (semánticas o episódicas) que vehiculan los significados que el paciente ha aprendido a atribuir a las emociones de apego y a las respuestas de dedicación del otro (74,94). Tienen una base innata regulada por las estructuras del sistema límbico en conexión con la corteza orbitofrontal derecha (74,93,95).

La integración de estos conocimientos en la PFV nos ayuda a tener una base sólida para entender la etiopatogenia de los TMG y así desarrollar nuevas formas de vinculación y tratamiento.

En esta línea, se acepta la existencia de vulnerabilidad al TMG mediada por apegos inseguros que promueven déficits relacionales y de regulación afectiva. Entre estos, el apego desorganizado/no resuelto está en la base, junto con el trauma, de los fenómenos disociativos y de disregulación afectiva de muchos trastornos de la personalidad, de la conducta alimentaria y de algunos trastornos psicóticos.

El apego preocupado/ambivalente se relaciona con fuerza con el trastorno límite de la personalidad, así como diferentes tipos de psicosis con el evitativo/desentendido (12,32,34,40,41,62,96-100).

Los apegos inseguros influyen poderosamente en alteraciones o déficits en la función reflexiva o mentalización (18,32,41,62,98,99,101) y en la teoría de la mente. Hándicaps esenciales para entender los síntomas complejos de muchos TMG y diana central de las psicoterapias actuales, como la PFV, que de forma pionera y experimental se desarrolla en nuestro hospital de día (4,36).

El estudio de los vínculos también aporta una sólida información para entender los elementos cruciales de la relación terapéutica y los procesos de cambio en la psicoterapia.

Para la PFV sostenemos la evidencia de la reactivación de los estilos de apego en la relación terapéutica y su importancia para el éxito de la psicoterapia, propiciando un mejor desarrollo de la función reflexiva cuando la relación terapéutica se estructura como una relación vincular de base segura que amplifica la competencia narrativa y la autonomía del paciente (18,36).

La PFV se despliega en un contexto relacional e intersubjetivo (15,84,88) para un mejor desarrollo interpersonal del paciente y su familia (102).

La relación terapéutica así pensada favorece el establecimiento de una rápida empatía emocional y del conocimiento relacional implícito, centrado, en términos de Stern (21), en *la-manera-de-estar-con* el paciente. Este estilo vincular más vivencial facilita el uso en la terapia del interjuego de memorias (90-93), necesario para el trabajo sobre las polaridades de la personalidad, desequilibradas en estos pacientes hacia lo anaclítico o lo introyectivo (103). La terapia pretende un nuevo equilibrio ampliando en el paciente su grado de maduración por vía de una mayor integración del procesamiento de la información cognitiva y afectiva (104), principios básicos para el avance del proceso terapéutico.

Para ello, también es prioritario estudiar desde el inicio los estilos de apego del paciente y la familia, y así facilitar la alianza terapéutica (por medio de la sintonización afectiva), para centrar luego el proceso terapéutico en un cambio de su estilo vincular que promueva la autonomía y el bienestar.

De acuerdo con la literatura ya comentada y nuestra propia investigación, sabemos de un predominio de los tipos de apegos inseguros en los TMG.

El tipo evitativo/desentendido se ha relacionado con los trastornos psicóticos, tanto en esquizofrenia como en el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar (4,97).

El apego desorganizado es más frecuente en el trastorno bipolar, pero también puede aparecer en esquizofrenia asociado con el evitativo, relacionado con trauma o maltrato, teniendo entonces una influencia importante en la etiopatogenia y la psicopatología de dicha psicosis (61,105,106).

El apego desorganizado promueve un curso más impredecible de la psicosis (mediatizada por la emoción expresada, los fallos de la mentalización y la disociación), pero con menos síntomas negativos y mejor abordaje psicoterapéutico (36,73,100).

El apego desorganizado, asociado a rasgos de estilo preocupado/resistente, junto con trauma, tiene una asociación cada vez más sólida con vulnerabilidad a padecer trastornos de la personalidad, especialmente límite (32,34,60,64).

En el Hospital de Día Ponzano (HDP), tras casi quinientos pacientes tratados (4), observamos que las características cognitivas, afectivas y conductuales de individuos con estos estilos de apegos inseguros coinciden en gran parte con la forma de vincularse de los pacientes que han desarrollado algún tipo de TMG.

En la PFV usamos este hallazgo fundamental para facilitar la alianza terapéutica, adaptando los estilos de sintonización de cada miembro del equipo con el del paciente y su familia en función de su estilo de apego dominante. Para ello, en los primeros encuentros tendemos a la imitación de sus estilos de apego para crear resonancia y facilitar el enganche. Para esta respuesta sensible, sabemos de la influencia que tiene el estilo de apego del terapeuta, siendo actualmente una de nuestras líneas de investigación (36).

Como ocurre en la PFV, toda relación terapéutica ya establecida va a activar el sistema de apego del paciente, como sistema motivacional innato ante situaciones subjetivas de peligro o vulnerabilidad, en presencia de un ser humano conocido (el terapeuta) percibido como más experto o más fuerte (107). En pacientes con TMG, su apego inseguro, activado en la relación terapéutica, explica y permite gestionar las importantes dificultades que estos tienen en la misma y condiciona asimismo muchos fracasos terapéuticos (36,59).

En términos de Bleichmar (85), “la curación pasa por reproducir en la terapia una relación que permita retomar el desarrollo de las facetas que se inhibieron por unas relaciones con un determinado entorno dañino o deficitario en el pasado. Es, pues, el vínculo el principal determinante de los cambios en la terapia, ya que no se trata solo de resolver un conflicto o aportar información que antes era inconsciente, sino también de desarrollar en el paciente y la familia algo que nunca estuvo constitutivo en ninguno de los niveles del psiquismo”.

EL PROYECTO PONZANO COMO MODALIDAD DE ENCUADRE MÚLTIPLE SIMULTÁNEO

Tras el breve repaso teórico efectuado, podemos afirmar que el Proyecto Ponzano (4,36) se estructura sobre la modalidad de encuadre múltiple simultáneo y la integración en este de diferentes modelos y actividades terapéuticas diferenciadas, pero siempre con efecto sinérgico.

Diferentes modelos coinciden en que las modalidades de encuadre múltiple simultáneo son más efectivas (7,13,17,78,108). Aportan la evidencia de una drástica reducción de los abandonos y de comportamientos de *acting out*, aumentando la eficacia y eficiencia de las terapias. Hay beneficios similares incluso partiendo de enfoques teóricos y técnicas diferentes.

Además, crea unas condiciones particularmente favorables para una experiencia emocional correctiva capaz de facilitar la adquisición de modelos de apego seguro, como hemos estudiado. Ello, a su vez, va a permitir la adquisición de una función reflexiva más adecuada, así como unos patrones de relaciones interpersonales más amplios y maduros que garantizan el progreso hacia la recuperación de la funcionalidad y el bienestar del paciente y su familia.

Con estos encuadres, el paciente sabe que dos o más personas hablan y piensan sobre sus contenidos mentales, lo que muchas veces supone una corrección de su anterior experiencia familiar conflictiva y deficitaria. La existencia de dos o más terapeutas bien sintonizados entre ellos y con el paciente modula mejor las descargas emocionales del sistema de apego y previene la aparición de reacciones contratransferenciales negativas. También permite evitar interrupciones de la terapia en momentos inoportunos para el paciente, como ocurre en vacaciones u otras ausencias de parte del equipo. Además, favorece una mayor integración de las experiencias disociadas y múltiples que constituyen las representaciones de uno mismo-con-el-otro típicas del apego inseguro y de la patología de la personalidad de algunos pacientes con TMG (21,78).

En el Proyecto Ponzano el encuadre general es el de un hospital de día que funciona como una comunidad terapéutica multifamiliar (1), que actúa como encuadre múltiple y complejo, donde se pueden integrar las diferentes actividades terapéuticas tanto en sus diferentes formatos, individual, grupal, familiar y multifamiliar, como en las diferentes especialidades psiquiátricas, psicológicas, de terapia ocupacional y enfermería que lo forman, con la pretensión de abarcar el máximo espectro del tratamiento de forma sinérgica.

OBJETIVOS, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA PONZANO

a) Objetivos asistenciales

Se definen tres grandes objetivos asistenciales de forma secuencial y/o simultánea según el momento evolutivo de la enfermedad de cada paciente, que de forma esquemática se describen a continuación (4,36):

a. *Estabilización de pacientes en crisis.* Con este objetivo se pretende que el HDP sea una alternativa válida y eficiente a la hospitalización en la Unidad de Agudos del IPSM o que facilite la disminución de los días de estancia en dicha unidad. La evidencia está justificada (3,4,6) y entre las ventajas está reducir al mínimo la deriva social en la vida del paciente y el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica, así como abaratar costes de tratamiento.

Además del tratamiento puramente sintomático, utilizando de base el modelo de intervención en crisis (109), se trabaja simultáneamente la desorganización emocional y el colapso de las estrategias de afrontamiento, tratando la crisis como un suceso traumático que puede colapsar al *self* y sus relaciones con los otros significativos, y utilizando para ello los fundamentos de la Psicoterapia Focalizada en los Vínculos.

b. *Inicio del proceso terapéutico.* Proceso individualizado plasmado en un plan de acciones terapéuticas de amplio espectro, diseñado y consensuado de forma con-

junta por paciente, familia y equipo desde el primer contacto (28,38,53,110). Se utiliza el encuadre complejo de la comunidad terapéutica multifamiliar y los principios del Dialogo Abierto (43) para establecer y desarrollar una sólida alianza terapéutica (15,36,86) que facilite y promueva un verdadero proceso terapéutico y rehabilitador, de forma precoz, además de la continuidad de cuidados.

c. *Rehabilitación precoz.* Conjunto de intervenciones asociadas a los abordajes psicoterapéuticos y psicofarmacológicos desde el primer contacto, y a ser posible en los primeros episodios del trastorno, con el fin de restituir las capacidades afectadas y reconstruir su calidad de vida para evitar el daño de la red social.

Utilizando los principios del modelo de recuperación (111) y la sintonización afectiva (112), se trata de mantener al paciente de manera integral en su comunidad, trabajando la motivación para el cambio y la esperanza realista, así como de evitar las recaídas.

Para ello se utiliza en el Proyecto Ponzano un tratamiento farmacológico a baja dosis, los mínimos recursos de rehabilitación psicosocial necesarios, atención residencial (*housing*) individualizada, flexible y a pequeña escala, así como rehabilitación e inserción laboral en el entorno cercano con apoyo integral a las familias en su campo interaccional.

b) *Organización*

El hospital de día se encuentra en un chalet situado en el centro de Madrid, rodeado por un pequeño jardín, con perfecta accesibilidad en transporte público, pero separado claramente de su hospital de referencia, queriendo representar ya físicamente una posición intermedia en la red de unidades del Instituto.

Su capacidad asistencial es de 25 plazas simultáneas para estancias a tiempo completo, lo que supone una media de cinco horas de asistencia diaria por paciente. El número total de pacientes se amplía con las estancias parciales y los que acuden al Programa de Seguimiento.

La franja etárea es adultos a partir de los 17 años, preferentemente jóvenes dentro del periodo crítico, siendo infrecuente la asistencia a pacientes de más de 40 años. La media de edad son 24 años.

Como recursos de personal, el HDP cuenta en la actualidad con dos psiquiatras (uno con funciones de coordinador), una psicóloga clínica, una terapeuta ocupacional, dos enfermeras especialistas, un trabajador social a tiempo parcial del 20% y tres auxiliares (administrativo, control y TO), además de residentes en formación (MIR, PIR y EIR) en número variable, según se añadan rotantes externos. También acuden estudiantes de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Cada profesional tiene definidas sus funciones específicas, tanto asistenciales como de gestión clínica.

La derivación de los pacientes se reparte entre los CSM del IPSM, la Unidad de Agudos de este, el Programa de Enfermos Mentales Sin Hogar y otros dispositivos de salud mental de la Comunidad de Madrid. Existe un documento de derivación a tal fin.

c) Plan de tratamiento

Tras la evaluación multidisciplinar y conjunta, se realiza el Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) de cada paciente, que debe ser diseñado de forma activa, conjunta y colaborativa entre el equipo, el paciente y la familia, utilizando las actividades terapéuticas ofertadas en el Subproceso de Hospitalización de Día correspondiente.

Las actividades terapéuticas están mediatizadas por el *milieu* que proporciona el encuadre: ambiente contenedor, apoyo emocional, convivencia grupal e implicación familiar. Predominan, pues, las actividades grupales, tanto de terapia verbal como ocupacional, y talleres de enfermería. Se añaden actividades culturales, deportivas, de ocio y tiempo libre en diversos formatos, dentro y fuera del centro, pero siempre psicoterapéuticamente orientadas.

En el PTI se proporciona también tratamiento farmacológico a baja dosis, psicoterapia individual orientada en función de las características de cada paciente y diferentes modalidades de atención familiar, que van desde las entrevistas psicoterapéuticas y la psicoterapia familiar breve a la psicoeducación y el grupo multifamiliar, ambos con frecuencia semanal. Está prevista la atención domiciliaria si procede y el seguimiento al alta para facilitar la continuidad de cuidados.

El tratamiento farmacológico se considera indivisiblemente unido al resto de actividades terapéuticas negociadas y plasmadas en el PTI. Así considerado, el efecto y posible beneficio de la medicación se evalúa en función del progreso del proceso terapéutico y no solo con un criterio puramente sintomático. La negociación del fármaco, su dosis y posibles combinaciones, forma parte del trabajo psicoterapéutico y en ella participa no solo el psiquiatra, sino también, de forma variable y flexible, la familia, el equipo (10,12) y muchas veces otros pacientes que van a compartir sus experiencias. Es una negociación permanente, siempre abierta al cambio, con un intercambio de información profunda pero entendible, realizada en varias de las actividades programadas, incluidas la psicoeducación y los talleres de enfermería.

d) Registro y evaluación de resultados

Se realiza un registro mensual de indicadores de la actividad asistencial con criterios de gestión consensuados con el IPSM.

Para los criterios de calidad, los indicadores utilizados se dividen en dos grupos, que, por motivos de espacio, solo enumeramos (3). Aparece la media de resultados de catorce años de actividad del Proyecto y entre paréntesis, el estándar a alcanzar.

Indicadores de proceso: Índice de ocupación: 85% (>75). Porcentaje de admitidos/remitidos: 85%. Demora para la inclusión: 5 días (máx. 7). Estancia media en tratamiento: 7.7 meses. Porcentaje de abandonos: 10% (< 30). Motivo de alta: Mejoría 80%; abandono 10% (<25). Alta con cita concertada: 100%, máximo 15 días (30).

Indicadores de resultado: Número de reclamaciones: 0% (< 5). Porcentaje de altas por mejoría que reingresan antes de un mes: 0% (< 10). Disminución del número de episodios de hospitalización completa/año, de 1.4 a 0.32.

Además de las entrevista clínica para tratar de obtener evidencia sobre la eficacia clínica, se utilizan instrumentos psicométricos al inicio y al alta, siendo los más importantes: la Escala de Impresión Clínica Global (CGI); la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG); la Escala de Evaluación de la Discapacidad (WHO/DAS); la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); la Escala de Sintomatología Psicótica (PSYSRATS); el Beck Depresión Inventory (BDI); la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSEQ) y la Escala de Evaluación del *Insight* (SMUD), además de diversos cuestionarios de apego.

INVESTIGACIÓN Y RECONOCIMIENTOS

Aunque por motivos de las políticas sanitarias públicas las facilidades para la investigación son mínimas, en los últimos años se ha publicado una modesta investigación sobre resultados terapéuticos en una muestra de 48 sujetos diagnosticados de primeros episodios psicóticos que completaron su PTI, con resultados prometedores (4).

En el año 2010, el Anexo 2, Documento Técnico sobre Hospitales de Día de Adultos, del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid propone el esquema de nuestro hospital de día como el modelo a seguir en todas las áreas sanitarias.

En el año 2012, el Proyecto Ponzano fue premiado con el XV Premio Jaime Albert Solana, que anualmente convoca la FEAFES (actual Salud Mental España) para reconocer la labor realizada por instituciones y particulares mediante acciones e investigaciones que favorecen el conocimiento de la enfermedad mental en el campo sanitario, social, laboral y/o legal, promueven su recuperación, así como la mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental y aquellas que aborden la erradicación del estigma y la discriminación asociada a las personas con enfermedad mental y sus familias.

En el año 2016, el autor recibe la Medalla de Oro de Madrid, el máximo reconocimiento que el Ayuntamiento otorga a todas aquellas personas e instituciones que han destacado por sus obras, servicios o actividades y, además, poseen una vinculación especial con la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) García Badaracco JE. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid: Tecnipublicaciones S.A, 1990.
- (2) Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre hospitales de día psiquiátricos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2000; 74:369-372.
- (3) Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre hospitales de día. Mas Hesse J (coord.). Cuadernos Técnicos, 12. Madrid: AEN, 2009.
- (4) Figuera D. El Proyecto Ponzano: Un abordaje terapéutico integral para el trastorno mental grave en hospital de día. *Intersubjetivo* 2015; 15 (1 y 2).
- (5) Grupo de trabajo para la Esquizofrenia de la APA. Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. 2ª ed. Barcelona: Ars Médica, 2005.
- (6) Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en las psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2004.
- (7) Galletly Ch, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016; 50(5) 410-472.
- (8) Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J (eds). Evolución de las psicosis. Diferentes fases, diferentes tratamientos. Barcelona: Herder, 2008.
- (9) Cooke A (ed). Comprender la psicosis y la esquizofrenia. Canterbury: The British Psychological Society, 2015.
- (10) National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE Clinical Guideline, 178, 2014. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/cg178/evidence/cg178-psychosis-and-schizophrenia-in-adults-full-guideline3>
- (11) Healthcare Improvement Scotland. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. Edinburgh, SIGN, 2013; no. 131. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/sign-131-management-of-schizophrenia.html>
- (12) Gumley A, Schwannauer M. Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de la psicosis. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2008.
- (13) Hughes D. Attachment-focused family therapy. New York: W.W. Norton, 2007.
- (14) Rygaard NP. El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos de apego. Barcelona: Editorial Gedisa, 2008.
- (15) Safran JD, Muran C. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2005.
- (16) Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 1563-1569.
- (17) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.

- (18) Brent B, Holt D, Keshavan M, Seidman L, Fonagy P. Mentalization-based treatment for psychosis: linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2014; 51(1): 17-24.
- (19) Tizón JL. *Familia y psicosis. Cómo ayudar en el tratamiento.* Barcelona: Herder, 2014.
- (20) Pichon-Rivière E. *Teoría del vínculo.* Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1985.
- (21) Stern DN. *El momento presente en psicoterapia y la vida cotidiana.* Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos, 2017.
- (22) Bentall RP. *Madness explained: psychosis and human nature.* London: Allen Lane, 2003.
- (23) Bentall RP. *Medicalizando la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder, 2012.
- (24) Birchwood M, Fowler D, Jackson C. *Early intervention in psychosis. A guide to concepts, evidence and interventions.* Chichester, UK: Wiley, 2002.
- (25) Díez-Alegría C, Vázquez C, Nieto M, Valiente C, Fuentenebro F. Personalizing and externalizing biases in deluded and depressed patients: are attributional biases a stable and specific characteristic of delusions? *Br J Clin Psychol.* 2006; 45 (Pt4): 531-544.
- (26) Chadwick P. *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora.* Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2009.
- (27) Garety P, Freeman D. Cognitive approaches to delusion: A critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol.* 1999; 38: 113-154.
- (28) McGorry P, Killackey A, Yung A. Intervención precoz en las psicosis: conceptos, evidencias y direcciones futuras. *World Psychiatry* 2008; 6(3): 148-157.
- (29) Morrison AP. *A case book of cognitive therapy for psychosis.* Brighton: Psychology Press, 2001.
- (30) De la Vega I, Sánchez S. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica* 2013; 10(1).
- (31) Yeomans F, Clarkin JF, Kernberg OF. *Psicoterapia centrada en la transferencia.* Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016.
- (32) Fonagy P. *Teoría del apego y psicoanálisis.* Barcelona: Espaxs, 2004.
- (33) López Atienza JL. Psicoterapia dinámica de la psicosis. *Avances en Salud Mental Relacional.* 2002; 1(2).
- (34) Mosquera D, González A, Leeds A. Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014; 1:15.
- (35) Reneses B, Galián M, Serrano R, Figuera D, Fernández del Moral, A, López-Ibor JJ, et al, Una nueva psicoterapia breve para trastornos límite de la personalidad. Resultados preliminares de un ensayo controlado y aleatorizado. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(3):139-48.
- (36) Figuera D. Teoría del apego y trastorno mental grave: vulnerabilidad, psicopatología y aportes para una psicoterapia focalizada en los vínculos. En: Cortina M, Marrone M. *Apego y psicoterapia: Un paradigma revolucionario.* Madrid: Psimática Editorial, 2017.

- (37) Alanen Y. La esquizofrenia, sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2003.
- (38) Alanen Y, González de Chávez M, Silver A, Martindale B. Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2008.
- (39) Ciompi L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Archives Psychiatry Neurology*; 168: 10-13.
- (40) Bloch Thorsen GR, Gronnestad T, Oxnevad AL. Trabajo familiar y multifamiliar en las psicosis. Barcelona: Herder, 2009.
- (41) Debbané M, Salaminios G, Luyten P, Badoud D, Armando M, Solida Tozzi, et al. Attachment, neurobiology and mentalizing along the psychosis continuum. *Front Hum Neurosci*, 2016;10:406.
- (42) Martindale BV. Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. *BJPsych Advances* 2007; 13(1): 34-42.
- (43) Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five years of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychother Res*. 2006;16: 214-228.
- (44) Berry K, Wearden A, Barrowclough C. Adult attachment styles and psychosis: an investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42: 972-976.
- (45) Vetere A, Dallos R. Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador. Madrid: Ediciones Morata, 2012.
- (46) García Badaracco JE. Psicoanálisis multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Buenos Aires: Paidós, 2000.
- (47) Salomon J, Simond HD. Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen? Madrid: AEN, 2013.
- (48) Sempere J, Fuenzalida C. Terapias multifamiliares. El modelo interfamiliar: la terapia hecha entre todos. Madrid: Psimática Editorial, 2017.
- (49) Linares JL. Terapia familiar ultramoderna. Barcelona: Herder, 2013.
- (50) Rodríguez-González M, Martínez B. La teoría familiar sistémica de Bowen: avances y aplicación terapéutica. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana España, 2015.
- (51) Whitaker C, Bumberry W. Danzando con la familia: Un enfoque simbólico-experiencial. Barcelona: Paidós, 1998.
- (52) Byng-Hall J. The crucial roles of attachment in family therapy. *J Fam Ther*. 2008;30:129-146.
- (53) Cullberg J. Psicosis, una perspectiva integradora. Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2007.
- (54) Gumley A, Taylor H, Schwannauer M, MacBeth A. A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129: 257-274.
- (55) Levine P. Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo. Barcelona: Editorial Eleftheria, 2018.

- (56) Ogden P, Fisher J. Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016.
- (57) Van der Kolk B. El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Barcelona: Editorial Eleftheria, 2017.
- (58) Holmes J. Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009.
- (59) Wallin DJ. El apego en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
- (60) Marrone M. La teoría del apego: un enfoque actual. Madrid: Psimática, 2009.
- (61) Juri L. Teoría del apego para psicoterapeutas. Madrid: Psimática, 2011.
- (62) Wickham S, Sitko K, Bentall RP. Insecure attachment is associated with paranoia but not hallucinations in psychotic patients: the mediating role of negative self-esteem. *Psychol Med.* 2015;45(7):1495-507.
- (63) Kuipers GS, van Loenhou Z, van der Ark LA, Bekker MH. Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients. *Attach Hum Dev.* 2016; 18(3): 250-272.
- (64) Mosquera D, González A, van der Hart O. Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Rev Persona* 2011;10-40. Disponible en: <https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/TLP-trauma-infancia-disociacion-C3%B3n-estructura-personalidad.pdf>
- (65) Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría. Lecciones aprendidas. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otros Trastornos, 2014.
- (66) Mitchell SA. Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración. Mexico D.F.: Siglo XXI Editores, 1993.
- (67) Perona S, Cuevas C, Vallina O, Lemos S. Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Guía clínica. Madrid: Minerva ediciones, 2003.
- (68) Díez-Alegría C, Vázquez C, Hernández MJ. Covariation assessment for neutral and emotional verbal stimuli in paranoid delusions. *Br J Clin Psychol.* 2008;47(Pt 4):427-437.
- (69) Vázquez C, Díez-Alegría C, Hernández-Lloreda MJ, Nieto M. Implicit and explicit self-schema in active deluded, remitted deluded, and depressed patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008; 39(4): 587-99.
- (70) Morrison AP, Hutton P, Wood L, Taylor PJ, Irving K. Cognitive behavioural therapy for psychosis: rationale and protocol for a systematic review and meta-analysis. *Psychosis* 2013;6(3): 220-230.
- (71) Perona S. Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apuntes de Psicología* 2006; 24(1-3): 83-110.
- (72) Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2005.
- (73) Allen JG. Traumatic relationships and serious mental disorders. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2001.
- (74) Ogden P, Milton K, Pain C. El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2009.

- (75) Cortina M, Marrone M (compiladores). Apego y psicoterapia: un paradigma revolucionario. Madrid: Psimática, 2017.
- (76) Torres B, Causadias, JM, Posada G (comps.). La teoría del apego. Investigación y aplicaciones clínicas. Madrid: Psimática, 2014.
- (77) West ML, Sheldon-Keller AE. El apego adulto: patrones relacionales y psicoterapia. Valencia: Promolibro, 1999.
- (78) Yármoz S (comp.). La teoría del apego en la clínica I. Evaluación y clínica. Madrid: Psimática, 2008.
- (79) Meltzoff AN, Prinz W (eds.). The imitative mind: Development, evolution, and brain bases. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- (80) Stern DN. La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos. Barcelona: Paidós, 1997.
- (81) Trevarthen C. La psicobiología intersubjetiva del significado humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. Clínica e investigación relacional 2011; 5(1):17-33.
- (82) Tronick E. The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: W.W. Norton, 2007.
- (83) Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- (84) Bradley R, Westen D. The psychodynamics of borderline personality: A view from developmental psychopathology. Dev Psychopatol. 2005; 17(4): 927-957.
- (85) Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona: Paidós, 1997.
- (86) Codrech J. La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Paidós, 2001.
- (87) Dio Bleichmar E. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Barcelona: Paidós, 2005.
- (88) Stolorow RD, Atwood GE. Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. Barcelona: Herder, 2004.
- (89) Cozolino L. The neuroscience of psychotherapy. New York: W.W.Norton, 2010.
- (90) Gallese V, Morris E, Migone P. Entonamiento emocional: neuronas espejo y los apuntalamientos neuronales de las relaciones interpersonales. Aperturas psicoanalíticas 2007; 26. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000447>
- (91) Iacoboni M. Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros. Buenos Aires: Katz editores, 2009.
- (92) Rizzolatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós, 2006.
- (93) Schore AN. Affect regulation and the repair of the self. New York: W.W.Norton, 2003.
- (94) Cortina M, Liotti G, Silberstein M. Cooperación, intersubjetividad y apego. Aperturas Psicoanalíticas 2012; 41. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000750>
- (95) Siegel DJ. La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2007.

- (96) Berry K, Barrowclough C, Wearden A. Attachment theory: a framework of understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behav Res Ther.* 2008; 46(12):1275-1282.
- (97) Dozier M, Lomax L, Tyrrell C, Lee SW. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attach Hum Dev.* 2001;3(1): 62-76.
- (98) Fonagy P. Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas* 2000; 4. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=104>
- (99) Lyons-Ruth K. La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego. *Aperturas Psicoanalíticas* 2004; 17. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=290>
- (100) Moskowitz A, Schafer I, Dorahy M (eds.). *Psicosis, trauma y disociación*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2011.
- (101) Fonagy P. Perspectivas transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas.* 1999; 3. Disponible en: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=86>
- (102) Siegel DJ. *Mindsight: la nueva ciencia de la transformación personal*. Barcelona: Paidós, 2011.
- (103) Blatt S. Una polaridad fundamental en psicoanálisis: implicaciones para el desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el proceso terapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas* 2008; 28. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=402>
- (104) Crittenden PM. *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro, 2002.
- (105) Read J, Mosher LR, Bentall, R. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 2006.
- (106) Read J, Dillon J (eds.) *Modelos de locura II*. Barcelona: Herder, 2017.
- (107) Bowlby J. *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós, 1988.
- (108) Linehan MM. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2003.
- (109) Slaikue K. *Intervención en crisis*. México D.F: Editorial El Manual Moderno, 1996.
- (110) Martindale B, Smith J. Psychosis: psychodynamic work with families. *Psychoanal Psychother.* 2011;25 (1): 75-91.
- (111) Gisbert C (coord.). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: AEN, 2003.
- (112) Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The first 10,000 adult attachment interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev.* 2009; 11(3): 223-263.