

## ¿Son Todas las Psicoterapias Psicoanalíticas Iguales?

### Are All Psychoanalytic Psychotherapies the Same?

Hugo Bleichmar

Universidad Pontificia Comillas (Madrid)

**Resumen.** Se describe una modalidad de psicoterapia psicoanalítica, el Enfoque Modular-Transformacional, caracterizado por: a) una comprensión de la psicopatología en base a múltiples sistemas motivacionales –apego, narcisista, sexual/sensual, autoconservación, regulación psicobiológica-, cada uno con sus respectivas angustias y defensas. Psicopatología que va más allá de los diagnósticos en base a categorías aisladas, que describe los diferentes factores que originan subtipos de trastornos depresivos, narcisistas, de la alimentación, de drogodependencia, de ansiedad, etc., que integra el psicoanálisis moderno relacional con los aportes de la psicología cognitiva y la neurociencia; b) en cuanto a la psicoterapia, propone formas de intervenciones que sean específicas a fin de superar una técnica única aplicada a todo tipo de pacientes. Además, una técnica activa no sólo por parte del terapeuta sino también del paciente, adaptada al marco de tratamiento: psicoterapia individual, de familia, en instituciones.

*Palabras clave:* psicoterapia, depresión, duelo, memoria, narcisismo, apego, psicoterapia de niños, género.

**Abstract.** The Modular-Transformational Approach modality of psychoanalytic psychotherapy is described as being characterized by: a) an understanding of the psychopathology based on multiple motivational systems –attachment, narcissistic, sexual/sensual, self-preservation, psychobiological regulation– each with their respective anxieties and defenses. A psychopathology that goes beyond diagnosis based on isolated categories, it describes the different factors underlying subtypes of depressive, narcissistic, anorexia/bulimia, drug dependency or anxiety disorders, etc., and integrates modern relational psychology with inputs from cognitive psychology and neuroscience; b) regarding psychotherapy, it proposes specific forms of intervention in order to overcome the use of a single technique applied to all types of patients. In addition, it is an active technique, not only on the therapist's side but also on the patient's, and is adapted to the framework of the treatment: individual psychotherapy, family therapy or in institutions.

*Key words:* psychotherapy, depression, mourning, memory, narcissism, attachment, children psychotherapy, gender.

---

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor a C/ Diego de León, 44 – 3º izq. 28006 Madrid. Correos electrónicos: [bleichmar@aperturas.biz](mailto:bleichmar@aperturas.biz); [secretariaforum@aperturas.org](mailto:secretariaforum@aperturas.org). Tel. 91 411-2442.

Hay un desconocimiento de los avances que han tenido lugar en psicoterapia psicoanalítica y se la cuestiona desde la crítica a viejos modelos del psicoanálisis y a la psicoterapia inspirada en los mismos. Se la ve como carente de validación empírica, sin objetivos claros, basada en conceptos abstractos y no fiables, sujeta a principios dogmáticamente defendidos. Pero, por encima de todo, no se diferencia entre escuelas de psicoterapia psicoanalítica, trasladando las legítimas críticas que se pueden hacer a algunas de ellas a todas las psicoterapias psicoanalíticas. Las críticas no toman en cuenta que hay corrientes dentro del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica que han cuestionado seriamente al psicoanálisis clásico, que han incorporado los conocimientos de la psicología cognitiva, de los hallazgos en neurociencia, de la modificación de conducta.

En el presente trabajo nos proponemos presentar una forma de psicoterapia psicoanalítica, el enfoque Modular-Transformacional, para intentar mostrar su especificidad y algunas de las contribuciones que ha hecho al diagnóstico y tratamiento de subtipos de trastornos depresivos (Bleichmar, 1996, 2003a; Levinton, 2001; Méndez, de Iceta, Ramos, 1999), de subtipos de trastornos narcisistas (Bleichmar, 2000), de crisis de pánico (Bleichmar, 1999c), de trastornos de alimentación (Dio Bleichmar, 2000a), de subtipos de duelos patológicos (Bleichmar, 2010), que ha propuesto formas de intervención específica, una técnica diferenciada, y planteado mecanismos de cambio en el tratamiento (Díaz-Benjumea, 2002, 2005, 2008) ; Ingelmo, 1999; Ingelmo, Ramos, Méndez y González, 2000). Enfoque que ha hecho aportes en temas como el de los sueños (De Iceta y Méndez, 2003), los sentimientos de indefensión/ impotencia (Deprati, 2002), la clínica de las relaciones de sumisión y de las modalidades de apego e intimidad (Bleichmar, 1999b, 2008), en la aplicación de los conocimientos actuales sobre la memoria a la técnica de psicoterapia (Bleichmar, 2001). Creemos que es, precisamente, en la publicación de artículos originales en revistas internacionales y nacionales, de libros sobre temáticas específicas (Bleichmar, 1981, 1986, 1997; Dio Bleichmar, 1985, 1996, 1998, 1999; Méndez e Ingelmo, 2009), en la novedad de las propuestas en psicoterapia reconocidas en congresos internacionales y en revistas que utilizan el sistema de “peer review” – lectura por jueces anónimos– donde el lector mejor podrá evaluar al enfoque “Modular-Transformacional” en psicoterapia y encontrar las diferencias que pudieran existir entre éste y otras orientaciones (Bleichmar, 1996, 2003b, 2004, 2005, 2006, 2010; Dio Bleichmar, 1992, 1995, 2006)<sup>1</sup>.

Una característica del enfoque es la revisión crítica que realiza de las diferentes corrientes de la teoría y de la clínica psicoanalítica (Bleichmar, 2001), superando la adherencia dogmática a escuelas o a autores, reconociendo sus valiosas contribuciones pero, también, viendo qué de sus concepciones debe ser descartado por no haber sido validado por las investigaciones clínicas y conceptuales.

### Un ejemplo de validación empírica de una propuesta técnica del enfoque “Modular-Transformacional”

En *Nature*, la publicación que junto a *Science* son las dos de mayor predicamento en el mundo científico, aparece un artículo del prestigioso equipo de neurociencia de New York University dirigido por Joseph LeDoux en que se demuestra una aplicación terapéutica del proceso que se ha denominado de reconsolidación de la memoria (Schiller et al., 2009). Hasta los trabajos de Nader, Schafe y LeDoux (2000) y Sara (2000) se pensaba que las memorias, una vez fijadas, permanecían inalterables y que cada vez que se recordaba se agregaba una nueva inscripción a las existentes. Sin embargo, los trabajos experimentales de los autores mencionados, luego ampliamente corroborados (Forcato et al., 2007; Winters, Tucci, DaCosta-Furtado, 2009), mostraron que en el momento de recordar la memoria entra en un estado lábil y es reconstruida totalmente de nuevo. Es decir que no se trata de un agregado a la serie de las memorias referidas a la misma vivencia, sino de una inscripción en que lo anterior es reestructurado.

El trabajo de Schiller et al. (2009, p.1) logró mostrar en humanos “que viejas memorias de miedo pueden ser

<sup>1</sup> Para una revisión de conjunto de los trabajos de H. Bleichmar ver: Abelin-Sas, 2008; Méndez e Ingelmo, 2009.

actualizadas con información no temerosa provista durante la ventana<sup>2</sup>. Como consecuencia, las respuestas de miedo dejan de expresarse, un efecto que dura por lo menos un año y que es selectivo sólo para la memoria reactivada. Estos hallazgos demuestran el rol adaptativo de la reconsolidación como una ventana de oportunidad para reescribir memorias emocionales, y sugiere una técnica no invasiva que puede ser usada con seguridad en humanos para prevenir el retorno del miedo”.

El trabajo de *Nature* muestra de una manera empírica algo que habíamos planteado como instrumento terapéutico en 2001 y en 2004 en dos publicaciones, una en *Aperturas Psicoanalítica* bajo el título “El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes” (Bleichmar, 2001), y la otra en el *International Journal of Psychoanalysis* (Bleichmar, 2004).

En esos trabajos desarrollamos ampliamente la idea de que el fenómeno de reconsolidación de la memoria se puede aplicar a la psicoterapia, aportando ejemplificaciones, acuñando la expresión “acoplamiento experiencial” (“experiential coupling”, en la edición inglesa) para describir la condición bajo la cual si se aparea a la experiencia que se quiere modificar, en el momento en que se la recuerda con intensidad vivencial, con otra experiencia de sentido contrario, entonces la primera se modifica.

La referencia a nuestras publicaciones anteriores a la de *Nature* sobre la aplicación en el tratamiento del fenómeno de la reconsolidación de la memoria no intenta, por supuesto, polemizar sobre prioridades, sino traer a la reflexión dos cuestiones: a) que el psicoanálisis aporta desde la clínica desarrollos conceptuales que reciben corroboración por las investigaciones de tipo empírico; b) la importancia tanto de la investigación conceptual y clínica como de la empírica. El magnífico trabajo de *Nature*, por parte de un grupo de investigadores que ha hecho aportes considerables, se inscribe dentro del tipo de investigación de diseño experimental. El publicado en el *International Journal*, pertenece a la llamada investigación conceptual psicoanalítica aplicada a la clínica (Leuzinger-Bohleber, 2006).

### Un ejemplo de especificidad de intervenciones terapéuticas de acuerdo a subtipos de depresión

Apoyándonos en las investigaciones de Bibring (1953) en psicoanálisis y de Seligman (1975) en psicología cognitiva propusimos una nueva clasificación de subtipos de depresión en base a las condiciones antiguas y actuales que conducen a los mismos. Mostramos cómo por diferentes caminos de origen se puede desembocar en un trastorno depresivo: a) por identificación con padres depresivos; b) por trastornos narcisistas previos; c) por angustias que producen inhibición y falta de logros en la realidad, con los consiguientes sentimientos de fracaso, de impotencia; d) por déficit de recursos y habilidades sociales con iguales consecuencias que en el punto “c”; e) por sentimientos de culpa; f) por situaciones traumáticas pasadas o actuales que generan un sentimiento de impotencia / indefensión; g) por las consecuencias que la agresividad tiene en el deterioro de las relaciones interpersonales y pérdida de las mismas, etc. Cada uno de estos subtipos requiere formas de intervención específicas dado que la aplicación de una modalidad de intervención psicoterapéutica que es la adecuada en un caso puede resultar iatrogénica en otro. A partir de esto, indicamos la necesidad de que ante cada tipo de intervención terapéutica –pertenezca a la escuela que sea– nos interroguemos sobre las indicaciones y contraindicaciones que tiene. Desde esta perspectiva, examinamos la tendencia en psicoterapia –incluidas las corrientes psicoanalíticas– a considerar que las formas de tratamiento que propugna cada escuela son de aplicación universal, para todo tipo de pacientes y de cuadros, es decir, monocordes. De ahí la propuesta en el enfoque “Modular-Transformacional” de utilizar distintos tipos de intervenciones psicoterapéuticas para cada tipo de personalidad, de cuadro psicopatológico, de condición de tratamiento –psicoterapia en el ámbito privado, en el institucional, individual, familiar<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Los autores usan el término “ventana” en el sentido de espacio de tiempo en que la memoria se halla en estado lábil

<sup>3</sup> Ver el trabajo sobre subtipos de trastornos depresivos [Bleichmar, 2003a] presentado en la Conferencia organizada conjuntamente por University College of London y el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional, IPA, Londres, Marzo 2003

## La técnica de psicoterapia: liberando de narrativas, roles, formas de reacción emocional y neurovegetativa automatizadas

Todo ser humano está prisionero, sin saberlo, de discursos parentales y sociales, de experiencias intersubjetivas, de traumas y reacciones a esos traumas, que fijan aquello que cree, lo que siente, cómo debe comportarse. Lo que es lógico para una persona, la forma en que se representa al mundo, aquello que constituye sus verdades, está dominado por narrativas y formas de reaccionar que lo gobiernan. De ahí la importancia de crear en la terapia un ámbito de exploración compartida, sin crítica, en que se puedan descubrir esas narrativas, su origen, los vínculos y discursos que las organizaron, aquello que es propio de cada paciente, que resiste los encasillamientos nosológicos. El vínculo con el terapeuta, la forma en que ambos integrantes de la pareja terapéutica van reaccionando a la interacción es una puerta de acceso a esos patrones inconscientes relacionales. No es sólo lo que el paciente relata –el análisis de esto es una parte de lo destinado a examinar– sino cómo se comporta, lo que la psicología cognitiva ha estudiado como memoria procedimental o, en psicoanálisis, como memoria relacional implícita. Pero, además del nivel cognitivo, tan esencial, existen formas automatizadas de reacción neurovegetativa, incorporadas en buena medida por “contagio” (identificación) con los estados emocionales –de ansiedad, de alegría, de exuberancia, de tristeza, de ritmos en el comer, en el moverse, en el hablar– de las figuras significativas. El niño, antes de pensar en términos de discursos, ya está incorporando esos estados emocionales, lo que continuará a lo largo de toda la vida, en su articulación con el nivel cognitivo.

Si esto es válido para la relación de una persona con sus figuras significativas, lo mismo sucede con la emocionalidad del terapeuta, cuya influencia sobre el paciente puede llegar a ser terapéutica o, por el contrario, iatrogénica. Un terapeuta hiperactivo, hiperemocional, con un paciente que ha sido desregulado desde su más temprana infancia por padres con un nivel patológico de hiperemocionalidad, de activación neurovegetativa, de arousal, producirá un reforzamiento de patología –más allá de lo que el terapeuta diga, interprete o proponga conductualmente. Por el contrario, un terapeuta con excesivo control emocional será iatrogénico –más allá de lo que diga o proponga– para un paciente con déficit emocional, apático. Por tanto, no más el terapeuta monocorde en su emocionalidad sino alguien que haga uso instrumental, conservando su autenticidad como ser humano, dentro de su repertorio emocional, de aquello que pueda ser coherente con el objetivo terapéutico. Si decimos autenticidad del terapeuta es para remarcar que este es un elemento esencial en la reparación de los traumas sufridos por el paciente.

Por otra parte, ni sumisión del paciente al terapeuta ni la inversa, sino encuentro entre dos personas que tienen razones legítimas para ser como son –producto de sus biografías– pero dispuestas a no repetir aquello que los fue moldeando sin que hubiera reflexión sobre las condiciones de origen de sus rasgos de personalidad. Para un examen de las razones de la tendencia a la sumisión, más especificado en la relación amorosa pero válidas para todo tipo de vínculo, incluida la pertenencia a grupos o la relación terapéutica, véase Bleichmar (2008).

De lo anterior se deduce la necesidad de contar con un amplio repertorio de intervenciones en psicoterapia: cognitivas, emocionales, y de propuestas de cambio mediante acciones concretas en la realidad, en las relaciones interpersonales. Esto último, por ejemplo, en pacientes fóbicos, inmovilizados, que utilizan el pensar como forma de evitar el hacer. En cambio, las técnicas de mentalización para incrementar la reflexión sobre lo que se hace, se vive, son indispensables para los pacientes de acción, con tendencia a la actuación – p. ej., pacientes con trastorno borderline. De ahí nuestra insistencia en un enfoque terapéutico integrador que cuente con los recursos probados del psicoanálisis, de la psicología cognitiva y de la modificación de conducta.

### Un ejemplo de especificidad de intervenciones terapéuticas de acuerdo a subtipos de duelo patológico<sup>4</sup>

Ante la tendencia monocorde a considerar que todo duelo por la pérdida de una persona actual lo que hace

<sup>4</sup> Tomado a partir del trabajo presentado como conferencia principal en Berlín, Congreso IPA 2007, y ulteriormente reelaborado y publicado en *The Psychoanalytic Quarterly* 1 [Bleichmar, 2010].

es reactivar un duelo por una pérdida del pasado, en la infancia o en la temprana adolescencia, propusimos una visión más abarcativa que muestra que así como el pasado condiciona el presente, desde el presente se le otorga significación al pasado, creándose una construcción de un pasado que nunca existió. A manera de símil: son las dificultades del presente las que crean, imaginariamente, la idea de un paraíso que nunca había existido (Bleichmar, 2010).

En base a la descripción de subtipos de duelo patológico, hemos desarrollado formas de intervenir sobre los diversos factores que desempeñan un papel importante en el duelo patológico. El siguiente ejemplo clínico es una muestra de esta concepción en que se considera al duelo como un proceso en continua evolución, en que intervienen las características de personalidad y el papel que la persona desaparecida desempeñaba en el equilibrio psicológico de la que entra en duelo patológico.

En este caso clínico se puede observar el papel desempeñado por el narcisismo de la paciente, por sus tendencias agresivas, por las vivencias paranoides, por la influencia de la realidad actual, por los movimientos que se van sucediendo en el proceso de desarrollo del duelo patológico, y cómo la culpa no desempeña un papel importante en este caso, lo que sí sucede en otros pacientes en duelo patológico. O sea, no un factor, sino múltiples, no considerar que hay un simple añorar estático de la persona perdida, sino observar un proceso en que se van combinando condiciones a lo largo del tiempo, para acentuar el estado de duelo.

La Sra. Y. comenzó su tratamiento por un cuadro depresivo tras la muerte de su marido. En mi primer encuentro con ella, su mirada triste, su cara marcada por el sufrimiento, su caminar desvitalizado, fueron para mí claros indicadores de que la pérdida del marido se había convertido en un acontecimiento devastador para ella. Pude enterarme que mientras el marido vivía, el lugar destacado que él ocupaba en la sociedad le había permitido gozar de un trato especial y de una vida llena de satisfacciones narcisistas —el marido era para ella una posesión narcisista, alguien que sostenía su autoestima. Después de la muerte de éste, al principio la gente la llamaba asiduamente y luego los contactos se fueron espaciando, lo que fue vivido por la paciente con resentimiento y creciente hostilidad hacia los demás. Fue dominada por un sentimiento de desesperanza y de impotencia para recuperar su anterior posición y valoración personal. El malestar por los sentimientos de impotencia y desesperanza, que forman parte esencial del duelo patológico, intentaba ser contrarrestado mediante el refugiarse en una identidad idealizada: ella necesitó representarse como la viuda de un gran hombre al que el mundo olvidaba con demasiada facilidad, cosa que ella no haría —autoidealización defensiva. Vistió de negro absoluto, buscó y compiló los escritos y discursos de su marido, cuestión en la que antes nunca se había interesado. Pero este intento de compensación narcisista, en base a la autoidealización de su lealtad al marido, no lo podía mantener pues su aproximación hostil hacia los que la rodeaban determinaba que fuera crecientemente rechazada, lo que la fue haciendo sentir cada vez más impotente para generar las respuestas gratificantes que deseaba y de las que no podía prescindir. Sus relaciones quedaron reducidas a unas pocas familiares y al vínculo conmigo en el tratamiento, al que concurría para hacerme partícipe de su amargura, esperando que compartiera su visión hostil respecto a la gente. Yo debía actuar con gran tacto. Por un lado, momentos en que sentía que debía aceptar el reclamo que me hacía y transmitirle de manera no explícita mi aprecio por sus cualidades humanas, su inteligencia, sus intereses. Pero, por el otro, tenía claro que no podía limitarme a ello, a un simple apoyo, ya que le hubiera convalidado su visión reivindicativa y narcisista, las que eran causa importante de su sufrimiento. El apoyo casi incondicional que en otros casos es indispensable para la persona en duelo, para sentirse acompañada, para recorrer juntos el proceso de recuperación, ese tipo de apoyo hubiera sido iatrogénico para la Sra. Y. ya que le hubiera convalidado su visión paranoide de la realidad, de la gente con la que se relacionaba.

A medida que el tratamiento avanzaba pude ir ayudándola a reconocer sus intensas necesidades narcisistas enraizadas en una familia con grandes expectativas en la que ella tuvo que abrirse paso entre hermanos que recibían un trato preferencial por parte del padre, y participando del clima emocional de la madre, mujer sacrificada y con fuertes elementos paranoides que tomó a Y. como paño de lágrimas de sus amargas.

Pero el aislamiento de la Sra. Y. no era únicamente retracción narcisista para mantener en la soledad el sen-

timiento de superioridad. Desde pequeña había sido alguien asustada, viendo al exterior como peligroso. La desaparición del marido hizo que se reactivaran antiguos miedos. Junto al núcleo narcisista –área de la valoración–, la Sra. Y. sufría por la existencia de un componente paranoide de su personalidad que la hacía sentir rodeada de figuras que la podían dañar; producto esta visión de una triple determinación: la identificación con el discurso y la actitud materna de sentirse continuamente amenazada, por un lado; la violencia del padre, por el otro; y su propia hostilidad proyectada en los demás.

Durante el tratamiento, cada vez que yo encaraba el componente paranoide, tenía que tener una mirada puesta en él pero otra en sus necesidades narcisistas que la hacían sentir “despreciable por ser débil y asustadiza”, como ella dijo refiriéndose a una compañera de trabajo. Un momento importante de la terapia fue cuando pudo entender la circularidad existente entre la idealización del marido y la desconfianza ante el mundo externo: su hostilidad ante las figuras externas la hacía regresar al vínculo con el marido, al que debía idealizar; pero la idealización de la relación con el marido le impedía sentir que pudiera encontrar otra relación gratificante en la realidad externa.

De poco hubiera servido que yo hubiera tratado de cuestionar la idealización del marido, intentando hacerle ver su ambivalencia y hostilidad hacia él –lo que sí ocurre en otros casos de duelo patológico. Ello hubiera sido desatender que la relación imaginaria con el marido muerto, construida desde el presente, desde su sufrimiento actual, estaba basada en serias perturbaciones de su equilibrio narcisista y de su sentimiento de seguridad básica. Lo que plantea la cuestión de que en la elaboración del duelo no se trata únicamente de circunscribirnos a la relación con el ser perdido sino, también, de que la persona en duelo pueda superar las ansiedades y limitaciones que en el presente conducen a reconstruir un objeto que no existió ni en la realidad externa ni tampoco en la realidad psíquica, es decir, cómo fue visto en el pasado.

Sintetizando el caso de la Sra. Y, la pérdida del marido creó una situación que desestabilizó básicamente su narcisismo, despertando sentimientos de minusvalía frente a los cuales reaccionó con agresividad, aislamiento grandioso e idealización creciente del marido secundaria a la pérdida. Defensas que, a su vez, trajeron consecuencias: cuanta más agresividad, más rechazo por parte del exterior y retraumatización narcisista, junto a un incremento de su desconfianza hacia la gente por proyección de su agresividad. Situación atrapante: dificultad de conexión con el mundo externo en que sí podría haber encontrado objetos sustitutivos, y el retorno, por esa misma dificultad, a un incremento de la idealización del ser perdido –fijación secundaria–, lo que reforzaba la dificultad para conectarse en la realidad con otras personas que siempre se le aparecían como inferiores al muerto. Como consecuencia de ello, recaída en el sentimiento de impotencia y desesperanza para recuperar una imagen valorizada de sí que su marido, como objeto perdido, había contribuido a mantener.

El cuadro depresivo que sobrevino en la Sra. Y. tras la muerte del marido debe diferenciarse de aquellos otros casos en que hay añoranza dolorosa del ser que se perdió, en que es la ausencia del contacto emocional y físico lo que provoca el sufrimiento, en que el otro/a ha sido una importante figura de apego que se privilegió por encima de cualquier otro, existiendo una fijación primaria al mismo.

También debe diferenciarse de los casos dominados por sentimientos de culpa o de lástima por la suerte que ha sufrido el ser perdido, como en el caso de un paciente cuyo hijo pequeño murió en condiciones en que él consideró que se descuidó en estar atento a la condición que provocó la muerte.

Todo ello es diferente de cuando la persona desaparecida había sido esencialmente la que proveía de un sentimiento de seguridad y su desaparición conduce a un estado de miedo permanente, de parálisis, de inhibición que hace sentir impotente y desesperanzado para cualquier tipo de proyecto y realización. Secuencia caracterizada por: pérdida de la persona significativa, miedo, inhibición, y frustración de los múltiples deseos que requieren para su realización de una acción en la realidad, con la consiguiente depresión secundaria a la evitación fóbica de todo contacto o iniciativa.

Tanto en el caso de la Sra. Y. como en los que acabo de mencionar, los sentimientos de impotencia y desesperanza para lograr lo deseado –el retorno de lo perdido– son el denominador común, lo que permite ubicarlos dentro de la categoría genérica del duelo pero, al ser diferentes las causas de la impotencia y de la desesperan-

za, se abre la posibilidad de una nosología de subtipos, con las consiguientes implicaciones terapéuticas: especificidad en el tipo de intervenciones que se emplearán en cada uno de ellos.

### Una comprensión no reduccionista del psiquismo

En el enfoque Modular-Transformacional se enfatiza la descripción del psiquismo como impulsado por múltiples sistemas motivacionales de acuerdo a necesidades y deseos: ya sea de apego, narcisistas, sexuales/sensuales, de regulación psicobiológica, o de autoconservación (Bleichmar, 1997, 1999a). Sistemas motivacionales que pueden cada uno de ellos ser el predominante para cada persona. Así, por necesidades de apego, se es capaz de soportar todo tipo de humillaciones, de desatender las necesidades narcisistas. Otras personas, por necesidades narcisistas, impulsadas por el orgullo de no depender, rompen vínculos de apego, o se embarcan en proyectos que los desregulan psicobiológicamente, o les comprometen su seguridad –autoconservación. Mientras que otros, para no sentir angustia, son capaces de renunciar a la sexualidad o a la búsqueda de experiencias que podrían gratificarlos narcisísticamente. Así como otros, impulsados por una sexualidad que no pueden controlar, desatienden su autoconservación y se exponen a todo tipo de peligros. Situación opuesta a aquellos en quienes las angustias de autoconservación, el sentimiento de estar en peligro, de anticipar contingencias negativas, marca toda su vida con una renuncia permanente a cualquier acción que, en caso de realizarse, podrían sacarles del sentimiento de impotencia y desesperanza.

Se describen, también: 1) las angustias propias de cada sistema motivacional. Por ej.: para el narcisismo, los sentimientos de minusvalía y de vergüenza; para el sistema del apego, las angustias de separación; para el de la regulación psicobiológica, las angustias que constatamos en los que padecen de trastornos de pánico. 2) Los sistemas de defensa en contra de esas angustias. Por ej., frente a las angustias narcisistas: las exhibiciones, la grandiosidad, la retracción y aislamiento social, etc. 3) Los valores que guían, orientan, restringen qué es lo permitido y qué lo prohibido. 4) Los recursos y habilidades para satisfacer los deseos y proyectos.

### Elección del foco terapéutico: diagnóstico en base a dimensiones del psiquismo en vez de hacerlo mediante categorías estancas

A pesar de que el diagnóstico de los cuadros psicopatológicos en base a categorías aisladas –p. ej. DSM– es útil a los fines epidemiológicos y para los ensayos y evaluación de psicofármacos, sin embargo no es de ayuda para fijar formas de intervención psicoterapéutica para cada caso particular. Sólo diagnósticos psicopatológicos y de personalidad que tomen en cuenta las diferentes dimensiones que en cada cuadro clínico se van combinando para dar la configuración propia del mismo permitirán, en psicoterapia, trabajar detalladamente sobre focos elegidos para modificar esas dimensiones. En el enfoque Modular-Transformacional se detallan las dimensiones sobre las que se trabajará para distintos cuadros psicopatológicos (Bleichmar 2003b)<sup>5</sup>.

### Un enfoque que articula la relación entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: superación del dualismo

El psicoanálisis clásico ha hecho aportes al conocimiento del funcionamiento intrapsíquico que significaron un progreso difícil de sobreestimar. Sus descripciones de los diferentes tipos de angustias, de las formas de

<sup>5</sup> Para ver casos clínicos en que las formas de intervención fueron de acuerdo a las características de personalidad del paciente, a los diferentes objetivos terapéuticos planteados, así como para una revisión crítica de las distintas escuelas del psicoanálisis, véase Bleichmar (2001).

Para ver comprensión de la anorexia y bulimia desde el enfoque Modular-Transformacional, ver Dio Bleichmar (2000)

defensa frente a éstas, del conflicto psíquico entre deseos y los mandatos del superyó, de las modalidades de procesamiento inconsciente, son hoy patrimonio no sólo del psicoanálisis sino de gran parte de las corrientes en psicología y psicoterapia. Pero su énfasis en lo intrapsíquico implicaba una restricción, se requirieron los estudios psicoanalíticos sobre el papel de la intersubjetividad –relación entre subjetividades –Kohut, Mitchell, intersubjetivistas, interpersonalistas– para poder comprender cómo lo intrapsíquico se combina, se articula, con lo intersubjetivo para generar la afectividad, la cognición, lo comportamental en cada persona.

Se ha producido un cisma entre las escuelas que enfatizan lo intrapsíquico y aquellas que privilegian lo intersubjetivo. La radicalización de las posiciones hace que cada una de estas corrientes tienda a restringir su foco de análisis y de tratamiento a uno de los dominios, sea el intrapsíquico o el de la relación, de la intersubjetividad. El enfoque Modular-Transformacional intenta superar este dualismo y examina cómo la estructura de personalidad de los participantes en cualquier interacción –sea la pareja, familiar, o la relación terapeuta/ paciente– va influyendo para moldear lo que cada participante siente, piensa, hace (Dio Bleichmar, 2000b). Aplicado esto a la relación terapéutica, en vez de una concepción por la cual se observa lo que dice el paciente, lo que éste transferiría de viejos patrones relacionales al vínculo actual, el foco de observación son las transferencias cruzadas que paciente y terapeuta hacen cada uno sobre el otro, reactivando viejos patrones pero, también, creando algo que es producto nuevo de esa relación. El terapeuta se posiciona así como si fuera un tercero que observa la interacción entre él mismo y el paciente, especialmente la influencia que sus rasgos de personalidad tienen sobre el paciente y la evolución del tratamiento. Nunca más el terapeuta presuntamente neutro, simple técnico que aplica instrumentos terapéuticos, sino una persona con sus conflictos, sus deseos y angustias, en interacción con alguien al que debe ayudar. Pero tampoco alguien que sólo observa la interacción sino que trata de conocer lo intrapsíquico de cada participante –angustias, defensas, tipo de superyó, estructura del yo, y recursos. Esto último de singular importancia por la tendencia en psicoterapia a hacer hincapié en las limitaciones del paciente y no en la riqueza de recursos que tiene y que se pueden movilizar. Hay un evidente riesgo en cualquier orientación que centre su observación en la patología del paciente y sus limitaciones: no sólo refuerza la tendencia a la autodescalificación, a que el paciente se vea como defectuoso, sino que no pone en acción aquello que son los potenciales creativos y transformadores que toda persona posee. La psicoterapia y los diagnósticos, desgraciadamente, se han inclinado hacia los aspectos que se han considerado los más patológicos dejándose de captar los recursos, las habilidades, la tendencia al crecimiento emocional y cognitivo que las personas más enfermas poseen.

### Un enfoque que articula la relación entre la mente, el sistema neurovegetativo y el hormonal

En la relación entre mente y cuerpo hay una tendencia a pensar que la dirección de la influencia sería sólo de la mente hacia el cuerpo. Pero los conocimientos actuales en neurociencia muestran cómo el estado neurovegetativo-humoral condiciona lo que se siente, se piensa y se recuerda. A los estudios de Damasio (1994) sobre el “marcador somático” se agregan los de Cahill y Alkire (2003), de Debiec y Ledoux (2006), entre otros, que muestran inequívocamente que de acuerdo al estado de activación neurovegetativa y humoral, así se piensa y se recuerda. Estos autores comprobaron empíricamente que la memoria, en cuanto a fijación y recuperación del recuerdo depende del estado adrenérgico que se tiene en esos momentos: excesivos niveles de activación neurovegetativa perturban la fijación de lo vivido pero, también lo contrario, el bloqueo del sistema adrenérgico inmediatamente después de traumas disminuye el desarrollo del trastorno de estrés posttraumático al alterar la fijación de la memoria (Debiec y Ledoux, 2006). La conclusión, a esa altura del conocimiento imposible de ignorar, es que al igual que la mente influye al cuerpo no menos hace éste con respecto a la primera. Basta, como simple recordatorio a los fines de mostrar sólo un sector en que esto ocurre, ver el papel de las hormonas en desarrollar en la adolescencia toda una cognición de activación de representaciones sexuales, o el comprobado síndrome premenstrual con disforia e ideación depresiva, incluso en algunos casos con ideas suicidas, que dura unos pocos días.



Retomando los trabajos de los autores mencionados más arriba, en el panel sobre Neurociencia del Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional Chicago 2009 destacamos el papel que tiene el estado de activación neurovegetativa –arousal– para la elaboración terapéutica: influencia qué es lo que el paciente fija, recuerda, incorpora de las intervenciones terapéuticas. De ahí la importancia que tiene que el terapeuta tome en cuenta el estado de activación neurovegetativa para saber en qué momento su intervención será más efectiva o, por el contrario, no se fijará ni recordará. Con ello profundizamos una línea de trabajo que propusimos acerca de la relevancia del “enfriamiento” emocional como uno de los instrumentos técnicos dentro de la diversidad de técnicas propuestas para la regulación emocional (ver el apartado “Cuando la mente compromete al cuerpo y éste reacciona con hiperactivación neurovegetativa que, a su vez, marca a la mente” en Bleichmar (2001).

### La sexualidad y la identidad de género

En una reformulación crítica de la teoría freudiana sobre la sexualidad, ya desde la década de los 80, Emilce Dio Bleichmar indicó la importancia de diferenciar entre identidad de género y sexualidad, no limitándose a una exposición ideológica de esa problemática, sino realizando estudios psicológicos concretos que desentrañan las condiciones que van dando lugar al desarrollo de cada una de estas dos dimensiones del ser humano, así como a su articulación (Dio Bleichmar, 1985, 1996, 2002, 2005a). Desde la publicación de “El feminismo espontáneo de la histeria” –Premio Ensayo Clara Campoamor 1984 del Instituto de la Mujer– sus numerosos trabajos y presentaciones en revistas y congresos internacionales culminaron en el texto de referencia “La sexualidad femenina: de la niña a la mujer” (Dio Bleichmar, 1998).

### La psicoterapia de la relación padres-hijos

Aplicando a la psicoterapia de niños y de adolescentes la concepción del enfoque Modular-Transformacional sobre los sistemas motivacionales –apego, regulación psicobiológica, sexualidad, narcisismo, autoconservación–, así como sobre el impacto de la afectividad del adulto y el papel estructurante de las relaciones intersubjetivas, y los conocimientos actuales en psicología evolutiva, se ha reformulado la psicoterapia de la relación entre padres e hijos, aportándose instrumentos técnicos para el tratamiento de una amplia gama de trastornos en la infancia. En el libro “Psicoterapia de la relación padres-hijos” (Dio Bleichmar, 2002, 2005b) se abordan, entre otros, los siguientes temas: a) descripción de las capacidades parentales que favorecen el desarrollo normal y armónico del niño y la familia; b) diagnóstico de las distintas modalidades del procesamiento emocional; c) comprensión de los trastornos psicológicos y del comportamiento por el desencuentro entre las motivaciones del adulto y las del niño; d) procedimientos de secuencia diagnóstica y protocolos para la evaluación de los distintos sistemas motivacionales –regulación emocional, apego, sensual/sexual, del self y la autoestima; e) comprensión del juego y del dibujo en base a las distintas etapas evolutivas de la función semiótica; f) historias clínicas detalladas que permiten ilustrar las múltiples modalidades de intervención con el niño y con las figuras parentales.

### A manera de síntesis

El enfoque Modular-transformacional intenta integrar al psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica actual con la psicología cognitiva, con las teorías del aprendizaje, con la neurociencia. Integración que no es una mera yuxtaposición de teorías y de instrumentos técnicos sino que basa en una reformulación de la psicopatología que tiene en cuenta las múltiples dimensiones que se articulan para generar subtipos de cada uno de los dife-

rentes trastornos. El énfasis está puesto en el diseño de estrategias psicoterapéuticas que permitan ir abordando la modificación de los factores –rasgos de personalidad, creencias conscientes e inconscientes, identificaciones con figuras parentales, modalidades defensivas, etc.– que mantienen las formas patológicas de pensar, sentir, actuar tanto en la relación que cada persona mantiene consigo mismo como con los demás.

## Referencias

- Abelin-Sas, G. (2008). Recent work by Hugo Bleichmar. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 295-304.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. En Greenacre *Affective Disorders. Psychoanalytic Contributions to their Study* (p. 13-48). New York: International University Press.
- Bleichmar, H. (1981). *El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1986). *Angustia y fantasma: matrices inconscientes en el más allá del principio del placer*. Madrid: Adotraf.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 935.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (1999a). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 1. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052&a=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional>.
- Bleichmar, H. (1999b). Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Aperturas Psicoanalíticas*, 2. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000074&a=Del-apego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro>.
- Bleichmar, H. (1999c). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 3. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000094&a=El-tratamiento-de-las-crisis-de-panico-y-el-enfoque-Modular-Transformacional>.
- Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000123&a=Aplicacion-del-enfoque-Modular-Transformacional-al-diagnostico-de-los-trastornos-narcisistas>.
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, 9. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes>.
- Bleichmar, H. (2003a). Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 14. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000245&a=Algunos-subtipos-de-depresion-sus-interrelaciones-y-consecuencias-para-el-tratamiento-psicoanalitico>.
- Bleichmar, H. (2003b). Attachment and intimacy in adult relationships. En M. Cortina y M. Marrone *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process* (p. 382-406). London: Whurr/ Wiley.
- Bleichmar, H. (2004). Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1379–1400.
- Bleichmar, H. (2005). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. 44º Congreso de IPA, Río de Janeiro. Julio 2005. Panel: Diferentes intervenciones terapéuticas de acuerdo a psicopatolo-

- gía, estructura de personalidad y formas de organización inconsciente. *Aperturas Psicoanalíticas*, 21. Consultado online en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000350&a=Consecuencias-para-la-terapia-de-una-concepcion-modular-del-psiquismo>.
- Bleichmar, H. (2006). Hacer consciente lo inconsciente para modificar los procesamientos inconscientes: algunos mecanismos del cambio terapéutico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 22. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000369&a=Hacer-consciente-lo-inconsciente-para-modificar-los-procesamientos-inconscientes-algunos-mecanismos-del-cambio-terapeutico>.
- Bleichmar, H. (2008). La esclavitud afectiva: clínica y tratamiento de la sumisión. *Aperturas Psicoanalíticas*, 28. Consultado online en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000389&a=La-esclavitud-afectiva-clinica-y-tratamiento-de-la-sumision>.
- Bleichmar, H. (2010). Rethinking pathological mourning: Multiple types and therapeutic approaches. *The Psychoanalytic Quarterly*, No. 1.
- Cahill L., Alkire, M.T. (2003). Epinephrine enhancement of human memory consolidation interaction with arousal at encoding. *Neurobiology of Learning and Memory*, 79:194-98.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica (Grijalbo Mondadori).
- Debiec, J., LeDoux J. E. (2006). Noradrenergic signalling in the amygdala contributes to the reconsolidation of fear memory: treatment implications for PTSD. *Ann NY Acad Sci* 1071:521-24.
- De Iceta, M., Méndez, J.A. (2003). El análisis de los sueños desde el enfoque Modular-Transformacional: una propuesta para una técnica específica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 13. Consultado online en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000229&a=El-analisis-de-los-suenos-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional-una-propuesta-para-una-tecnica-especifica>.
- Deprati, D. (2002). La “Hilflosigkeit” (impotencia /desvalimiento) freudiana. Un caso clínico desde la perspectiva del enfoque Modular- Transformacional: una dimensión del psiquismo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 10. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000190&a=La-Hilflosigkeit-impotencia-desvalimiento-freudiana-Un-caso-clinico-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional-una-dimension-del-psiquismo>.
- Díaz-Benjumea, M.D. (2002). Lo inconsciente psicoanalítico y la psicología cognitiva. Una revision interdisciplinar. *Aperturas Psicoanalíticas*, 11. Consultado online en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000204&a=Lo-inconsciente-psycoanalitico-y-la-psicologia-cognitiva-una-revision-interdisciplinar>.
- Díaz Benjumea, M. D. (2005). Análisis de un caso de trastorno de angustia desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 21. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000353&a=Analisis-de-un-caso-de-trastorno-de-angustia-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>.
- Díaz-Benjumea, M.D. (2008). El tratamiento de una paciente borderline. Sesión clínica en la Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas*, No. 30. Consultado online en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000554&a=El-tratamiento-de-una-paciente-borderline-Sesion-clinica-en-la-Sociedad-Forum-de-Psicoterapia-Psicoanalitica>.
- Dio Bleichmar, E. (1985). *El Feminismo Espontáneo de la Histeria. Trastornos narcisistas de la feminidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Dio Bleichmar, E. (1992). What is the role of gender in hysteria? *International Forum of Psychoanalysis*, 1, 155-162.
- Dio Bleichmar, E. (1995). The secret in the constitution of female sexuality: the effects of the adult’s sexual look upon the subjectivity of the girl. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 4 331-342.
- Dio Bleichmar, E. (1996). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad* (Compiladora con Burin, M.). Buenos Aires: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (1998). *La Sexualidad Femenina. De la niña a la mujer*. Barcelona: Paidós.

- Dio Bleichmar, E. (1999). *La Depresión en la Mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- Dio Bleichmar, E. (2000a). Anorexia- bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 4. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000103&a=Anorexia/bulimia-Un-intento-de-ordenamiento-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>.
- Dio Bleichmar, E. (2000b). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 6. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000133&a=Lo-intrapsiquico-y-lo-intersubjetivo-metodologia-de-la-psicoterapia-de-la-relacion-padres-hijos/as-desde-el-enfoque-Modular-Transformacional>.
- Dio Bleichmar, E. (2002). Sexualidad y género: nuevas perspectivas en el psicoanálisis contemporáneo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 11. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000202&a=Sexualidad-y-genero-nuevas-perspectivas-en-el-psicoanalisis-contemporaneo>.
- Dio Bleichmar, E. (2005a). ¿Histeria infantil o grados variables de sexualización externa? Historia de Débora. *Aperturas Psicoanalíticas*, 19. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000323&a=Histeria-infantil-o-grados-variables-de-sexualizacion-externa-Historia-de-Debora>.
- Dio Bleichmar, E. (2005b). *Manual de psicoterapia de la relación entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.
- Dio Bleichmar, E. (2006). The place of motherhood in primary femininity. En Alizade, M.A. *Motherhood in the twenty-first century* (p. 73-83). London: Karnac.
- Forcato, C., Burgos, V.L., Argibay, P.F., Molina, V.A., Pedreira M.E. et. al. (2007). Reconsolidation of declarative memory in humans. *Learning & Memory*, 14, 295-303.
- Ingelmo, J. (1999). Hacia una reconceptualización de la psicoterapia psicoanalítica: teoría del inconsciente y especificidad de las intervenciones terapéuticas. Consultado online en: [http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/articulo\\_reconceptualizacion\\_psicoterapia.html](http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/articulo_reconceptualizacion_psicoterapia.html).
- Ingelmo, J., Ramos, M<sup>a</sup> I., Méndez, J.A. y González, E. (2000). El enfoque Modular-Transformacional. *Aperturas Psicoanalíticas*, 5. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000116&a=El-enfoque-Modular-Transformacional>.
- Leuzinger-Bohleber, M. y Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87: 1355-1386.
- Levinton, N. (2001). Aplicación del “Enfoque Modular-Transformacional” a un caso de depresión y crisis de angustia por masoquismo. *Aperturas Psicoanalíticas*, 7. Consultado online en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000143&a=Aplicacion-del-enfoque-Modular-Transformacional-a-un-caso-de-depresion-y-crisis-de-angustia-por-masoquismo>.
- Méndez, J.A., de Iceta, M., Ramos, M<sup>a</sup> Isabel (1999). Psicoterapia psicoanalítica específica en dos subtipos de depresión. *Archivos de Neurobiología*, 62, 7-22. Consultado online en: [http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/original\\_psicot\\_especif\\_depre.html](http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/original_psicot_especif_depre.html).
- Méndez, J.A., Ingelmo, J. (2009) *La psicoterapia psicoanalítica desde el enfoque Modular-Transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Madrid: Forum.
- Nader, K., Schafe, G.E., LeDoux, J.E. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews Neuroscience*, 1, 216-19.
- Sara, S.J. (2000). Retrieval and reconsolidation: Toward a neurobiology of remembering. *Learning & Memory* 7, 73–84.
- Schiller D., Monfils M.H., Raio, C.M., Johnson, D.C., LeDoux, J.E. y Phelps E.A. (2009). Preventing the return of fear in humans using reconsolidations update mechanisms. *Nature*, online prepublication, consultado online el 10 de diciembre en: <http://www.nature.com/nature/journal/v463/n7277/full/nature08637.html>.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. New York: W. H. Freeman Company.

Winters, B.D., Tucci, M.C., y DaCosta-Furtado, M. (2009). Older and stronger object memories are selectively destabilized by reactivation in the presence of new information. *Learning & Memory*, 16, 545-553.

### Vínculos de interés

Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) [http://www.ipa.org.uk/Public/International Journal of Psychoanalysis](http://www.ipa.org.uk/Public/International%20Journal%20of%20Psychoanalysis)  
<http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0020-7578>.

Temario libro: “Manual de Psicoterapia de la Relación Padres e Hijos” [http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/temario\\_padres\\_hijos.html](http://www.psicoterapiapsicoanalitica.com/temario_padres_hijos.html).

Manuscrito recibido: 20/01/2010

Revisión recibida: 11/02/2010

Manuscrito aceptado: 16/02/2010