

**De la fenomenología-hermenéutica hacia una nueva psicología constructivista: el modelo post-racionalista**

Servando David Trujillo Trujillo, Centro Mencey (IPRA Tenerife) - Santa Cruz de Tenerife

María del Rosario Cejas Méndez, Centro Mencey (IPRA Tenerife) Hospital Universitario de Canarias (HUC) - Santa Cruz de Tenerife

Servando David Trujillo Trujillo, Centro Mencey (IPRA Tenerife) Universidad Europea Miguel de Cervantes Faculta de Filosofía de la Universidad de La Laguna - Santa Cruz de Tenerife

¿Cómo podemos investigar la experiencia en primera persona? ¿Es posible acceder reflexivamente a la subjetividad sin deformarla? Estas cuestiones -planteadas por el joven docente de Friburgo Martín Heidegger a principios del siglo pasado, en sus diferencias con la fenomenología husserliana y con el neokantismo- forman parte de la discusión en el seno de la psicología constructivista actual.

Como ya hiciera el eminente psiquiatra Medard Boss a través de los Seminarios de Zollikon impartidos a partir de 1947 por Martin Heidegger, las nuevas e inauditas intuiciones de su pensamiento están sirviendo como fundamento para construir una nueva psicología y psicoterapia. En concreto, en este póster se expondrá cómo a partir del intento de estudiar la vida efectiva de cada paciente en su historicidad y su singularidad se propone un nuevo **modelo post-racionalista**<sup>1</sup>. Un modelo que nace a principios de los años ochenta y que tiene en la actualidad como centro de coordenadas el estudio de cada persona en carne y hueso.

A partir del estudio y el análisis de la vida desde quien la vive, haciendo verdaderamente efectivo aquel precepto fenomenológico de “ir a las cosas mismas”, propondremos, en primer lugar, nuestra visión sobre dos temas que por antonomasia han sido fuente de debate en la historia de la Psicología: el **SI MISMO** y la **IDENTIDAD PERSONAL**.

La aclaración y la relación de estas dos nociones fundamentales en la Psicología, nos llevará, en segundo lugar, a proponer y comprender una determinada visión sobre la Psicopatología. De esta perspectiva, se concebirá el trastorno psicológico como una fractura entre el Sí Mismo y la Identidad Personal. O lo que es lo mismo decir una separación entre lo que sentimos y hacemos, y lo que nos contamos sobre aquella experiencia vivida.

A través de estos dos niveles de la experiencia humana -la denominada experiencia pre-reflexiva y su configuración narrativa a través del lenguaje- se esbozará una Psicología de la Personalidad en continuidad con la Psicopatología. De esta manera, los trastornos psicopatológicos del DSM-IV-R, no sólo pueden ser leídos en relación a un determinado estilo de personalidad, sino dicha psicopatología es comprendida -tanto en su génesis como en su mantenimiento- desde el punto de vista de quien la padece.

Por último, propondremos el objetivo de la Psicoterapia desde este modelo. Si los trastornos psicológicos son entendidos como una fractura de la Identidad Personal, por tanto la intervención va dirigida a la posibilidad que tengan terapeuta y paciente de reconstruir este quiebre.

## **Eficacia de la psicoterapia cognitivo-conductual en un sujeto con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC).**

José María Manzano, Hospital San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad Complutense  
Lorena Bixquert<sup>2</sup>, <sup>2</sup>Hospital Virgen de Altagracia - Manzanares (Ciudad Real)  
Juan Jesús Muñoz: Hospital San Juan de Dios. Ciempozuelos. Madrid

### Introducción

Resumen del caso clínico: Paciente varón de 35 años. Diagnosticado de TOC desde hace 15 años. Obsesiones de contenido sexual y religioso/blasfemo.

Tratamiento farmacológico actual: Sertralina 100mg.:1-1/2-0.

Tratamiento psicoterapéutico: Exposición a las imágenes e ideas obsesivas con prevención de respuesta (neutralización, tranquilización, rituales mentales, evitación y cuestionamiento cognitivo de las valoraciones disfuncionales).

### Objetivo

El objetivo del presente trabajo ha sido valorar la eficacia de la psicoterapia cognitivo- conductual en un sujeto con TOC, durante un periodo de 9 meses. El paciente se encontraba en tratamiento psicofarmacológico, que no se ha modificado durante el proceso de psicoterapia.

### Material y Método

El paciente fue evaluado antes de comenzar la intervención psicoterapéutica y a los 9 meses de tratamiento. Los cuestionarios empleados han sido:

- Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)
- Thought Control Questionnaire Reduced (TCQ-R)
- Inventario de Pensamientos Intrusos Obsesivos (Obsessional Intrusive Thoughts Inventory – INPIOs-).
- Inventario de Clark y Beck para Obsesiones y Compulsiones (C-BOCI)
- Cuestionario Obsesivo-Compulsivo Revisado (OCI-R)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

### Resultados

Encontramos diferencias significativas en la Y-BOCS en la disminución de las compulsiones y en la puntuación total. En la TCQ-R hay diferencias significativas en la subescala de concentración. En la escala INPIOs no se ve una mejoría significativa en las 6 subescalas. Sin embargo se obtiene mejorías significativas en estrategias de control: distracción cognitiva, distracción conductual, compulsión mental y compulsión manifiesta. En el C-BOCI hay una disminución significativa de la escala de obsesión y de la de compulsión. En el OCI-R se encuentra una disminución significativa de la puntuación total. Por último en la escala BDI para la depresión hay una disminución significativa de la puntuación total.

### Conclusiones

La intervención cognitivo conductual ha producido una mejoría tanto en la clínica obsesivo-compulsiva con disminución de la frecuencia de las ideas e imágenes obsesivas, de la interferencia de las mismas, de la presencia e interferencia de las conductas compulsivas, de neutralización y de estación, atenuación o eliminación de cogniciones desadaptadas y desarrollo de estrategias de afrontamiento de las obsesiones mas adecuadas; así como en la sintomatología depresiva asociada.

Giménez, A., Morillo, C., Belloch, A., Carrio, C., y Cabedo, E. (2004). Creencias disfuncionales asociadas a síntomas obsesivo-compulsivos: Una aproximación a la especificidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 1-17.

Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K.L., Keeley, M.L., Geffken, G.R., y Storch, E.A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17.

Kelda, H. and Christopher J Mc (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 7: 485–494.

### La Psicoterapia: entre la vida y el relato

Servando David Trujillo Trujillo· Centro Mencey (IPRA Tenerife) Universidad Europea Miguel de Cervantes Faculta de Filosofía de la Universidad de La Laguna - Santa Cruz de Tenerife

En este trabajo se analiza la relación que existe entre las experiencias vividas por los pacientes y las que relatan en el contexto psicoterapéutico. Auspiciados por los fecundos análisis del gran filósofo de la narración Paul Ricoeur, mostraremos, en primer lugar, cómo la propia estructura de la experiencia humana convoca a ser narrada. Es decir, la experiencia efectiva –en su hacer y en su padecer- se encuentra constituida de unas determinadas características (de una semántica, de una realidad simbólica y de una temporalidad) que sirven de anclaje para ser dicha. Es por esta razón que nos atrevemos a afirmar que la vida de cada paciente es un relato potencial en busca de ser él mismo su propio narrador.

Pero esta necesidad de llevar una experiencia al lenguaje no implica sólo un viaje de ida. También argumentaremos, en segundo lugar, que los discursos psicoterapéuticos implican una vuelta a la experiencia vivida; un regreso al entramado de acontecimientos de la que se encuentra tejida cada vida humana. Esta posibilidad de devolver el relato a la vida lo fundamentaremos principalmente en dos aspectos. Por un lado, cuando los actos humanos son elevados al nivel de los discursos, en cuanto son integrados y configurados a través de la construcción de una trama, adquieren una nueva significación. Aquella innovación semántica por la que el acto de narrar no supone una simple imitación de la vida. Los relatos generan, más bien, nuevos espacios y horizontes de sentido capaces de dar una nueva luz a los acontecimientos vividos y transfigurar la realidad efectiva de cada paciente. Por otro, la narración permite unificar y así, identificarnos y apropiarnos de la diversidad de episodios esparcidos en el flujo temporal de la vida

Sólo teniendo en cuenta esta dialéctica continua entre las vidas de los pacientes y los relatos que de ellas elaboran podemos llegar a comprender bien la noción de Identidad Narrativa<sup>2</sup>. Un modelo dinámico de identidad por el cual, en la conexión y articulación de la experiencia a través de las narraciones, la persona construye su subjetividad.

Haber tomado en serio tras las huellas de Ricoeur la existencia de una realidad extra-lingüística y el lenguaje como configuración de aquella, ha propiciado ulteriores desarrollos en el seno de la Psicoterapia. En concreto, y en tercer lugar, expondremos una Psicoterapia centrada en la primera persona: mientras se intenta comprender el fenómeno psicopatológica a partir de la experiencia fáctica antes y después del exordio sintomatológico, la intervención psicoterapéutica supondrá la elaboración de relatos que partirán y tratarán de incidir en la vida misma del paciente.

### Programa grupal en agudos para pacientes con patología dual

Lidia Sánchez Morales<sup>1</sup>  
 Cristina Valls Llagostera<sup>2</sup>  
 Anna Lamban<sup>3</sup>  
 Montse Martínez<sup>3</sup>  
 Alex Marieges<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Barcelona, <sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebrón, <sup>3</sup>Hospital San Rafael

**Introducción:** Se ha descrito la importancia del tratamiento multidisciplinar e individualizado durante todo el proceso, desde ingreso hasta la comunitaria<sup>2</sup>. Se han realizado diferentes estudios de grupos con metodología y contextos diversos, hecho que hace que la literatura científica al respecto sea muy heterogénea.

Se realizó un programa grupal para pacientes con patología dual en la unidad de agudos de psiquiatría. Las bases teóricas de referencia eran grupoanalíticas y especial atención al grupo como herramienta terapéutica así como a los once factores terapéuticos descritos por Yalom.

**Objetivo:** Valorar si existe movimiento en los estadios de cambio (Prochaska y DiClemente) tras la intervención grupal.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio pacientes con al menos un consumo de sustancias en los dos meses previos al ingreso.

Tanto psiquiatría como enfermería y psicología clínica se encontraban implicados en el circuito de detección, entrevista pre-grupo, sesiones grupales y cierre/alta unidad.

Se utilizó el University of Rhode Island Change Assessment (URICA) pre y post intervención grupal para objetivar estadios de cambio.

Se analizaron los datos mediante el SPSS-20.

**Resultados:** Datos recogidos desde diciembre 2010 hasta diciembre 2011. La muestra estaba compuesta por 75 pacientes (77.3 hombres) con una edad media de 37 años. El 60% padecían trastornos psicóticos y la droga más consumida era cannabis (40%).

En el análisis de datos se objetivó un movimiento en los estadios de cambio estadísticamente significativo para los estadios de precontemplación, acción y mantenimiento.

**Conclusiones:** Tras la intervención grupal, según los resultados obtenidos, los pacientes cambiaron su actitud frente al consumo, así como su estadio de cambio predominante. Se encontraban con mayor motivación al cambio y con unas expectativas más realistas que al inicio, considerándose eficaz la intervención grupal.

Los grupos proporcionan información clínica y posibilitan la apertura y posibilidades de cambio en los pacientes.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el diseño está basado en la práctica clínica, por ello es difícil la generalización de resultados. Además, sería interesante poder incluir metodología cualitativa que permitiera entender con mayor profundidad los procesos grupales dados y su relación con el cambio terapéutico.

#### Bibliografía

<sup>1</sup>Foulkes SH, Anthony EJ (2007). *Psicoterapia de grupo. Enfoque psicoanalítico*. Barcelona. Cegaop Press.

<sup>2</sup>Goldsmith RJ, Garlapati V, *Behavioral interventions for dual-diagnosis patients*, Psychiatric Clinics of North America, 2004 Dec;27(4):709-25).

<sup>3</sup>Van Horn DH, Bux DA, A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients, Journal of Substance Abuse Treatment, 2001 Mar;20(2):191-5.

<sup>4</sup>Vinogradov S, Yalom I (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona. Paidós.

**Prevención de la iatrogenia en el tratamiento psicológico**

Borja Estesu Orduña, Hospital Universitario de Canarias - Servicio Canario de la Salud -  
La Laguna

Sandra Poyo González, Hospital Universitario de Canarias - Servicio Canario de la  
Salud

Jose Valdecasas ,Universidad de La Laguna

“Primum non nocere”. La prevención cuaternaria pretende que la actividad sanitaria no sea un factor patógeno. No existe ningún organismo o institución análogo a la FDA o Agencia Española del Medicamento para los tratamientos psicológicos. Se suele admitir que estar en tratamiento psicológico es beneficioso *per se*, Mohr (1995) concluyó que entre un 3 y 10% de los pacientes empeoran tras recibir tratamiento psicológico. Hicimos un estudio descriptivo en base a una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos EBSCO, OVID y Pubmed para analizar las conclusiones de la investigación reciente sobre la prevención cuaternaria. La División 12 de la APA comenzó la contrastación empírica de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, no se hace mención explícita de las Terapias Potencialmente Dañinas o a la iatrogenia. Los estudios de eficacia en psicoterapia ignoran factores inherentes al terapeuta, al paciente y a la situación, tomando en abstracto los tratamientos. ¿No nos estaremos refiriendo a pacientes y tratamientos irreales, en el sentido de que ni los pacientes existen tal y como son vistos en los experimentos, ni los tratamientos pueden ser aplicados en la misma forma y con las mismas pautas en la clínica real? Centrándonos en la eficacia (efectos positivos) e ignorando la iatrogenia (efecto negativos) estamos subestimando y sesgando la valoración del tratamiento. Se puede generar iatrogenia al indicar un tratamiento que no procede (p.ej., códigos Z), tratamientos excesivos en cantidad o inadecuados técnicamente. La utilidad de estudiar la iatrogenia es averiguar qué mecanismos están implicados en el deterioro del paciente. Dichos mecanismos pueden estar presentes en otras terapias, incluso en terapias fundamentadas empíricamente.

## Psicoterapia grupal en pacientes con Trastorno Anancástico de Personalidad

Paz Arias, CSM I Gijón. Asturias.

Tatiana Arbolea, Unidad Docente Salud Mental Principado de Asturias

Marcelino López García, CSM I Gijón, Asturias

Este trastorno se define por el perfeccionismo, rigidez y orden. Tienen una dedicación excesiva al trabajo, gran preocupación por las reglas y detalles en forma de rumiación obsesiva, muestran un excesivo sentido del deber, gran indecisión que repercute en la toma de decisiones y una expresión emocional restringida (CIE10. F60.5.) Todo esto produce un agotamiento mental y físico muy invalidante, además de otros problemas como ansiedad, depresión o trastornos psicósomáticos que suelen ser los motivos del primer contacto con Salud Mental.

General:

- Evaluar la efectividad de la Psicoterapia en pacientes con Trastorno Anancástico de la Personalidad en el CSM I

Específicos:

- Evaluar si disminuye el estado de ansiedad, aumenta la asertividad y si mejora el autocontrol de pensamientos automáticos negativos.

Material y método: Estudio cuasi-experimental con un grupo de sujetos pre-post. Los grupos se realizarán en 8 sesiones de 90 minutos, 1 sesión por semana. Cada grupo está formado por un número de 7-10 pacientes, son cerrados y semidirectivos. La intervención grupal consta de tres módulos: Psicoeducación, Técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. Tras finalizar la última sesión se citará a los pacientes al mes y a los 3 meses de la misma para pasar de nuevo las escalas de medición y volver a evaluar los indicadores de los resultados.

Para el análisis estadístico de los datos, se utilizarán los programas estadísticos SPSS y EPIDAT 4.0 (y R en su caso). Se determinará la asociación entre la Psicoterapia y el control de los pensamientos automáticos negativos, el estado de ansiedad y la asertividad (variables dependientes cuantitativas) mediante análisis de la varianza (ANOVA) de medidas repetidas: se compararán las mediciones de las tres variables en los diferentes momentos (antes de la intervención, al mes y a los tres meses).

Instrumentos: Mediciones pre y post intervención grupal (al mes y a los tres meses). Valoración de Patrones Funcionales (M. Gordon). Test Ansiedad STAI (ESTADO), Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30), Inventario de Asertividad de Rathus.

Resultados, discusión y conclusiones: Se espera que esta intervención actúe de manera efectiva y consiga alcanzar los objetivos específicos marcados.

Conclusiones: Este programa se está llevando a cabo en la actualidad, por lo que no tenemos resultados concluyentes; no obstante, cabe destacar la asistencia y satisfacción de los ocho miembros del primer grupo.

### Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid MEDITO; 1992.

Azima, F.J.C. Terapia grupal y trastornos de la personalidad. En Kaplan HI, Sadock: Terapia de grupo (pp 431-444). Madrid: Médica Panamericana;1996.

Belloch A, Fernández-Álvarez H. Trastornos de la personalidad. Guías de intervención. Madrid: Síntesis; 2005

Beck A, Freeman A y cols. Cognitive therapy of personality disorder. New York: Guilford; 1990b

### **Práctica Clínica Diaria en Hospital de Día**

Sara García Galindo

José Morales

Hospital de Día. Instituto Psiquiátrico José Germain, Leganés, Madrid.

**Objetivos:** Estudio descriptivo de la práctica clínica diaria y diagnóstico de pacientes en hospitalización parcial, en periodo de un año, comprendido entre Marzo 2011 y Marzo 2012.

**Método:** Revisión de historias clínicas y revisión del recuento de actividades psicoterapéuticas realizadas en el centro en dicho periodo.

**Resultados:** Hospitalización parcial del paciente psiquiátrico grave derivado por un terapeuta de referencia. Se llevan a cabo una serie de entrevistas individuales, familiares, grupos y actividades psicoterapéuticas con el fin de mejorar el manejo del autocuidado, la sintomatología, prevenir el deterioro de la enfermedad, las recaídas y evitar la desinserción en el medio .

**Conclusiones:**El paciente estudiado presenta cuadros psiquiátricos graves y conviven entre sí y con el personal sanitario tratante seis horas, cinco días a la semana y esta convivencia tiene por sí un potencial terapéutico muy intenso, dándose las interacciones con suficiente libertad y tranquilidad como para que surja un microcosmos en el que se repiten las pautas problema de los pacientes y puede iniciarse el proceso de cambiarlas. Esto último es el elemento diferenciador de otros tratamientos.

### **Práctica Clínica Diaria en Hospital de Día**

Sara Garcia Galindo

José Morales

Rafael Casas

Hospital de Día. Instituto Psiquiátrico José Germain.

Título: Práctica Clínica Diaria en Hospital de Día.

Autores García S., Morales J., Casas R., Hospital de Día Instituto Psiquiátrico José Germain (Área 9, Comunidad de Madrid)

Objetivos: Estudio descriptivo de la práctica clínica diaria y diagnóstico de pacientes en hospitalización parcial, en periodo de un año, comprendido entre Marzo 2011 y Marzo 2012.

Método: Revisión de historias clínicas y revisión del recuento de actividades psicoterapéuticas realizadas en el centro en dicho periodo.

Resultados: Hospitalización parcial del paciente psiquiátrico grave derivado por un terapeuta de referencia. Se llevan a cabo una serie de entrevistas individuales, familiares, grupos y actividades psicoterapéuticas con el fin de mejorar el manejo del autocuidado, la sintomatología, prevenir el deterioro de la enfermedad, las recaídas y evitar la desinserción en el medio .

Conclusiones: El paciente estudiado presenta cuadros psiquiátricos graves y conviven entre sí y con el personal sanitario tratante seis horas, cinco días a la semana y esta convivencia tiene por sí un potencial terapéutico muy intenso, dándose las interacciones con suficiente libertad y tranquilidad como para que surja un microcosmos en el que se repiten las pautas problema de los pacientes y puede iniciarse el proceso de cambiarlas. Esto último es el elemento diferenciador de otros tratamientos.

**Amoxofobia: Miedo al volante**

Ana Navarro Canedo<sup>1</sup>, Sergio González Miguélez<sup>1</sup>, Juan Pablo Del Busto Bretoneche<sup>2</sup>,  
José Luis Quintana Velasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Salud Mental HURH Valladolid

<sup>2</sup>Salud Mental HURH Valladolid Salud Mental HURH Valladolid

El caso que se presenta describe la intervención psicoterapéutica realizada con un paciente (A), cuyo motivo de consulta es un miedo exacerbado a conducir que le incapacita tanto en su vida laboral como en la personal.

A. ha tenido que dejar prácticamente de conducir, especialmente por autovías y grandes carreteras. Experimenta lo que él denomina “pánico a la velocidad” llegando a reducirla de tal modo que en ocasiones termina parándose en el arcén. Su cuerpo reacciona notoriamente ante este miedo encogiéndose cada vez más en su asiento y sufriendo un intenso agarrotamiento del que se resiente una vez llegado a su destino.

Se hace una anamnesis recogiendo también la historia actual del problema, los antecedentes personales y familiares, la impresión derivada de la exploración, el diagnóstico y el plan de actuación.

Se determina el diagnóstico de A. como Fobia específica de tipo situacional referida a la conducción de vehículos.

El tratamiento de elección para las fobias es la exposición en vivo a la situación temida. Para realizar la exposición confeccionamos una jerarquía de 11 situaciones ansiógenas a las que A. deberá exponerse comenzando por la que menor nivel de ansiedad le genere en una escala del 1 al 10 y terminando por aquella que le produzca mayor malestar.

Para afrontar la exposición y como paso previo se entrena a A. en la técnica de respiración abdominal que ayuda a hacer llegar el oxígeno a toda la superficie pulmonar permitiendo la purificación sanguínea y la desintoxicación del organismo, lo que contribuye a reducir los niveles de ansiedad.

Se efectúa también un entrenamiento en relajación diferencial de tensión-distensión de cuatro grupos musculares del cuerpo para tomar mayor consciencia de los lugares donde se acumulan más tensiones, facilitando así la relajación de los mismos para conseguir alcanzar progresivamente la laxitud con la simple evocación mental de las zonas mencionadas.

Una vez interiorizadas las técnicas y aprovechando el hecho de que dentro de una semana A. tiene unas vacaciones planificadas con su familia, se le propone que se exponga a la jerarquía antes mencionada. Se comprueban los resultados tras la exposición programada y se acuerda una cita de seguimiento ante lo favorable de su evolución.

### **Mi hijo se siente solo**

Juan Pablo Del Busto Bretoneche<sup>1</sup>, José Luis Quintana Velasco<sup>2</sup>, Ana Navarro Canedo<sup>2</sup>,  
Sergio González Miguélez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Salud Mental HURH Valladolid Salud Mental HURH Valladolid

<sup>2</sup>Salud Mental HURH Valladolid

Es frecuente recibir consultas en el servicio de Salud Mental de Infanto Juvenil con demandas de problemas de adaptación por parte de los niños. Las madres reparten su angustia en un listado de síntomas que presentan sus hijos y que le impiden el poder adaptarse a diferentes etapas del desarrollo humano dentro del contexto familiar, escolar y social.

Los manuales que actualmente orientan a la sociedad psiquiátrica quedan limitados en tratar de nombrar un conjunto de síntomas que no ayuda ni a entender ni a tratar el conflicto emocional que encontramos en estos pacientes. En dicho contexto, presentamos el caso de un paciente de 15 años traído a consulta por su madre bajo la sintomatología de ansiedad, depresión y problemas para adaptarse en su ámbito social.

En este caso observamos como los conflictos emocionales y los duelos no resueltos dentro de la biografía materna, son proyectados e investidos en el adolescente para luego hacer una identificación narcisista por parte de la madre. También se puede evidenciar la influencia de recuerdos edípicos en los padres y la posición que adopta el hijo dentro de esta dinámica libidinal.

Un trabajo psicoterapéutico enfocado en las proyecciones maternas y el apoyo que se brinda al adolescente para la conformación de una identidad propia, da como resultado la disminución de la sintomatología en el niño y la resolución edípica en la madre.