

Regular lo humano en tiempos crueles: omnipotencia, odio y sexualidad entre defensa, vínculo y salud pública. Un modelo integrador transdiagnóstico

Autor: Francisco Muñoz-Martín

Afiliación: Psicoanalista acreditado por IPA EFP, y APM. Miembro emérito de IEPPM y de SEPYPNA

Autor de correspondencia: [fcomm@cop.es

Resumen

El autor propone un marco integrador para explicar diferencias individuales en la gestión de la omnipotencia, del odio y de la sexualidad, articulando psicología clínica, psicoanálisis contemporáneo y salud pública, derivando implicaciones clínicas y preventivas.

Se integran aportes de narcisismo/vergüenza y defensas (psicoanálisis), regulación emocional y temporalidad del coste (psicología), mentalización y confianza epistémica (psicoterapia basada en procesos) y carga alostática/adversidad (salud pública).

Se propone un modelo llamado “Modelo Telaraña”: La desregulación emerge cuando los ejes amenaza/vergüenza y recompensa/impulso predominan y, entonces, colapsa el eje vínculo/mentalización y reparación, modulados por la carga alostática y los guiones socioculturales.

Los marcadores clínicos serían: Certeza rígida, lectura hostil, pensamiento dicotómico, urgencia de actuar, reducción del otro a objeto/enemigo; conductas de alivio inmediato

con coste diferido; oscilaciones entre grandiosidad–vergüenza; sexualidad desorganizada identificada por algunas de estas funciones: anestesia, confirmación, dominio/evitación, repetición traumática.

Las implicaciones terapéuticas serían las palancas basadas en procesos como: restaurar mentalización, interrumpir cadenas conductuales, aumentar flexibilidad psicológica, entrenar compasión como reducción de amenaza, y priorizar reparación, límites y co-regulación.

Las implicaciones de la salud pública serían: La crueldad estructural (precariedad, violencia, desigualdad, humillación institucional, aislamiento) que incrementa la amenaza y la carga alostática; por lo tanto, se recomiendan intervenciones preventivas en escuela, familia y comunidad, así como educación sexual centrada en consentimiento, responsabilidad y vínculo.

El equilibrio saludable, pues, no consiste en suprimir fuerzas humanas universales, sino en transformarlas mediante regulación, simbolización, mentalización y reparación, reforzadas por condiciones sociales que reduzcan las amenazas crónicas y favorezcan la co-regulación.

Summary

The author proposes an integrative framework to explain individual differences in the management of omnipotence, hatred, and sexuality, articulating clinical psychology, contemporary psychoanalysis, and public health, deriving clinical and preventive implications.

Contributions from narcissism/shame and defenses (psychoanalysis), emotional regulation and cost temporality (psychology), mentalization and epistemic confidence (process-based psychotherapy), and allostatic load/adversity (public health) are integrated.

A model called the “Spider Web Model” is proposed: Dysregulation emerges when the threat/shame and reward/impulse axes predominate, causing the bond/mentalization and repair axis, modulated by allostatic load and sociocultural scripts, to collapse.

The clinical markers would be: rigid certainty, hostile reading, dichotomous thinking, urgency to act, reduction of the other to object/enemy; immediate relief behaviors with deferred cost; oscillations between grandiosity–shame; disorganized sexuality identified by some of these functions: anesthesia, confirmation, dominance/avoidance, traumatic repetition.

Therapeutic implications would be levers based on processes such as: restoring mentalization, interrupting behavioral chains, increasing psychological flexibility, training compassion as threat reduction, and prioritizing repair, boundaries, and co-regulation.

The public health implications would be: Structural cruelty (precariousness, violence, inequality, institutional humiliation, isolation) that increases threat and allostatic load; therefore, preventive interventions in schools, families, and communities are recommended, as well as sex education focused on consent, responsibility, and bonding.

Healthy balance, then, does not consist of suppressing universal human forces, but rather transforming them through regulation, symbolization, mentalization, and reparation, reinforced by social conditions that reduce chronic threats and favor co-regulation.

Résumé

L'auteur propose un cadre intégratif pour expliquer les différences individuelles dans la gestion de la toute-puissance, de la haine et de la sexualité, en articulant la psychologie clinique, la psychanalyse contemporaine et la santé publique, et en en tirant des implications cliniques et préventives.

Les contributions du narcissisme/de la honte et des défenses (psychanalyse), de la régulation émotionnelle et de la temporalité des coûts (psychologie), de la mentalisation et de la confiance épistémique (psychothérapie basée sur les processus) et de la charge allostatique/adversité (santé publique) sont intégrées.

Un modèle appelé « modèle de la toile d'araignée » est proposé : la dérégulation apparaît lorsque les axes menace/honte et récompense/impulsion prédominent, provoquant l'effondrement de l'axe lien/mentalisation et réparation, modulé par la charge allostatique et les scripts socioculturels.

Les marqueurs cliniques seraient les suivants : certitude rigide, lecture hostile, pensée dichotomique, urgence d'agir, réduction de l'autre à un objet/ennemi ; comportements de soulagement immédiat avec coût différé ; oscillations entre grandeur et honte ; sexualité désorganisée identifiée par certaines de ces fonctions : anesthésie, confirmation, domination/évitement, répétition traumatique.

Les implications thérapeutiques seraient des leviers basés sur des processus tels que : restaurer la mentalisation, interrompre les chaînes comportementales, augmenter la

flexibilité psychologique, former à la compassion comme moyen de réduction des menaces, et donner la priorité à la réparation, aux limites et à la co-régulation.

Les implications en matière de santé publique seraient : cruauté structurelle (précarité, violence, inégalité, instit

Introducción

Omnipotencia, odio y sexualidad aparecen en todos los seres humanos como fuerzas psíquicas y relacionales de alta energía. No constituyen, por sí mismas, patología. La diferencia decisiva —clínica y social— emerge cuando estas fuerzas quedan capturadas en configuraciones rígidas: control coercitivo, hostilidad moralizante, compulsión sexual o uso instrumental del otro. El interrogante, entonces, no es si existen tales fuerzas, sino por qué en algunas biografías se integran en agencia responsable y en otras se convierten en “soluciones de emergencia” que devoran el vínculo.

En la clínica contemporánea, el sufrimiento asociado a estas dinámicas suele presentarse en formas transdiagnósticas: desregulación afectiva, colapso de la capacidad reflexiva, dificultades de reparación, vergüenza crónica, impulsividad orientada al alivio inmediato y patrones de dominación/sumisión. El psicoanálisis contemporáneo ha descrito con precisión la función defensiva de la omnipotencia, las economías de la vergüenza y del narcisismo, y los destinos de la agresión; la psicología clínica ha aportado modelos de regulación emocional, aprendizaje y autocontrol; y la salud pública recuerda que la “crueldad” no es sólo una metáfora, sino un conjunto de condiciones materiales y

simbólicas —precariedad, violencia, ideología, desigualdad, humillación institucional, aislamiento, etc.— que incrementan la amenaza y estrechan la ventana de tolerancia (Danese & McEwen, 2012; McEwen, 1998).

Este artículo propone un marco integrador, útil para psicología clínica, psicoanálisis contemporáneo y salud pública: el **Modelo Telaraña**, un modelo transdiagnóstico que explica por qué algunas personas quedan atrapadas en ciclos de omnipotencia defensiva, odio y sexualidad desorganizada, y qué palancas clínicas y preventivas permiten recuperar el equilibrio. La tesis central es simple: el predictor cercano del “atrapamiento” no es la intensidad de esas fuerzas humana,s sino el **desequilibrio dinámico** entre (a) amenaza/vergüenza, (b) recompensa/impulso y (c) vínculo/mentalización y capacidad de reparación, modulados por carga alostática y los guiones socioculturales.

Marco teórico integrador

Omnipotencia defensiva, narcisismo y vergüenza

En términos clínicos, la omnipotencia suele operar como una defensa frente a la dependencia, la pérdida y la humillación. En organizaciones narcisistas, la grandiosidad puede funcionar como andamiaje contra una vergüenza temprana: la fantasía de control total reduce el dolor de “necesitar” y la exposición al juicio del otro. Desde tradiciones psicoanalíticas diversas, se ha descrito cómo el self puede sostenerse mediante un equilibrio precario entre idealización (del yo o del objeto) y devaluación (del objeto o del yo), con oscilaciones que se intensifican bajo estrés (Kernberg, 1975; Kohut, 1971). En

esta lógica, el control omnipotente no equivale a “exceso de autoestima”, sino con frecuencia a una respuesta de supervivencia ante un mundo experimentado como impredecible o humillante.

Cuando la omnipotencia se rigidiza, aparecen correlatos observables: intolerancia a la frustración, hipersensibilidad a la crítica, necesidad de superioridad moral o intelectual, y una tendencia a sustituir la negociación por la coerción (sutil o explícita). Este perfil suele coexistir con dificultades de reparación: pedir disculpas, sostener culpa sin derrumbarse o reconocer error sin caer en una autoaniquilación.

Odio, agresión y moralización del enemigo

La agresión es una fuerza constitutiva con destinos múltiples: puede devenir límite, asertividad, competencia, justicia o destrucción. El odio, en particular, puede funcionar como organizador identitario cuando el self se siente amenazado. En la clínica, es frecuente encontrar un odio que regula la vergüenza: transforma el sentimiento de “ser menos” en una certeza de “ser superior”, o convierte el dolor de haber sido humillado en un guion moral donde el otro queda reducido a enemigo.

Bajo alta activación, el otro tiende a perder estatuto de sujeto y se convierte en signo: “provocador”, “humillador”, “perverso”, “malo”. Este pasaje facilita la violencia porque reduce la empatía y empobrece la complejidad narrativa. Aquí resulta crucial una distinción ética: **comprender el odio como solución regulatoria no equivale a justificar daño**. La tarea clínica consiste en transformar una agresión actuada en un

conflicto simbolizable y en una capacidad de organizar límites sin llegar a la deshumanización.

Sexualidad: deseo, vínculo, compulsión y anestesia afectiva

La sexualidad humana integra una pulsión específica, simbolizaciones, voluntad de poderío, vergüenza, pertenencia y búsqueda de reconocimiento. Puede encarnar juego, ternura y encuentro, o convertirse en anestesia, confirmación narcisista, control del otro o repetición traumática. Clínicamente, la sexualidad desorganizada se presenta de modo heterogéneo. Una formulación útil es funcional: ¿qué regula la conducta sexual en ese momento?

Se observan con frecuencia cuatro perfiles (no excluyentes):

1. **Defensa anestésica ante el vacío:** sexo para sentir algo cuando predomina embotamiento o desconexión.
2. **Reparación narcisista:** sexo como confirmación de valor (“si me desean, existo”).
3. **Dominio/evitación:** sexo para no ser dominado, o para evitar una intimidad real.
4. **Repetición traumática:** recreación de escenas de poder/vergüenza intentando dominarlas retrospectivamente.

Esta mirada reduce moralismo y permite intervención precisa: no se trata de “controlar el deseo”, sino de ampliar repertorios de regulación y sostener responsabilidad sexual ética.

Regulación emocional, temporalidad y coste

La regulación emocional comprende estrategias para modular qué emoción aparece, cuándo y con qué intensidad. El modelo procesual de la regulación emocional subraya que estrategias tempranas (p. ej., reencuadre cognitivo) suelen tener menor coste a largo plazo que estrategias tardías (p. ej., supresión o descarga), aunque su eficacia depende del contexto (Gross, 1998, 2015). Los ciclos de omnipotencia/odio/compulsión sexual suelen apoyarse en estrategias tardías de alto impacto: alivian la activación de forma inmediata, pero deterioran el vínculo, incrementan vergüenza y refuerzan desconfianza, retroalimentando el problema.

Mentalización y colapso bajo estrés

La capacidad de mentalización —entender la conducta propia y ajena en términos de estados mentales— no es un rasgo estable: se fortalece en contextos de seguridad y colapsa con amenaza intensa. Bajo estrés, emergen modos pre-mentalizadores: certeza rígida, pensamiento dicotómico, lectura hostil, equivalencia y simetría psíquica (“si lo siento, es verdad”) o fantasías teleológicas (“si no lo veo, no existe”). La terapia basada en mentalización describe estos colapsos como mecanismos transdiagnósticos relevantes para escaladas de conflicto y actuación (Bateman & Fonagy, 2016/2019).

Ligado a esto, la noción de **confianza epistémica** (confianza en el supuesto saber del profesional) propone que el aprendizaje social depende de sentirse suficientemente seguro para recibir información del “otro” sin vivenciarla como manipulación o ataque; cuando esta confianza falla, aumenta la rigidez y se dificulta el cambio terapéutico (Fonagy et al., 2014).

Carga alostática y ecología del cuerpo

La carga alostática describe el “desgaste” acumulado del organismo por estrés crónico. A mayor estrés sostenido, menor capacidad de autorregulación y mayor reactividad, con efectos en salud mental y física (McEwen, 1998; Danese & McEwen, 2012). En términos clínicos, esto implica que no toda desregulación es trastorno del “carácter”: a veces es fatiga neurofisiológica en un entorno adverso. Para salud pública, el punto es directo: desigualdad, violencia y humillación institucional incrementan amenaza basal y predisponen a soluciones regulatorias de alto coste.

El Modelo Telaraña

Estructura: tres ejes y dos moduladores

El **Modelo Telaraña** propone que el atrapamiento clínico aparece cuando se desequilibran tres ejes:

Eje 1: Amenaza/vergüenza.

Activa defensa, hipervigilancia, ataque o retraimiento. Incluye humillación, miedo a la exposición y terror a depender.

Eje 2: Recompensa/impulso.

Activa búsqueda impulsiva de placer, de novedad, de estatus o de descarga. Sin integración, deriva simplemente en impulsividad por alivio.

Eje 3: Vínculo/mentalización y reparación.

Sostiene la necesaria simbolización, adquirir la visión en perspectiva, la negociación, la culpa reparadora y la capacidad de restaurar la relación.

Dos moduladores amplifican o amortiguan el sistema:

Modulador A: Carga alostática¹.

Fatiga regulatoria: estrecha la ventana de tolerancia y acelera colapsos.

¹ La [alostasis](#) es la capacidad del organismo para lograr la estabilidad fisiológica a través del cambio, anticipándose a las necesidades del entorno, diferenciándose de la [homeostasis](#) (que es reactiva). La "carga alostática" es el desgaste acumulado (físico/mental) por el estrés crónico, reflejando el costo biológico de esta adaptación constante.

Aspectos clave de la carga alostática:

- **Origen:** El término fue acuñado por Bruce McEwen y Eliot Stellar en 1993, definiendo el desgaste por uso del cuerpo ante el estrés crónico.
- **Mecanismo:** Ante estresores, el cuerpo activa sistemas (cortisol, adrenalina, sistema cardiovascular) para adaptarse. Si estos sistemas están elevados constantemente, se produce un desbalance
- **Consecuencias:** La sobrecarga lleva al agotamiento, provocando problemas de salud como enfermedades cardiovasculares, deterioro cognitivo y trastornos metabólicos.
- **Diferencia con Homeostasis:** Mientras la homeostasis mantiene variables fijas (ej. temperatura corporal), la alostasis cambia el punto de equilibrio para adaptarse a nuevas demandas.

La carga alostática alta ocurre cuando los factores de estrés son excesivos o no permiten la recuperación, causando un colapso en los sistemas corporales.

Modulador B: Guiones socioculturales.

Se refiere a la normas sobre poder, masculinidad/feminidad, sexualidad, vergüenza y agresión. La cultura puede legitimar humillación, premiar dominación o estigmatizar vulnerabilidad, sesgando trayectorias clínicas.

Hipótesis clínica central

En condiciones de alta amenaza/vergüenza y alta recompensa/impulso, con bajo sostén del eje vínculo/mentalización, emergen “soluciones de emergencia”:

- **Omnipotencia defensiva** (control para no colapsar).
- **Odio moralizante** (enemigo para no sentir humillación).
- **Sexualidad desorganizada/compulsiva** (anestesia o control para escapar del dolor).

El predictor proximal de escalada no es el afecto en sí, sino el **colapso de mentalización** y **reparación**: cuando desaparece la curiosidad por el otro y la capacidad de pausa, la conducta tiende a volverse inmediata, instrumental y dañina.

Marcadores clínicos observables

Indicadores de colapso de mentalización

1. **Certeza absoluta** sobre la mente del otro (“sé lo que intentas”).
2. **Lectura hostil** de ambigüedades (“te burlas”, “me provocas”).
3. **Pensamiento blanco/negro** (idealización/devaluación).
4. **Urgencia de actuar** (intolerancia a la espera).
5. **Reducción del otro a signo** (enemigo, objeto, trofeo).

Indicadores de dominancia del alivio inmediato

1. Conductas con alivio inmediato y coste diferido (conflicto, sexo, consumo, control).
2. Dificultad para sostener afectos sin descarga inmediata.
3. “Adicción a intensidad” (necesidad de dramatización para sentir existencia).

Vergüenza, grandiosidad y control

1. Hipersensibilidad a crítica, ridículo o pérdida de estatus.
2. Superioridad moral como regulación.
3. Humillación del otro como anestesia de humillación propia.

Sexualidad desorganizada: formulación por función

En lugar de investigar “¿cuánto sexo?”, conviene preguntar:

- ¿Qué emoción antecede?
- ¿Qué promete la conducta?
- ¿Qué deja después (vergüenza, vacío, ira, calma)?
- ¿Qué ocurre con el vínculo: aproxima, instrumentaliza o rompe?

—

Formulación breve en 7 preguntas (guía clínica)

1. **¿Cuál es la emoción gatillo disparador?** (amenaza, vergüenza, abandono, humillación).
2. **¿Qué ‘solución’ aparece?** (control, odio, sexo, retirada).

3. **¿Qué regula a corto plazo?** (activación, vacío, insignificancia).
4. **¿Qué cuesta a largo plazo?** (vínculo, salud, legalidad, trabajo).
5. **¿Cuándo colapsa la mentalización?** (momento exacto de la cadena).
6. **¿Qué historia de apego/vergüenza lo hace intolerable?**
7. **¿Qué palanca concreta puede reinstalar “pausa y reparación” actualmente?**

—

Viñetas clínicas (ilustrativas)

Viñeta 1: Omnipotencia que protege del derrumbe

Un paciente despliega brillantez y control. Una interpretación menor es vivida como desacreditación: aparece desprecio (“usted no entiende nada”). El clima se vuelve bélico. En el Modelo Telaraña, se identifica un pico de vergüenza (amenaza) seguido de respuesta omnipotente (control) para evitar colapso. Intervenir confrontando de inmediato la grandiosidad suele aumentar amenaza. Una vía más eficaz es restaurar mentalización: “Cuando aparece esa certeza de que yo no valgo, suele haber algo muy doloroso. ¿Podemos mirar qué pasó justo antes de que subiera este desprecio?”. La intervención no “justifica” el desprecio; lo **desactiva** devolviendo complejidad y tiempo.

Viñeta 2: Odio como regulación de humillación

Una paciente organiza su vida relacional desde categorías morales absolutas. Bajo ese discurso hay episodios tempranos de ridiculización. El odio le provee identidad y sentido

(“yo no soy como ellos”), y protege contra sentirse pequeño. El trabajo clínico consiste en diferenciar emoción de acto: validar el dolor y el límite, pero cuestionar la deshumanización del otro. Se busca construir culpa reparadora (responsabilidad sin derrumbe) y prácticas de reparación.

Viñeta 3: Sexualidad como anestesia del vacío

Tras jornadas de estrés, un paciente entra en cadenas de sexo compulsivo. Luego aparece vergüenza intensa y autoataque. La función es doble: anestesia de amenaza y confirmación narcisista momentánea. Se propone intervención por procesos: interrupción de cadena (pausa), compasión (reducir amenaza basal), y reconexión con valores (agencia sexual ética), además de trabajo vincular sobre soledad y miedo a no importar al otro.

—

Intervención: palancas terapéuticas basadas en procesos

La propuesta no es elegir “una escuela”, sino coordinar procesos que el Modelo Telaraña considera nucleares.

1) Restaurar mentalización y duda productiva

Objetivo: pasar de certeza persecutoria a curiosidad. Intervenciones breves:

- “¿Qué parte son hechos y qué parte son interpretaciones?”
- “Si hubiera otra explicación, ¿cuál sería?”

- “¿Qué emoción aparece justo antes de querer actuar?”

La terapia basada en mentalización ofrece un marco clínico robusto para estas microintervenciones, especialmente bajo activación intensa (Bateman & Fonagy, 2016/2019).

2) Interrumpir cadenas conductuales y ampliar repertorios

Cuando domina el alivio inmediato, se requieren herramientas concretas de interrupción: plan de crisis, postergación conductual, regulación somática, habilidades interpersonales y tolerancia al malestar. La evidencia y la práctica clínica han consolidado el valor de paquetes de habilidades para reducir acting out y mejorar estabilidad (Linehan, 1993). La clave es que las habilidades no sustituyen el trabajo de busca y encontrar significados, pero crean el suelo para que el significado sea pensable.

3) Flexibilidad psicológica y valores

La flexibilidad psicológica permite sostener afecto sin obedecerlo y elegir acciones alineadas con valores, reduciendo conductas impulsivas por alivio. ACT² ha sido

² La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) **es una psicoterapia contextual (de la “tercera ola” cognitivo-conductual) y transdiagnóstica que busca reducir el sufrimiento cambiando la relación con pensamientos y emociones, más que su contenido. Se apoya en la Teoría del Marco Relacional (RFT) y su objetivo central es aumentar la flexibilidad psicológica mediante procesos como aceptación, defusión cognitiva, contacto con el presente, yo-como-contexto, clarificación de valores y acción comprometida.**

conceptualizada como un modelo transdiagnóstico centrado en procesos (Hayes et al., 2012). En el Modelo Telaraña, este eje fortalece el componente “tiempo” (pausa) y “dirección” (agencia).

4) Compasión y seguridad (sin indulgencia)

La compasión no es permisividad: es una tecnología clínica para disminuir amenaza basal y permitir responsabilidad sin colapso. En pacientes dominados por autoataque y vergüenza, el entrenamiento compasivo incrementa condiciones de seguridad interna que sostienen mentalización y reparación (Gilbert, 2010). En el Modelo Telaraña, compasión reduce el eje amenaza/vergüenza para que el eje vínculo no colapse.

5) Reparación, límites y co-regulación

El equilibrio saludable es relacional. No basta con “controlar impulsos”; es necesario aprender a reparar: nombrar daño, asumir responsabilidad, hacer restitución posible y elaborar culpa sin caer en vergüenza total. Aquí, el legado psicoanalítico sobre holding y el papel del entorno facilitador ilumina que la autorregulación se construye en co-regulación (Winnicott, 1960). En salud pública, esto se traduce en redes y dispositivos de soporte accesibles.

Implicaciones para salud pública

Crueldad estructural como multiplicador de amenaza

Precariedad, violencia, discriminación y humillación institucional aumentan amenaza crónica y carga alostática, estrechando la ventana de tolerancia y favoreciendo soluciones de emergencia: control coercitivo, violencia, compulsiones, consumo. En este punto, la clínica se cruza con política en sentido básico: **condiciones de vida** que vuelven más probable el colapso de mentalización y la búsqueda de alivio inmediato (Danese & McEwen, 2012; McEwen, 1998).

Prevención y promoción

- **Escuela:** alfabetización emocional, resolución de conflictos, prácticas de reparación, entrenamiento de mentalización.
- **Familias:** programas centrados en límites sin humillación y reparación.
- **Sexualidad:** educación sexual centrada en consentimiento, agencia, cuidado y vínculo (no sólo en riesgo).
- **Comunidad:** redes de apoyo y dispositivos de baja barrera; campañas que separen emoción de acto (“sentir no obliga a dañar”).

Discusión Final

Comprender no es indultar: ética clínica

El Modelo Telaraña sostiene una ética doble: (a) comprender funciones regulatorias reduce moralismo y aumenta eficacia clínica; (b) comprender no elimina responsabilidad por el daño. El punto clínico es transformar afecto en símbolo y acto en elección. El punto social es reducir las condiciones que multiplican amenaza y humillación.

Límites del modelo y agenda de investigación

Este marco es integrador y clínicamente plausible, pero requiere investigación empírica específica: estudios longitudinales sobre colapso de mentalización y escalada conductual; medidas transdiagnósticas de vergüenza, reparación y confianza epistémica; evaluación de intervenciones “multicomponente” en entornos adversos. Aun así, su utilidad inmediata reside en mejorar formulación clínica, orientar intervención y tender puentes entre consulta y comunidad.

Conclusiones

Omnipotencia, odio y sexualidad son universales. Sus destinos, sin embargo, dependen de un equilibrio dinámico entre amenaza/vergüenza, recompensa/impulso y vínculo/mentalización y reparación. En contextos de alta carga alostática y guiones culturales de humillación, estas fuerzas tienden a convertirse en soluciones de emergencia: control, deshumanización del otro o compulsión. El núcleo clínico no consiste en suprimir fuerzas humanas, sino en **restaurar mentalización, ampliar repertorios regulatorios y construir reparación**, sosteniendo límites claros y agencia ética. En salud pública, reducir crueldad estructural y fortalecer redes de co-regulación no es un lujo: es prevención de desregulación, violencia y sufrimiento.

Algunas definiciones para orientar la lectura y su comprensión

1. **Modelo transdiagnóstico:** enfoque que describe procesos comunes a múltiples diagnósticos, priorizando mecanismos (p. ej., desregulación, evitación, colapso reflexivo) por encima de categorías diagnósticas cerradas.
2. **Mentalización:** capacidad de comprender la conducta propia y ajena como motivada por estados mentales (emociones, deseos, creencias), especialmente bajo estrés.
3. **Confianza epistémica:** disposición a aceptar información social como relevante y confiable; cuando falla, el sujeto se vuelve rígido, sospechoso o impermeable al aprendizaje interpersonal.
4. **Carga alostática:** desgaste acumulado del organismo por estrés crónico; reduce recursos de autorregulación y aumenta reactividad ante amenazas.
5. **Ventana de tolerancia:** rango de activación emocional dentro del cual la persona puede pensar, sentir y relacionarse sin colapsar en hiperactivación o desconexión.
6. **Acting out:** actuación conductual de un conflicto/afecto que no puede simbolizarse; sustituye pensamiento por acción, a menudo con alivio inmediato y coste posterior.
7. **Reparación:** capacidad de reconocer daño, asumir responsabilidad y restaurar vínculo mediante acciones y elaboración emocional; distinta de “culpabilización” o vergüenza total.
8. **Flexibilidad psicológica:** capacidad de sostener experiencias internas difíciles sin evitarlas ni obedecerlas automáticamente, eligiendo acciones coherentes con valores.
9. **Compasión clínica:** postura y práctica para disminuir amenaza basal y sostener responsabilidad sin autoaniquilación; no equivale a indulgencia ni a minimizar daño.

10. **Guiones socioculturales:** normas y relatos culturales que modelan qué emociones son aceptables, cómo se tramitan poder, agresión y sexualidad, y qué se sanciona o premia.

Bibliografía: (formato APA 7.ª edición)

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd ed.). American Psychiatric Association Publishing. (Obra original publicada 2012)

Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior, 106*(1), 29–39.

Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2014). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders, 29*(5), 575–609.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent–infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.

—

—