

Capítulo 10: Psicoterapia basada en la mentalización
Autor: Josefina Mas Hesse

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

JAVIER VÁZQUEZ-BOURGON

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

JESÚS ARTAL SIMÓN

ABORDAJE INTEGRADOR DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EDITORES

CARLOS MIRAPEIX COSTAS

Fundación para la investigación en psicoterapia y personalidad (FUNDIPP), Santander.
Co-director del curso de especialista universitario en psicoterapia integrada de los trastornos de la personalidad, Universidad de Deusto.

JAVIER VÁZQUEZ BOURGON

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

ANDRÉS GÓMEZ DEL BARRIO

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria, CIBERSAM.

JESÚS ARTAL SIMÓN

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander.
Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Cantabria.

10

PSICOTERAPIA BASADA EN MENTALIZACIÓN

Josefina Mas Hesse

1. INTRODUCCIÓN

La Terapia Basada en la Mentalización (MBT) es un tratamiento psicodinámico, basado en las teorías del apego y en las teorías cognitivas de la “Teoría de la Mente”. Se basa en fortalecer la capacidad de los pacientes de comprender sus estados de la mente y los de los demás en contextos de apego, con el objetivo de solucionar sus dificultades con los afectos, regulación de impulsos y funcionamiento interpersonal, que actúan como desencadenantes de sus síntomas. Es un tratamiento manualizado, con una duración de 18 meses en los que se combina psicoterapia individual y de grupo, con dos terapeutas diferentes. El tratamiento se hace dentro de un contexto estructurado, siguiendo los principios de tratamiento de la Guía NICE 2009 para tratamiento psicológico de los pacientes límite (NICE: Borderline Personality Disorder: treatment and management) con un plan de crisis, uso de farmacoterapia si es necesario y tratamiento de la comorbilidad, dentro del tratamiento estructurado del trastorno de la personalidad. Se recomienda dar información sobre el tratamiento antes de iniciarlo y evitar tratamientos de corta duración (Bateman y Fonagy, 2009).

2. LA TEORÍA DEL APEGO

La Terapia Basada en la Mentalización parte de una concepción del desarrollo humano, ya desde las primeras relaciones de apego, en interacción con otros.

La relación de apego (en la infancia y después durante toda la vida) es un vínculo duradero con una persona específica a la que el niño (o el adulto) se dirige cuando se siente vulnerable o en necesidad de protección. Las conductas de apego tienen como meta mantener la proximidad a la figura de apego.

Desde Bowlby (Bowlby, 1988) ha ido estando cada vez más ampliamente aceptada la idea de que la necesidad del niño de mantener vínculos de apego no obedece solo a cuestiones relacionadas con su supervivencia física (alimentación, protección del peligro, etc.) sino que está también en la base del desarrollo de su funcionamiento mental e interpersonal.

Las experiencias interpersonales del bebé con su cuidador, se interiorizan como “Modelos de Trabajo Internos”, modelos representacionales de sí mismo y de las relaciones que estarán en la base de sus patrones de expectativas y comportamientos en las relaciones interpersonales posteriores. Explica Knox (2011) que podemos entender internalización como una metáfora para el hecho de que el medio relacional, la experiencia encarnada y afectiva del niño con sus cuidadores facilita (o inhibe) el desarrollo de patrones de pensamiento, sentimiento y relaciones. Se desarrollan así Modelos de Trabajo Internos (Bowlby, 1988) que acompañarán a la persona a lo largo de su vida e influirán en su manera de entender y relacionarse con el mundo y con él mismo.

Mary Ainsworth colaboró con Bowlby y a partir de sus observaciones del desarrollo del apego entre madres y niños, en situación natural y en la situación experimental

que desarrolló (la situación del extraño), hizo una primera clasificación de los estilos de apego en la infancia: apego seguro, evitador y ambivalente. Relacionó estos estilos de apego de los niños con el comportamiento de sus madres con ellos: impredecibles e inconsistentes las de los niños con apego ambivalente, rechazantes del contacto físico y emocional las de los evitadores.

A finales de los 80 Main desarrolló la Entrevista del Apego Adulto, una entrevista en la que se pide al entrevistado hablar de su relación con las personas significativas de la infancia y de los duelos más importantes que se haya vivido, y se valora como se mantiene la mente al hacerlo, analizando las características del discurso con que se responde. A partir de este análisis se pueden establecer categorías de apego adulto que correlacionan con la capacidad del entrevistado como cuidador y con el apego que va a establecer con sus hijos, evaluado con la situación del extraño.

Posteriormente se identificaron el apego desorganizado (Main y Solomon, 1986) y el mixto (Crittenden y Shaven, 2008) en niños con abuso y/o negligencia.

Lyons Ruth (2003) describe la conducta de los hijos y madres en el apego desorganizado:

a) Conducta de los niños con apego desorganizado:

1. Despliegue secuencial de patrones conductuales contradictorios, tales como una conducta de apego muy fuerte seguida repentinamente por la evitación, la congelación o conductas absortas.
2. Despliegue simultáneo de conductas contradictorias, tales como una fuerte evitación junto con una fuerte búsqueda de contacto, angustia o enfado.
3. Movimientos y expresiones indirectos, mal encauzados, incompletos e interrumpidos, por ejemplo grandes expresiones de angustia acompañadas de movimientos tendentes a alejarse de la madre, en lugar de acercarse.
4. Estereotipos, movimientos asimétricos, movimientos descoordinados y posturas anómalas, tales como tropezar sin razón aparente y sólo cuando una figura parental está presente.
5. Movimientos y expresiones de congelación, inmovilidad y ralentizados "como debajo del agua".
6. Indicaciones indirectas de aprensión con respecto a la figura parental, tales como la espalda encorvada o expresiones faciales de miedo.

7. Indicaciones indirectas de desorganización y desorientación, tales como deambulación desorientada, expresiones confusas o absortas o cambios rápidos y múltiples del afecto.

b) Comunicación afectiva materna perturbada, en la que se pueden observar las siguientes conductas:

1.- Errores Afectivos.

- 1.1. Indicaciones contradictorias (p. ej. invita verbalmente a la aproximación, luego se distancia).
- 1.2. Falta de respuesta o respuesta inapropiada (p. ej. no ofrece bienestar al infante angustiado).

2.- Desorientación.

- 2.1. Confundida o asustada por el niño (p. ej. exhibe una expresión atemorizada).
- 2.2. Desorganizada o desorientada (p. ej. repentina pérdida de afecto no relacionada con el entorno).

3.- Conducta Negativa-Intrusiva.

- 3.1. Conducta negativa-intrusiva verbal (p. ej. se burla del infante o lo molesta).
- 3.2. Conducta negativa-intrusiva física (p. ej. tira de la muñeca del infante).

4.- Confusión de rol.

- 4.1. Inversión de roles (p.ej.: obtiene reaseguramiento del infante).
- 4.2. Sexualización (p.ej.: habla al niño con susurros en tono de intimidad).

5.- Retraimiento.

- 5.1. Crea distancia física (p. ej. sujeta al infante lejos de su cuerpo con los brazos extendidos).
- 5.2. Crea distancia verbal (p. ej. no saluda al infante tras la separación).

6.- Conductas Atemorizado/Atemorizante.

- 6.1. Conductas parentales atemorizantes p.ej. aparición repentina en el área cabeza/ojo; adopción de posturas de ataque.
- 6.2. Conductas parentales atemorizadas (p. ej. evitar al bebé).
- 6.3. Conductas parentales tímidas o de deferencia (p. ej. interactuar con el bebé con la cabeza ladeada y voz suplicante).
- 6.4. Conductas disociativas o de aparente trance (p. ej. cambios de estado inexplicables).
- 6.5. Conductas maritales/sexuales hacia el niño.

Las características de los modos de apego infantiles se mantienen con pocos cambios a lo largo de la vida. Los que tienen un apego seguro sintonizan con sus sentimientos y necesidades de apego, los evitadores evitan percibir y expresar sus sentimientos y necesidades porque anticipan un rechazo como respuesta y los ambivalentes exageran la percepción y expresión de sus sentimientos y necesidades para asegurar una respuesta de otro modo impredecible.

Aunque pueden modificarse con nuevas experiencias, se observa una cierta estabilidad, ya que los comportamientos relacionados con los distintos Modelos de Trabajo Interno conforman en gran parte las experiencias posteriores. Actualmente existe amplia evidencia, basada en estudios longitudinales, de la asociación entre tipo de apego infantil y tipo de relaciones a lo largo de la vida (Cassidy y Shaver, 2008). Entre ellos destaca el *Minnesota Study of Risk and Adaptation From Birth to Adulthood* (Sroufe et al., 2005), un seguimiento de 30 años de unas 180 familias de alto riesgo y el *NICHD Study of Early Child Care (NICHD ECCRN, 2005)*, un seguimiento durante 10 años de alrededor de 1000 familias de bajo riesgo. Estos y otros estudios muestran de manera consistente que los individuos con apego seguro con sus madres durante la infancia también tienen relaciones más armoniosas y de apoyo mutuo con hermanos, amigos, pares o pareja a lo largo de su vida, lo que confirma la hipótesis de Bowlby de una influencia causal entre la cualidad de los primeros vínculos de apego y la capacidad posterior de establecer vínculos afectivos.

Estos estudios dan también alguna pista sobre la continuidad o discontinuidad en el tipo de apego, por ejemplo, el que haya continuidad en la cualidad de la relación con los padres parece importante para la continuidad del tipo de apego, pero si empeora, tiene peores consecuencias para niños con vínculo inseguro en la infancia que para aquellos que hubieran tenido un vínculo seguro. Por otra parte, se observa que el apego inseguro puede modificarse con relaciones posteriores, por ejemplo, si mejora la cualidad de la relación con los padres (NICHD ECCRN, 2006).

Los pacientes límite muestran un patrón de apego inseguro en la Entrevista del Apego Adulto. En estudios retrospectivos se encuentran datos de apego inseguro, y estudios longitudinales prospectivos (Johnson et al., 2006, Lyons-Ruth et al., 2005) relacionan conducta parental problemática, de negligencia y maltrato, con mayor riesgo de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Main se interesó y desarrolló el concepto de metacognición, entendido como la capacidad de reconocer la naturaleza meramente representacional de nuestras representaciones y las de los demás. La capacidad de metacognición nos permite: distanciarnos de la experiencia, al saber que estamos en un estado mental, no somos tal estado; entender que los estados mentales pueden cambiar con el tiempo, darnos cuenta de que los demás pueden tener otras creencias, sentimientos y pensamientos y reconocer que nuestra experiencia está muy influida por nuestros estados mentales. Ha incluido algún ítem en la Entrevista del Apego Adulto para valorar la capacidad de metacognición.

Fonagy ha centrado su investigación y su trabajo clínico en esta cuestión. Cuando estudiaba la transmisión intergeneracional del apego inseguro encontró que estaba mediada por la capacidad de función reflexiva de los progenitores, aún antes de que nacieran los hijos, y ha dedicado desde entonces su vida profesional a desarrollar y aplicar este concepto y el de capacidad de mentalizar.

Ha sido él quien ha relacionado el apego y el desarrollo de la capacidad de mentalizar, apoyándose en las teorías de Gergely y Watson sobre el desarrollo de la mente (Gergely y Watson, 1996).

Concomitantemente ha elaborado una teoría para relacionar apego inseguro con el desarrollo de la personalidad límite, con un tratamiento coherente con esta perspectiva.

Actualmente la focalización en la capacidad de mentalizar se considera un factor común en psicoterapia y se están desarrollando terapias para intervenir en distintas patologías (Bateman y Fonagy, 2012).

3. LA CAPACIDAD DE MENTALIZAR

3.1. DEFINICIONES

La *función reflexiva* (Fonagy et al., 1991) es el conjunto de funciones psíquicas superiores que nos permiten identificar y comprender nuestros propios estados mentales y los de los otros. A través de un mecanismo representacional e inferencial, permite interpretarlos y distinguir entre la realidad interna y externa.

La *capacidad de mentalizar* es (Bateman y Fonagy, 2004) una actividad imaginativa, que nos permite dar significado y entender las intenciones subyacentes a nuestras

conductas y a las de los demás, al comprenderlas (y predecirlas) en términos de estados mentales, mediante un proceso de vincular acciones, emociones y pensamientos. Puede entenderse como la capacidad de crear historias sobre lo que pasa en nuestra mente y en la de los demás, pero para que sea efectiva es necesario que se entienda que se trata de narrativas, que no son la “realidad” sino una representación de ella. Nos permite tomar una cierta distancia de los procesos mentales y reflexionar sobre ellos. Al mentalizar comprendemos que los seres humanos poseemos mentes separadas, con diferentes modelos de la realidad subyacentes a nuestras acciones, y somos capaces de inferir y representar tanto nuestros modelos y estados mentales como los de los demás.

Con frecuencia se utilizan como sinónimos.

Mentalizar es una capacidad compleja, en la que hay que tener en cuenta que:

1. Es más interpersonal que intrapersonal, ya que está íntimamente unida en su desarrollo, evolución y presentación a las relaciones de apego. No es “algo estático”, que se mantenga igual en el tiempo, sino que fluctúa a lo largo de la vida, variando con las distintas relaciones y con los distintos momentos de una misma relación. Mentalizamos mejor cuando estamos con alguien que mentalice bien, y peor cuando aumenta el estrés y cuando se activa nuestro sistema de apego. Por tanto la capacidad de mentalizar no es tanto una propiedad de la persona aislada como una capacidad situacional, de la persona y contexto relacional combinados.
2. Cuando nos referimos a mentalizar hablamos de muchos aspectos, que se han denominado polaridades de la mentalización. Una adecuada mentalización requiere un equilibrio entre ellas, con suficiente flexibilidad para funcionar de manera óptima en cada situación. Luyten y colaboradores (2010) describen cuatro polaridades funcionales, basándose en la clínica y en estudios neurobiológicos de cognición social:
 - Automática vs controlada: aunque habitualmente funcionemos con mentalización implícita, automática, es necesario poder cambiar a controlada cuando la situación requiere una reflexión consciente sobre lo que ocurre, lo que incluye cuestionar asunciones automáticas que incluyen prejuicios y equívocos.

- Basada en lo interior vs basada en lo exterior de sí mismo o de otros: para llegar a entender la mente es necesario ser sensible a la información que da el aspecto externo, pero sin quedarse solo en eso sino construir hipótesis sobre el mundo interno del otro o reflexionar sobre el propio.
- Cognitiva vs afectiva: con sus lógicas diferentes, la de lo afectivo es la de la certeza: sé algo porque lo estoy sintiendo, la de la cognición es la de la reflexión y permite la duda. Ambas son necesarias y de su integración resulta la “mentalización de la afectividad”, que supone reconocer, modular, expresar emociones, diferenciando entre estar en un estado emocional y tener consciencia del mismo y de su significado, lo que permite manejarlo. La mentalización de la afectividad es crucial en la MBT, hasta el punto de que Target afirme que “La función reflexiva incluye pensar acerca de los sentimientos y sentir acerca de los pensamientos”. Y Allen que “mentalizar es una forma de conocimiento emocional” (Allen et al., 2008).

La señal emocional puede operar enteramente fuera de la conciencia. Puede producir alteraciones en la memoria funcional, la atención y el razonamiento, de forma que el proceso de toma de decisiones resulte sesgado hacia la selección de la acción que con más probabilidad conducirá a la mejor consecuencia posible, dada la experiencia previa, sin que el individuo se dé cuenta de esta operación, lo que es necesario para la toma de decisiones rápidas en situaciones de peligro. Pero en las situaciones interpersonales este funcionamiento puede ser muy disfuncional si no se acompaña de la posibilidad de pararse a entender qué es lo que se está sintiendo, qué ha desencadenado esta reacción, si es o no ajustada al contexto, cual es la mejor manera de expresarlo etc.

- Centrada en sí mismo vs centrada en los demás: La adaptación y las relaciones interpersonales requieren tanto consciencia de sí mismo como consciencia de otros. El concepto de mentalizar incluye ambas, y es interesante que los estudios neurobiológicos hayan mostrado que los patrones de activación cerebral son los mismos para ambas.

Las alteraciones en esta polaridad de la mentalización incluyen al menos tres modalidades:

1. Déficits tanto para mentalizar en relación a sí mismo como en relación a los demás.
2. Capacidad desigual de mentalizar en ambos polos. Con frecuencia observamos en los pacientes límite que entienden mejor la mente de otro con el que no tienen una relación de apego que la suya o la de los incluidos en una relación de apego.
3. Dificultad de diferenciar entre la experiencia propia y ajena y el contagio emocional, también muy frecuente en estos pacientes.

Generalmente, cuando aumenta el “arousal” tendemos a inclinarnos hacia los polos de mentalización automática, centrada en lo externo y en lo afectivo, lo que permite respuestas rápidas.

3.2. DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE MENTALIZAR

Aunque nacemos biológica y genéticamente preparados para desarrollar la capacidad de mentalizar, esto solo puede llevarse a cabo en contextos de apego. Desde el inicio de la vida las relaciones interpersonales están implicadas en procesos de aprendizaje: la capacidad de autorregulación emocional y la capacidad de mentalizar se desarrollan y organizan, pero también se quiebran, a partir de relaciones con otros. Para desarrollarlas el niño necesita a otro ser humano que facilite la emergencia de un sistema simbólico representacional de sus estados afectivos y la generación de la autoregulación emocional y atención selectiva.

El bebé detecta la conexión entre sus manifestaciones afectivas y el efecto que provocan en el ambiente, que en las primeras etapas va a consistir fundamentalmente en las respuestas de su mamá. Podemos considerar que al percibir la contingencia temporal entre lo que hace y lo que ocurre, y la congruencia de esta respuesta con su estado, el niño va construyendo un sentido del self como agente y las representaciones secundarias de sus experiencias.

La madre con una suficiente capacidad de mentalizar sintoniza con su bebé, se acerca a él con curiosidad por lo que está viviendo, centrada en entenderlo y responder a sus necesidades. Cuando capta (generalmente de manera implícita) el estado afectivo interno del niño, se lo co-

munica con lo que se ha llamado “reflejo” o “mirroring”, cambiando la atención desde la conducta hacia estado interno, con una respuesta en que muestra lo que entiende de lo que le pasa al niño, y lo hace de una manera particular, como dramatizada, exagerada, caricaturizada... es lo que se llama respuesta “marcada”, que contiene elementos, que el niño puede entender, que comunican que no está expresando algo que le ocurre a ella, sino que está representando lo que entiende sobre lo que le ocurre al niño. De esta manera, en la que en las primeras etapas se transmite al niño que tiene un mundo interno propio, con pensamientos, emociones, deseos. Biológicamente preparado para recibir esta respuesta contingente, congruente y marcada, en un contexto de apego, a partir de ella se generan en el niño patrones de desarrollo fundamentales para él: empieza a tener capacidad de representar mentalmente los afectos y experiencias subjetivas, se inicia en él una forma de procesamiento emocional determinada, mediante el acceso a la propia experiencia interna, y, al dirigir la mamá y el niño conjuntamente su atención hacia lo que le ocurre al niño, se entrena el control voluntario de la atención. Estas funciones cognitivas están interrelacionadas en el desarrollo evolutivo y también en su funcionamiento posterior, necesiándose unas a otras durante todo el ciclo vital (Gergely y Watson, 1996).

No siempre puede dar la madre respuestas tan atinadas y sintonizadas con la vivencia del niño, lo que parece tener también una función para su evolución, al proveer de la posibilidad de experimentar la reparación. Esto explica también que, en mayor o menor grado, todos tengamos elementos de experiencia subjetiva no integrados, no mentalizados, pero también que hayamos aprendido a reparar rupturas en la conexión con otros.

Por tanto el apego seguro abre las vías del desarrollo emocional, con representaciones y regulación de los afectos, y al desarrollo cognitivo, lo que incluye el de la capacidad de mentalizar, de atender, de relacionarse de determinada manera con una misma y con el entorno.

Antes de ser capaces de mentalizar, los niños se relacionan con el entorno en modos prementalísticos:

- Modo teleológico: existe lo que ve.
- Modo de equivalencia psíquica: lo que piensa es la realidad.
- Modo “como si”: en el que se separa lo que piensa y la realidad.

Mediante el juego con los padres o con otros cuidadores, las conversaciones con adultos y después con pares, en las que se manifieste interés y reflexión sobre sus vivencias y estados mentales, el niño va sintetizando estas formas prementalísticas y adquiriendo la capacidad de mentalizar, que ya tiene con 3-5 años (cuando empieza a entender que otro puede albergar en su mente una idea errónea) aunque sigue desarrollándose y matizándose con el tiempo. A lo largo del ciclo vital, esta capacidad ayudará a afrontar los retos que vayan presentándose y a superar obstáculos y dificultades (Fonagy et al., 2002). Por el contrario, las relaciones de apego inseguras en primera infancia correlacionan con una constricción o fragmentación del self y de las interacciones interpersonales.

Los Modelos de Trabajo Internos construidos en las primeras relaciones de apego funcionarán a lo largo de la vida no sólo como patrones interpersonales, sino como reguladores en el proceso de desarrollo. Pueden existir distintos Modelos de Trabajo Internos que se pondrán en marcha o no en función de relaciones posteriores.

La “revolución cognitiva” que supone el desarrollo emocional y cognitivo de los humanos dentro de relaciones intersubjetivas tiene como correlato neurobiológico el que su cerebro, a diferencia de lo que ocurre en otros mamíferos, siga creciendo al mismo ritmo que en el periodo intrauterino durante doce meses después del parto. Crecimiento que después se hace más lento, aunque dura más que en otros primates, lo que favorece que quede expuesto a estímulos que proceden del exterior durante un periodo muy largo. De esta manera el niño se incorpora a la cultura de su grupo y aprende muchas cosas, pero quizás la fundamental sea la de relacionarse con otros humanos y aprender de ellos (Arsuaga, 2012). Para Fonagy y colegas (2012) la mentalización se entiende en esta perspectiva: reflejar, en las relaciones interpersonales, la expectativa de que pensamientos y sentimientos propios y de los demás pueden ser entendidos, enriquecidos y cambiados al entender los estados mentales.

4. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA MBT

Sabiendo que el origen del trastorno límite de la personalidad es complejo y multifactorial, este modelo (Bateman y Fonagy, 2004), se interesa especialmente por su

relación con vínculos de apego inseguros en la primera infancia, en los que el niño no dispondría del medio interpersonal necesario para el desarrollo de una sólida capacidad de mentalizar, que pueda ayudarle a afrontar los diferentes avatares a lo largo de las distintas situaciones de la vida. Los pacientes límite refieren con mucha frecuencia situaciones que han provocado en ellos trauma psicológico y el tipo de apego que presentan de manera predominante es el inseguro, con frecuencia desorganizado.

La capacidad de mentalizar de las personalidades límite se altera pronto en situaciones de estrés, sobre todo cuando se activan los vínculos de apego. Su sistema de apego está generalmente hiperactivado, por los avatares vividos en sus vínculos tempranos, y su umbral para desactivar la capacidad de mentalizar ante el estrés es menor que la media. Se infiere esta hiperactivación del sistema de apego por algunos síntomas centrales de los límite, como los patrones de relaciones intensas e inestables, tendencia a pasar rápidamente a una gran intimidad, grandes esfuerzos por evitar el abandono. Fuera de estas situaciones pueden mentalizar más o menos bien.

Tampoco su capacidad de autoregulación emocional es suficientemente potente, sino que tienden a reaccionar ante situaciones estresantes con disregulación y tardan en recuperar la calma. Presentan cambios bruscos e intensos de estado mental, con funcionamientos muy distintos en unos u otros y tienen dificultad para mantener el sentido del self y la continuidad de la narrativa autobiográfica a lo largo de ellos.

El self objeto en estos pacientes está fragmentado, por interiorización de respuestas de los cuidadores no marcadas o no congruentes con su estado, en ocasiones han interiorizado un self dañino a partir de conductas de los cuidadores traumáticas para ellos. Se considera que estos estados destructivos se manejan con la identificación proyectiva, poniendo fuera lo que no pueden soportar dentro y manejándolo ya sea con la dominación o con la sumisión. En este contexto se habla de *AlienSelf*.

El self agente no es tampoco suficientemente robusto, lo que se manifiesta en la sensación de no ser autores de su propia vida, sin una narrativa autobiográfica coherente y con la sensación de pasar de un estado a otro de manera automática, no voluntaria y de no tener ningún control de lo que vaya a pasar en una situación dada.

Para Fonagy y colaboradores (2004) las características clínicas de los pacientes límite se pueden entender por:

- Disociación del *self*, con proyección de estados de la mente intolerables.
- Fracaso de la capacidad mentalizadora en situaciones de hiperactivación del apego, con aparición de modos prementalísticos, los modos de relación entre mundo interno y externo previos a la adquisición de la capacidad de mentalizar, que pueden ser alguno de los siguientes:
 - Equivalencia psíquica, en el que las representaciones mentales se consideran la realidad y no una representación de ésta, lo que se expresa como pensamiento concreto, rígido, de verdades no cuestionables, con intolerancia a perspectivas alternativas, sin diferenciar mundo interno y externo.
 - Modo “como si”, con desacoplamiento entre realidad interna y externa, se manifiesta como “pensamiento disociado”: pseudomentalización o hipermentalización, que puede dar lugar a dar la sensación de “vida en superficie”, “no estar en contacto con uno mismo ni con los demás”, “hablar por hablar”.
 - Modo teleológico, en el que los estados mentales, tales como deseos y afectos, se entienden por sus resultados finales, para ser valorados deben ser expresados en la acción, en el mundo físico, y sólo las modificaciones a este nivel pueden ser valoradas como indicador fiable de las intenciones del otro.
- Desequilibrios en los polos de la mentalización, con predominancia de la mentalización automática, afectiva, basada en lo externo y con facilidad para el contagio emocional.

5. INTERVENCIÓN CON EL MODELO DE TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

5.1. ACTITUD DEL TERAPEUTA

En este modelo se lleva la atención fundamentalmente al proceso, es decir, a los afectos, sentimientos, conjunto de motivaciones, temores, expectativas, fantasías, pensamientos que se activan en un contexto relacional determinado, concomitantemente a la aparición de problemas o síntomas, y no tanto a las conductas.

El aspecto característico de la MBT es la focalización sistemática en aumentar la capacidad de mentalizar (Bateman y Fonagy, 2006), para lo que es necesario que el paciente tenga una buena alianza, con un vínculo seguro, con el terapeuta.

Para ello, se busca que el terapeuta logre:

- Sintonizar con el paciente, intentando “ver la experiencia desde su perspectiva”, representándose lo mejor que pueda su subjetividad y los procesos de cambio en su estado mental.
- Mostrarle, de manera explícita, un interés y reflexión continua sobre sus estados mentales y sus cambios, así como los de las personas implicadas en la relación con ellos, incluido la terapeuta, para que vaya adquiriendo y fortaleciendo la función reflexiva, de manera que pueda ir manteniendo la capacidad de mentalizar ante situaciones que hasta entonces le desestabilizaban.
- Atender a que las intervenciones estén adaptadas a la capacidad de mentalizar del paciente en ese momento, y siempre en el umbral de tolerancia: facilitar regulación emocional, mediante apoyo y empatía en los momentos en que aumenta su “arousal”.
- Cuando se devuelve al paciente algo de lo que se cree haber entendido sobre su funcionamiento psicológico, su mundo interno, ha de hacerse:
 - De forma contingente con la experiencia cercana, no como teorías distantes del aquí y ahora vividos.
 - Como hipótesis (la mente del otro es opaca), de manera “marcada”, para que se entienda que es algo que se ha inferido o deducido de lo que el paciente ha dicho o hecho, sin que el terapeuta aparezca sobrepasado por el afecto que se expresa.

Es fundamental que los profesionales mantengan la capacidad de mentalizar, y hay situaciones en las que esto es francamente difícil. Afirman Fonagy y colaboradores (2002) “...mentalizar es más una actitud que una técnica, una actitud de preguntarse, respetuosamente, sobre los estados mentales propios y los de otros, conscientes de los límites de nuestro conocimiento, y con la perspectiva de que comprender los sentimientos es importante para mantener unas relaciones interpersonales sanas”. De esta manera se mantiene la curiosidad e interés por lo que pasa en la subjetividad de cada persona cuando ocurren unas u otras cosas, focalizando en ayudar a los pacientes a mantener una actitud reflexiva sobre las cosas que le van ocurriendo en el

momento a momento del día. Es importante hacer esto de manera progresiva, en función de la evolución del paciente, desde intervenciones más contenedoras hacia otras cada vez más próximas a experiencias interpersonales en el aquí y ahora, y por tanto más movilizadoras de emociones.

En cualquier caso, hay que cuidar el mantenerse dentro de la franja de seguridad emocional en que el paciente conserve activa su capacidad reflexiva, ya que con demasiada emoción ésta se bloquea, y si es demasiado escasa no hay un trabajo enraizado en la experiencia y se tiende a la pseudomentalización.

Al inicio del tratamiento se acuerda con el paciente que se va a trabajar de esta manera, tras explicarle suficientemente el modelo, favoreciendo así su autonomía desde el principio. Esta autonomía se irá incrementando a medida que progrese el tratamiento, devolviéndole una responsabilidad cada vez mayor por lo que hace.

Al entender que la influencia del ambiente en la expresión de la patología de los pacientes límite no se restringe a lo que ocurre en su familia o en su mundo de relaciones, sino que se extiende a lo que pasa con los profesionales, se comprende que determinadas actuaciones “psico” pueden provocar conductas que luego se pueden achacar a la patología de manera descontextualizada. Los profesionales, como los progenitores, tienen también el riesgo de perder la capacidad de mentalizar y funcionar de manera prementalística, lo que se puede traducir en: 1) no ver al paciente como “otro”, con un mundo interno diferente al suyo; 2) no tener en cuenta la “opacidad de la mente” del otro, y dar como verdades lo que solo son sus propias ideas o prejuicios del terapeuta sobre lo que le pasa al paciente; o/y 3) juzgar las conductas del paciente por sus resultados, sin tener en cuenta su experiencia interna, adjudicándoles sentimientos o intenciones que poco tienen que ver con su experiencia. Va a ocurrir en ocasiones, y es necesario detectar estos fallos de mentalización del terapeuta y su repercusión en el paciente, ya que no hacerlo puede ser dañino para el paciente, pero nos da una oportunidad terapéutica fundamental, la de reparar y hablar sobre la mente del terapeuta en interacción con el paciente y trabajar en el nivel más alto que se propone en MBT, en la experiencia en el aquí y ahora de lo que ocurre entre paciente y terapeuta.

Un riesgo que es preciso conocer y manejar es la posible hiperactivación del apego a partir de las relaciones que se establecen con terapeuta(s) o compañero(s) en pacientes límites con un apego preocupado o desorganizado.

Por tanto, no hay que perder de vista que en ellos que la proximidad mental de la relación terapéutica puede desencadenar esta hiperactivación, y que pueden llegar incluso a vivirla como un riesgo, son pacientes con experiencias previas de negligencia o trauma activo con cuidadores, en relaciones de apego. La terapeuta ha de estar pendiente de los fallos de mentalización y atenta a los cambios de estado mental del paciente momento a momento, pudiendo devolverle, de manera contingente y marcada, que se ha dado cuenta de ellos, sin quedar sobrepasada por las emociones que manifiesten, con intervenciones adaptadas al nivel de comprensión y reflexión que éstos tengan en ese momento y con capacidad de ayudarlo a disminuir el hiperarousal y a recuperar la capacidad de mentalizar.

En el extremo contrario están los pacientes con un patrón relacional de distancia emocional, con apego desdenoso/desorganizado, que están compensados cuando están distantes de los demás, funcionando con pseudomentalización, con poca o ninguna implicación afectiva, son personas con dificultad para establecer una relación terapéutica que vaya más allá de la intelectualización.

Una buena evaluación al inicio del tratamiento puede ayudar a manejarse con este amplio espectro de posibilidades, al permitir prever las dificultades y los cambios de mentalización a lo largo del tratamiento.

Es importante también valorar los déficits (Linehan, 1993), de cada paciente, con frecuencia ocultos tras una aparente competencia o una buena capacidad para entender lo que le ocurre a otro no implicado en una relación afectiva, y no esperar ni una mayor regulación emocional de la que sean capaces de tener ni una estabilidad del *self* de la que carecen.

5.2. TÉCNICAS ESPECÍFICAS

En la guía práctica que publicaron en 2006 Bateman y Fonagy describen una serie de técnicas, organizadas jerárquicamente de menor a mayor capacidad de activar al paciente, que recomiendan que se practiquen en principio en este orden, no pasando un nivel superior hasta que no se haya visto que el paciente puede funcionar en el previo. En cualquier momento en que esté muy activado, se puede volver a las técnicas anteriores.

SEGURIDAD, SOPORTE Y EMPATIA

- Componentes necesarios de todas las terapias.

- Escuchar sin hacer juicios, evitar las críticas y no pensar que sabemos cómo se siente el paciente.
- Con preguntas abiertas, mostrar deseo de conocer los problemas del paciente.
- Intentar entender desde su punto de vista.
- Testar con él continuamente nuestra comprensión de sus emociones y pensamientos.
- Evitar dar consejos o decir al paciente como se siente basándonos en nuestros conocimientos teóricos.
- Requiere por parte del terapeuta la capacidad de establecer y mantener una relación con el paciente en la que le apoye y reconforte, sin disminuir su autonomía., así como la capacidad de considerar lo apropiado o no de intervenciones de apoyo que pueden implicar acciones dentro de los límites de lo terapéutico.

CLARIFICACION Y ELABORACION DEL AFECTO

- Explorar el contexto en que se dio la conducta problema.
- Conectar los actos con las emociones y pensamientos del paciente, explorando momento a momento desde el contexto previo. Para lograr una descripción detallada de la secuencia conductual y de los sentimientos asociados.
- Ayudar al paciente a conectar acciones y sentimientos.
- Entendiendo como se ha dado un fallo en la capacidad de mentalización y en qué ha consistido.

Requiere que el terapeuta sea capaz de elaborar y devolver de manera clara y abierta su comprensión de pensamientos, sentimientos, creencias y otros estados mentales descritos por el paciente.

ELABORACION DEL AFECTO

- Exploración del afecto en el momento de la sesión.
- Detectarlo y nombrarlo, con frecuencia a los pacientes con TLP les cuesta.

“REFLEJO MARCADO”

- Cuando entendemos o creemos entender algo identificarlo como nuestro.
- Como una idea: “Me pregunto si...”
- Una hipótesis.
- Y preguntar qué le parece al paciente.
- Si distintas perspectivas: Su perspectiva es tan válida como la nuestra.

IDENTIFICACION DE LA MENTALIZACIÓN POSITIVA

- Reconocer y reforzar la capacidad de mentalizar del paciente.
- Provocarle curiosidad por entender sus motivaciones.
- Mostrar que comprender los estados mentales ayuda a manejarnos con la emoción.

DETENERSE Y “DESAFIAR” AL PACIENTE

- Maniobra terapéutica, poco frecuente, ante una pérdida mantenida de la capacidad de mentalizar.
- Confrontación al pensamiento concreto del paciente, ofreciendo una perspectiva diferente.
- Factor sorpresa (no es predecible), repentino, creativa.

MENTALIZACIÓN BASICA

Parar, Escuchar y Mirar

- Cuando el terapeuta no entiende al paciente.
- Ante indicadores de mentalización pobre del paciente como las actitudes evitativas, ausencia de continuidad en el diálogo.
- Requiere que el terapeuta realice una exploración activa sobre lo que piensan y sienten los pacientes durante la sesión que está teniendo lugar.

Parar, Rebobinar y Explorar

- Cuando se pierde el control de la sesión como consecuencia de un fallo marcado de mentalización, el terapeuta puede parar la sesión, rebobinar hasta el último momento de la sesión en que el diálogo era constructivo y explorar con los pacientes a “cámara lenta” como han ido cambiando a partir de ese punto sus estados mentales.

Indicios de Transferencia

- Hacer conexiones entre el proceso o el contenido de la sesión y las pautas relacionales del paciente.
- Identificar patrones y expresarlo.
- Dar sugerencias de transferencia.
- Indicar lo importante que es para terapia ir detectando el modo de interactuar del paciente. Desde anamnesis, señalar pautas que pueden repetirse en el futuro con terapeuta(s).

MENTALIZACIÓN INTERPRETATIVA

- Asociar de manera causal los comportamientos del paciente con sus estados mentales, e introducir una visión alternativa. Tres pasos:
 - Clarificación y elaboración de la emoción y la experiencia.
 - Identificar junto al paciente la pérdida de mentalización.
 - Introducir una visión alternativa.

MENTALIZACIÓN DE LA TRANSFERENCIA

1. Validación de los sentimientos transferenciales.
2. Exploración de los sentimientos transferenciales.
3. Aceptar nuestra responsabilidad.
4. Colaboración en llegar a una interpretación.
5. Terapeuta presenta una perspectiva alternativa.
6. Contrastar percepción del paciente con la de la terapeuta.
7. Monitorizar la reacción emocional del paciente tras esta intervención.

6. EFICACIA DE LA TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN

La MBT ha sido incluida como tratamiento del TLP en las guías de la APA (2001) y en la NICE (2009).

Bateman y Fonagy han publicado una serie de artículos en que se mostraban buenos resultados en el tratamiento de pacientes con TLP. En el primero, en 1999, encontraron mejor evolución de pacientes que hicieron este tratamiento en Hospital de Día frente a los que siguieron tratamiento convencional (Bateman y Fonagy, 1999). Siguieron a los pacientes dados de alta a los 18 meses y a los 8 años, manteniéndose en ambos estudios una mejoría significativa en los pacientes tratados (Bateman y Fonagy, 2001, 2008). Un año después publicaron otro estudio, en que comparaban resultados del tratamiento basado en la mentalización con tratamiento estructurado (Bateman y Fonagy, 2009). Evaluaron, con un tratamiento de 18 meses, los resultados con MBT y con tratamiento estructurado en, por una parte episodios de intentos de suicidio con riesgo para la vida, autolesiones graves, hospitalización (número de hospitalizaciones y días de hospitalización) y por otra las puntuaciones en el GAF, el malestar por los síntomas, la depresión, el ajuste

social y el funcionamiento interpersonal. En MBT se focalizó en estados de la mente, y en la comprensión de las causas y consecuencias de los estados emocionales y en las interacciones sociales e interpersonales. En el tratamiento estructurado con el que se comparó, el foco estuvo en las conductas problema.

Los pacientes mejoraron con ambos tratamientos, MBT resultó superior en cuanto a sus efectos sobre intentos de suicidio, autolesiones graves y medidas autoreportadas de distress.

7. CONCLUSIONES

La Terapia Basada en la Mentalización ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Aporta una teoría para comprender el desarrollo de esta personalidad, en la que su contribución más característica es el estudio de las dificultades para un desarrollo de una capacidad de mentalizar robusta que se mantenga en situaciones relacionales en las que se active el sistema de apego. Conecta, en una teoría coherente, el o los tipos de apego predominantes en la infancia con la función reflexiva de los padres y con el desarrollo de la misma en los hijos. Ofrece un modelo de tratamiento en que se prioriza focalizar en fortalecer esta capacidad, con un manual en que se explican tanto la actitud y habilidades que ha de desarrollar el terapeuta para lograr este objetivo como la descripción detallada de las técnicas que lo facilitan.

8. LECTURAS RECOMENDADAS

- Crittenden, Shaver. Handboock of attachment. London TheGuilfordPress2008. *Compilación extensa sobre el apego, con una exposición completa sobre la importancia de estos vínculos, sus manifestaciones y vicisitudes a lo largo del ciclo de la vida.*
- Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality disorder. A Practical Guide. Oxford: Oxford UniversityPress, 2006. *En este libro los autores desarrollan los conceptos clave de la Terapia Basada en la Mentalización, con una exposición de lo que es la capacidad de mentalizar, de su desarrollo en relación con el vínculo de apego, de los fallos en su desarrollo en los pacientes con trastorno límite de la personalidad y de las habilidades y técnicas*

para fortalecerla. Este libro probablemente va a aparecer próximamente traducido al castellano por Desclée de Brouwer.

- Bateman A, Fonagy P. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Washington, DC. American Psychiatric Publishing. 2012. *La Terapia Basada en la Mentalización se desarrolló para tratar a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, pero el fortalecimiento de la capacidad de mentalizar es un factor común en psicoterapia. En este libro distintos autores hablan de cómo están aplicando la idea de focalizar en la mentalización para tratar distintos trastornos mentales.*

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. 1978. *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
2. Allen, Fonagy, Bateman 2008. *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC. APPI
3. Arsuaga JL, El primer viaje de nuestra vida. Madrid. Planeta 2012.
4. Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder- a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.
5. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
6. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder metallization-based treatment*. New York: Oxford University Press, 2004.
7. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality disorder. A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
8. Bateman A, Fonagy P. 8 year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: metallization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165: 631-638.
9. Bateman A, Fonagy P. Randomized Controlled Trial of Outpatient Metallization-Based treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009; 1-10.
10. Bateman A, Fonagy P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing. 2012.
11. *Borderline personality disorder: treatment and management*. NHS. 2009.
12. Bowlby J (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Tavistockprofessionalbook. Londres: Routledge.
13. Crittenden, Shaver. *Handboock of attachment*. London The Guilford Press 2008.
14. Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgett 1991. The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
15. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press, 2002.
16. Gergely G, Watson J. The social biofeedback model parental affective mirroring. *International Journal of Psychoanalysis* 1996: 1181-1212.
17. *Handbook of Attachment*. Edited by Jude Cassidy Phillip R. Shaver. 2008.
18. Knox J. *Self-Agency in Psychotherapy. Attachment, Autonomy and Intimacy*. New York: Norton, 2011: 41-59.
19. Lyons Ruth. Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of American Psychoanalytic Association*, vol. 51:883-911, 2003.
20. Lyons-Ruth K, 2005. Dissociation and the Parent-Infant Dialogue: a Longitudinal Perspective from Attachment Research. *Journal of the American Pschoanalytic Association*.
21. Luyten y cols. En Bateman A, Fonagy P. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing. 2012.
22. Linehan M. *Cognitive behavioural treatment for borderline personality disorder*. New York: The Guildford Press, 1993.
23. Main M, Solomon J. 1986. Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior. En: Brazelton T, Youngman M. *Affective Development in Infancy*. Norwood.

24. Main M. 1991. Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. En: Parkes, J; Stevenson H; Marris, P. Attachment Across the Life Cycle. Routledge. London.
25. NICE: Borderline Personality Disorder: treatment and management. [http://www.nice.org.uk/Guidance/CG78/NiceGuidance/pdf/English 2009](http://www.nice.org.uk/Guidance/CG78/NiceGuidance/pdf/English%2009)
26. NICHD Study of Early Child Care (NICHD ECCRN, 2005 NICHD ECCRN, 2006)
27. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. New York: American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001.
28. Sroufe A. 2005. Attachment and development: A prospective. Longitudinal study from birth to adulthood. Attachment & Human Development 7(4).

cibersam

Centro de Investigación Biomédica en Red
Salud Mental



UNIÓN EUROPEA

Fondos Europeo de Desarrollo Regional

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN
EN PSICOTERAPIA Y PERSONALIDAD



IBV | Instituto de Investigación
Sanitaria Valdecilla

