



PSICOTERAPIA INDIVIDUAL BASADA EN LA MENTALIZACIÓN Y EL APEGO PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

UNA GUÍA TEÓRICO-CLÍNICA

Dr. Diego Cohen

Diego Cohen

Psicoterapia individual basada en la mentalización y el apego para pacientes con trastorno límite de la personalidad

Una guía teórico-clínica



Editorial Sciens
BUENOS AIRES

PRIMERA EDICIÓN
ENERO DE 2022

Queda hecho el depósito
que establece la Ley 11.723

© 2022, Editorial Sciens S.R.L. ®
Av. García del Río 2585 - Piso 12 - Dto. A - CABA (C1429DEB)
Tel/Fax. (54 11) 2092 1646
www.sciens.com.ar
info@sciens.com.ar

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Índice

Director 5

Prólogo 6

Capítulo 1 - Mentalización: conceptos, historia, interrelaciones, apego y estrés
DiegoCohen 9

Capítulo 2 - De los estados de prementalización a la mentalización madura
Diego Cohen 37

Capítulo 3 - La importancia del apego en el tratamiento basado en la mentalización. Patología del apego
Diego Cohen 55

Capítulo 4 - Evaluación general de la mentalización Introducción al tratamiento
Diego Cohen 81

Capítulo 5 - Fase inicial del tratamiento
Diego Cohen 95

Capítulo 6- Fase intermedia y final del tratamiento MBT basado en el apego
Diego Cohen 117

Capítulo 7 - Práctica del tratamiento MBT/apego: posición del terapeuta
Diego Cohen 137

Capítulo 8 - Principios para el terapeuta mentalizador y modos de intervención
Diego Cohen 145

Capítulo 9 - Mecanismos de cambio mediante el proceso MBT/apego enfoque teórico-clínico
Diego Cohen 159

Capítulo 10 - Evaluación de la teoría de la mente
Roberto Ocampo 179

Director

Dr. Diego Cohen

Especialista en Psiquiatría. Universidad de Buenos Aires (UBA).

Doctor en Medicina Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Docente Autorizado, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Jefe de Servicio Interino Hospital JT Borda.

Scholar Visitor University College Londres (UK).

Prólogo

La terapia basada en la mentalización/Apego (de aquí en más MBT/Apego por las siglas en inglés del primer abordaje, el agregado de apego es un aporte mío ya que al leer los trabajos de Fonagy y el grupo de sus colaboradores, “mentalice” la importancia del apego desde los trabajos pioneros de Bowlby, hasta las reformulaciones modernas de J. Gunderson y Lyons Ruth) (1, 2, 3).

La MBT viene aplicándose desde principios de la década del noventa con el trabajo seminal de Peter Fonagy et., al *Playing with Reality* (4) publicado en una de las revistas más prestigiosas del psicoanálisis, en principio en esos años el abordaje del TLP era de orientación psicoanalítica de varias sesiones por semana.

Mucho ha cambiado desde esos primeros momentos, MBT ha ido mutando en forma constante, hasta transformarse en una de las terapias manualizadas aplicadas exclusivamente para el trastorno límite de la personalidad (TLP). Debieron pasar más de 10 años de trabajo e investigación para tal propósito (5). La investigación empírica ha comprobado la efectividad del tratamiento en el TLP en varios ensayos clínicos frente a otras formas de terapia para el TLP. De las investigaciones, estudios, aplicaciones y cursos de instrucción se escribieron numerosas guías para orientar a los terapeutas (especialistas como no especialistas) para tratar a este grave grupo de pacientes. Estos esfuerzos se desarrollaron primero en el Reino Unido y luego en otros países de Europa y en EE.UU. precisamente en la clínica Menninger (Houston).

Lamentablemente estos trabajos e investigaciones, se han demorado en arribar a la Argentina, recién en 2016, la editorial Desclee de Brouwer, tradujo al español uno de los últimos libros de Bate-man y Fonagy, también es justo señalarlo, ciertas revistas (10) han traducido trabajos importantes del grupo, yo mismo he escrito un artículo para la editorial Scien y algunos artículos (7-9).

Es por eso que mi objetivo es hacer conocer las ideas del grupo de mentalización, luego de la lectura profunda de quienes las desarrollaron, los cursos y validaciones que puede hacer en el Londres hasta 2016 (hasta lo que puedo saber el Lanza Castelli e Itziar Bilbao se encuentra en el mismo camino promoviendo instrumentos de investigación y métodos de tratamiento).

El método de tratamiento (tal cual ocurre en la ciencia) ha tenido modificaciones centrándose en el apego normal y patológico, en el desarrollo infantil.

En años recientes los investigadores belgas, ingleses y de otros países de Europa y EE.UU. han complejizado la teoría (brújula del tratamiento) incorporando la vertiente neurobiológica de los procesos de mentalización, la interacción social basada en el aprendizaje pedagógico (capítulo 8 de este volumen) y han extendido el tratamiento más allá del TLP, para comenzar a abarcar la depresión, los trastornos de la alimentación y abuso de sustancias y una condición muy difícil de tratar el trastorno antisocial de la personalidad leve-moderado. Estas psicopatologías no son objetivo del presente volumen y ni bien la investigación comience a dar sus frutos podemos considerarla para un nuevo volumen o instrumentos de investigación.

La mentalización es una actividad imaginativa, considerar los propios estados mentales, de por sí muy amplio y el de los otros, exige mucho de nuestro capital mental tanto en condiciones normales como patológicas.

Este aporte va desde la teoría del apego (los inicios de la teoría), la historia y concepto y los aportes (brevemente) de la escuela francesa de Marty, Luquet, Lecours y Bouchard pioneros en el desarrollo de la mentalización. Mentalización: conceptos, historia, interrelaciones, apego y estrés. El capítulo 2, describe los estados de prementalización /normales hasta los (3-4 años) a la mentalización madura, pero presentes de acuerdo al contexto en los TLP. El capítulo 3 describe la gran importancia del apego normal y patológico para lograr estados saludables de mentalización o bien psicopatología. Los

capítulos 4 a 8 describen el trabajo en sí de la mentalización, la aplicación a los pacientes TLP y la actitud y postura de un terapeuta mentalizador. A los fines didácticos está dividido en fases, pero el proceso en sí mismo es dinámico. El capítulo 9, describe y analiza, las actualizaciones del modelo, apartándose algo del apego para introducir modelo de comunicación pedagógica y la resiliencia. El capítulo 10, escrito por el Lic. Ocampo, detalla las pruebas diagnósticas de un concepto cercano a la mentalización, la teoría de la mente (ToM por su terminología en inglés), este capítulo puede ser de importancia para pediatras, residentes de pediatría y todos aquellos relacionados con el estudio del desarrollo infantil por etapas de las capacidades mentales.

Esta forma de tratamiento no significa que sea de alta eficacia comprobada, tanto resultados positivos, como negativos son descritos por los autores e investigadores independientes.

Quisiera finalmente agregar cuatro conceptos clínicos centrales: 1) Fonagy et al., consideran al TLP, como a un grupo de pacientes con fallas en la mentalización dependientes del contexto, que los retrotrae a formas primitivas de mentalización, 2) El TLP deriva de la relación gen-ambiente, este último fuertemente relacionado con experiencias adversas tempranas como el maltrato infantil, abuso y experiencias de abandono y se caracteriza por la rigidez mental, 4) la falta de resiliencia y 3) la falta de confianza e hipervigilancia epistémica (11).

Finalmente si bien los autores han hecho un aporte muy importante manualizando el tratamiento, siempre les recuerdo a mis alumnos y colegas que un paciente nunca va a poder ser “encontrado” en un manual, a la inversa el manual nos orienta a aquellos que tratamos pacientes TLP a poder ayudarlos frente a una patología tan grave.

Finalmente este libro está destinado a psiquiatras generales o especializados en trastornos de la personalidad, psicólogos que tratan pacientes graves y a los profesionales en general que tengan interés en tratar pacientes limítrofes.

Dr. Diego Cohen

Referencias

- 1) Bowlby J. El apego. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998.
- 2) Lyons-Ruth, K. The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanal Inq.* 2007; 26(4): 595-616.
- 3) Gunderson JO. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry.* 1996; 153:752-758.
- 4) Fonagy, P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J of Psychonal.* 1991; 72, 639-656.
- 5) Bateman AW, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide.* Oxford: Oxford University Press; 2007.
- 6) Bateman A. *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad.* Desclee De Brouwer: España; 2016.
- 7) Cohen DE. Endofenotipos en el trastorno límite de la personalidad. *Enfoque en la neurobiología del apego. Psicofarmacología.* 2010; 64:9-16.
- 8) Cohen DE. Una visión actual de la neurobiología del trastorno límite de la personalidad centrada en la mentalización y el procesamiento emocional. *Psicofarmacología.* 2016; 9:9-23.
- 9) Cohen, D. Teoría de la mente: un paradigma para unir la brecha entre la neurona y la mente. En: Zieher LM, editor. *Neurociencia: de la neurona a la mente.* Buenos Aires: Editorial Sciens; 2017. p. 51-111.
- 10) Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista de Psicoanálisis.* Trabajo presentado en el “Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo”, reunión de la Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, Mayo de 1999. Traducido con autorización del autor.
- 11) Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord.* 2015;29 (5):575-9.

Dedicatoria

A mis maestros que dejaron huellas de mentalización: Rubén Mario Basili (†)
y Prof. Dr. Vicente Donnoli (†) y al Prof Luis María Zieher.

A mis pacientes del Hospital “JT Borda”
por permitirme poner en práctica estas ideas.

Mentalización: conceptos, historia, interrelaciones, apego y estrés

Diego Cohen

Resumen

El TLP es una patología severa caracterizada por impulsividad, inestabilidad afectiva, dificultades en las relaciones interpersonales e identidad poco integrada, afecta aproximadamente entre el 1-1.5 % de la población. La mentalización es un paradigma y constructo psicobiológico que se define como la capacidad para comprender los estados mentales en uno mismo y los demás. Las experiencias mentales son transformadas mediante procesos de simbolización en creencias, deseos, fantasías, pensamientos y representaciones mentales simbolizadas. La mentalización comprende un largo proceso de desarrollo que ocurre por etapas. Uno de ellos, fundamental para lograr niveles saludables de mentalización es el apego, proceso mediante el cual inicialmente el niño y la madre interactúan para lograr un estado de confianza y seguridad física. Los futuros pacientes límites no logran desarrollar adecuadamente estos procesos por déficits biológicos y por las propias dificultades reflexivas de los padres. Se diferencia la mentalización de procesos similares. La mentalización es un concepto amplio que abarca estos procesos y permite generar una identidad coherente, un sentido robusto de sí mismo y una adecuada comprensión de la mente de los otros, no se trata de un proceso presente o ausente en forma completa, se presenta en grados como un continuo que puede ser evaluado clínicamente y mediante escalas. La mente se origina en parte desde afuera (cuidador-madre) hacia adentro (internalización de figuras de apego confiables). El niño lentamente debe poder verse reflejado en la mente de la madre mediante la confianza en los cuidados brindados y la información.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP), es un desorden grave y crónico, con una prevalencia aproximada de 1-1.6 %, la metodología de medición y selección de los distintos autores, reflejan estimaciones

realizadas en la población general, mientras que, en la población clínica, el TLP predomina en mujeres en proporción 4-3:1 (1-4). Publicaciones más recientes, estiman una prevalencia en la comunidad cercana al 1 % (4, 5).

El impacto social, económico y de recursos médicos que ocasiona a la sociedad el

trastorno límite es cuantioso, basta mencionar algunos para hacer reflexionar al lector: enfermedades psicosomáticas, desempleo, divorcio, familiares afectados por el trastorno que padece uno de sus miembros, déficit en el desarrollo académico, desempleo o subempleo, accidentes y consultas médicas innecesarias.

En una revista muy prestigiosa de medicina general, Tyrer et al., (6) señalan:

“Los trastornos de la personalidad son importantes para todos los médicos [...] afectan en gran medida la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes, es un fuerte predictor del resultado del tratamiento, una causa de mortalidad prematura y es un gran costo para la sociedad. Por lo tanto, los trastornos de la personalidad deberían ser una parte importante de toda evaluación psiquiátrica, ya sea que lo haga un experto calificado en trastorno de la personalidad o un médico de familia en un país de bajos ingresos. El término trastorno de la personalidad a menudo se ha usado en un sentido peyorativo como diagnóstico de exclusión; una etiqueta aplicada a personas que se consideraban difíciles de ayudar y probablemente intratables. Por lo tanto, la atención al trastorno de la personalidad en la práctica ha oscilado entre los intentos de descartarlo por completo como un no diagnóstico o, en cambio, considerarlo como un tema especializado en psiquiatría. Parte de la dificultad es que nadie duda de la existencia de la personalidad, pero lo que constituye un trastorno es difícil de especificar, además por varias razones, el diagnóstico ha desarrollado una reputación aún más peyorativa a los ojos del público y la profesión; ahora se ha convertido en un término de abuso más que en un diagnóstico” (pág. 117) (traducido por DC).

Choi-Kain et al. (7) señalan que, en Esta-

dos Unidos, 5 millones de habitantes sufren TLP y mundialmente ciento veinte millones. Estas enormes cifras de pacientes afectados, debe hacernos pensar en los esfuerzos de investigación, tratamiento, racionalización y planificación de recursos para alcanzar objetivos más efectivos. Uno de estos esfuerzos, se centra en el desarrollo de psicoterapias manualizadas, consideradas como un conjunto de intervenciones parcialmente estandarizadas (ya que por ahora creo no podemos encontrar un paciente en un manual) que guían al clínico en sus intervenciones, permiten cierto dialogo en común y facilitan la eficacia en trabajos clínicos de investigación (RCT por sus siglas en inglés).

Los siguientes métodos de tratamiento para pacientes *borderline* se encuentran actualmente manualizados, dos de ellos se originan en modelos psicodinámicos: la **terapia focalizada en la transferencia** (TFP por sus siglas en inglés) se basa en el modelo de las relaciones objetales, partiendo de la integración de los desarrollos de Melanie Klein, del *self* de Edith Jacobson y el modelo de separación/individuación contemporáneo basado en Margaret Mahler. Este enorme esfuerzo proviene de las investigaciones de Kernberg y su grupo de trabajo desde hace más de 40 años en el Instituto de desórdenes de la personalidad asociado a la Universidad de Cornell y el *Weill Medical College* en Nueva York (8, 9).

El segundo modelo manualizado proviene de Inglaterra, se basa en parte en la actualización de la teoría del apego y comenzó a ser desarrollado por Fonagy y Bateman en el centro Anna Freud asociado a la división de psicoanálisis del colegio Universitario de la misma ciudad (UCL por sus siglas en inglés). Lo denominaron **tratamiento basado en la mentalización** (MBT por sus siglas en inglés).

Actualmente, se practica también un tratamiento combinado psicoanalítico-cognitivo denominado GPM (*Good Psychiatric Managment*) desarrollado por John Gunderson, lamentablemente fallecido hace muy poco tiempo, un pionero en el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad que trabajó por más de 50 años en el Hospital “McLean” de Boston, asociado a la universidad de Harvard, actualmente (como ocurre en los otros dos modelos) esta forma de tratamiento se encuentra en plena expansión mediante el trabajo de sus discípulos (7). En su vertiente psicoanalítica, GPM también presta especial atención a la teoría del apego y **la importancia de las relaciones interpersonales**. Es más estructurado y breve respecto de MBT. Puede considerarse una forma de tratamiento inicial que facilita la remisión de los síntomas y formas patológicas de relaciones interpersonales para luego continuar con tratamientos orientados a cambios estructurales como TFP y en unos pocos casos psicoanálisis clásico (Tabla 1). Otro tratamiento manualizado ampliamente

te difundido y evaluado especialmente en EE.UU. proviene del modelo cognitivo dialéctico conductual (DBT por sus siglas en inglés) y se basa en las ideas pioneras de Marsha Linehann (10). Estas formas de tratamiento al igual que la terapia de esquemas y la psicoterapia psicodinámica de apoyo se encuentran fuera del alcance de esta obra, sin embargo puede resultar útil conocerlas ya que comenzaron a ser comparadas para delinear cuales pueden ser beneficiosas teniendo en cuenta manifestaciones clínicas atípicas y variables del TLP (Tabla 1).

En este libro propongo desarrollar, describir y ejemplificar el modelo MBT/Apego ya que resulta más fácil de implementar respecto del modelo TFP que tiene una aplicación más selectiva, dirigida a los pacientes con distintos niveles de gravedad dentro del concepto de organización *borderline* de la personalidad (BPO, por sus siglas en inglés). Este último modelo, puede acercarse a la noción de estructura mental que fue el término que utilizó Kernberg en sus prime-

Tabla 1. Modalidades terapéuticas manualizadas para el tratamiento del TLP

Psicoterapias manualizadas para el TLP
Psicoterapias
• Cognitivo conductuales - Terapia dialéctica conductual (Linehan) - Terapia de esquemas • Psicodinámicas - Psico terapia de apoyo (Rockland, Applbaum) - Terapia basada en la mentalización (Fonagy et al.) - GMP (Gunderson et al.) - Psicoterapia focalizada en la transferencia (Kernberg et al.)

ros trabajos (8). Luego fue ampliado por Caligor et al. (9) y una simplicidad y claridad conceptual, estructura **es un patrón duradero, estable, repetidamente activado de funciones psicológicas que organizan la conducta, percepción y experiencia subjetiva**. Agregamos a esta definición que, por lo general, las estructuras mentales se manifiestan como personalidades normales y patológicas que pueden tener una lenta tasa de cambio (estabilidad). Si bien algunos autores contemporáneos, consideran que el TLP (un subtipo dentro de la BPO), puede variar a lo largo del tiempo con el tratamiento adecuado y ciertas experiencias de vida, puede ocurrir por ejemplo que con la edad disminuyan conductas como la impulsividad, la agresión y algunos componentes antisociales (11).

Mentalización

Definición, antecedentes históricos, conceptos generales

Existen diferentes definiciones de mentalización aunque todas tienen un componente común relativo a la comprensión de estados mentales en sí mismo y los otros. Los estados mentales, comprenden un **concepto amplio** para referirse a emociones y cogniciones asociadas, pueden ser conscientes (explícitos), preconscientes o inconscientes (implícitos). Mantienen relaciones evidentes con las memorias. Los estados mentales neurológicos e inconscientes comprenden memorias procedurales implícitas, por ejemplo los movimientos automáticos que realizamos al caminar, ciertas posturas corporales y expresiones faciales, en cambio los estados mentales conscientes hacen uso de sistemas de memorias explícitas, (recolección consciente) autobiográficas (historia del individuo) y semánticas (información general). Esta sistematización muy breve que

refiero de la memoria corresponde a las importantes investigaciones de Tulving (61).

Las definiciones de mentalización han variado a lo largo del tiempo desde los primeros trabajos e investigaciones del grupo de Fonagy y los orígenes de las ideas dentro del grupo de autores francófonos Lecours y Marty (ver más adelante). Sin embargo, ciertos conceptos centrales permanecen invariables en torno a la actitud reflexiva, la capacidad de tener la **“mente en la propia mente”** y el reconocimiento en sí mismo y los otros de los estados emocionales y cognitivos. Expondré a continuación las definiciones que me parecen más claras y validas:

- En sus primeros escritos, Fonagy definió mentalización como la capacidad para *“concebir estados mentales conscientes e inconscientes en sí mismo y en los otros”* (11).

- *“Mentalización es el proceso mediante el cual el individuo en forma explícita o implícita interpreta el significado de las acciones de sí mismo y los otros en base a estados mentales: deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones”* (12) [traducción de DC].

- La mentalización es una forma de actividad mental **imaginativa**, significa percibir la conducta propia y la de otros (en el momento presente, estar imaginando y percibiendo) **asociada a estados intencionales**: necesidades, deseos, sentimientos, creencias, propósitos y razones que permiten comprender un estado actual y predecir una conducta futura. Este último concepto proviene de las investigaciones del filósofo de la mente Denett, en términos muy simples, significa reconocer que las acciones de una persona en su origen pueden ser explicadas por sus estados internos en términos de creencias y

deseos. Dennet se refiere a sistemas que actúan de forma racional. La actitud intencional resulta ubicua y la aplicamos en algún momento para encontrar sentido a la conducta de otros (18). Ya que se trata de una actividad continua como si fuera un proceso en línea, el término **mentalizando resulta apropiado ya que precisamente denota el momento actual y continuo. En un sentido todavía más amplio, mentalización es un concepto que abarca todos los estados mentales del individuo y de los otros** (13).

- En términos muy simplificados, puede ser comprendida como una forma de mantener la mente en la propia mente, atender a los propios estados mentales, el de los otros y una atención plena de la propia mente (*mindfulness*) (14).

- Es una capacidad que le permite al niño “leer” la mente de los otros (15). Este concepto resulta una capacidad cognitiva estudiada por Leslie y Baron Cohen en sus trabajos con pacientes del espectro autista, consideraron que la mente está constituida por metarrepresentaciones consistentes en un agente, una relación de información y su correspondiente expresión, luego se agregan a estos elementos las características de la persona, el tipo de estado mental (deseos, necesidades y creencias) y el contenido de dichos estados. Estos conceptos se encuentran muy cercanos al de teoría de la mente (ToM).

- La capacidad para mentalizar resulta útil ya que permite diferenciar mundo interno respecto de la realidad externa, diferenciar aquello real de lo aparente, diferenciar los procesos emocionales y cognitivos intrapersonales respecto de los interpersonales, lograr capacidad empática y reflexionar antes de actuar.

- La mentalización es el proceso que otorga sentido a nosotros mismos y la interacción con los otros (11-14, 17).

- La mentalización es la capacidad de comprender en forma continua (mentalizando) el mundo interno y la interacción social mediante la figuración de estados mentales, esencialmente la capacidad de concebir que la mente de los otros, guarda ciertas similitudes, al igual que diferencias con la propia mente (55).

Antecedentes históricos de la mentalización

La ruta histórica del proceso de mentalización, se encuentra ligada a dos importantes corrientes: la cognitiva asociada a la neurobiológica y la psicoanalítica que proponen una teoría y técnica de tratamiento. En este apartado por razones relativas a mi formación y por la evidencia científica en constante aumento de los principios psicoanalíticos, me voy a referir a principalmente a esa teoría.

Freud, desarrolló un concepto cercano a lo que actualmente consideramos mentalización, en el “Proyecto de una psicología para neurólogos” (19) basándose en el modelo del arco reflejo para explicar el funcionamiento de la mente reflejo, consideró que una de las funciones del Yo era **inhibir la descarga del impulso motor** (un concepto precursor de reducción de la impulsividad), o posponerlo hasta el momento adecuado. Más adelante en sus escritos de la metapsicología, consideró la ligadura de la energía psíquica libre como forma de atenuar ciertas manifestaciones del proceso primario (*Bindung*) (20), si las representaciones traumáticas pueden ser organizadas y amortiguadas se genera un espacio mental para pensar (Cohen, observaciones no publicadas). La ligadura

significaba un cambio cualitativo desde las representaciones de orden físico y concreto hacia las simbolización (por ej. los sueños no traumáticos y síntomas neuróticos menos severos). Otro concepto freudiano importante a los fines de comprender los antecedentes de la mentalización, se encuentran en el trabajo “Recuerdo, repetición y elaboración” (22): Freud señala: *“el analizado no recuerda por lo general nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa, no lo repite como recuerdo sino como acción”*. Contemporáneamente estas ideas pueden encontrarse relacionadas con la disminución de la impulsividad que favorece la mentalización.

La escuela inglesa de las relaciones objetales, aporta otros desarrollos precursores de la mentalización, en especial la idea de Bion de “función alfa”, capacidad que indica que las impresiones sensoriales de distinta modalidad, pueden ser almacenadas como memorias y ser la materia prima para crear sueños, pensamientos, capacidad para aprender de la experiencia, “barrera de contacto” y neutralización de “elementos beta”. Los “elementos beta” poseen el significado de representaciones **muertas e irrea-**

les. La capacidad de *reverie* (un estado de ensoñación o sueño diurno) de la madre y la relación continente/contenido contribuyen a la contención de estados intolerables de angustia en el niño, la madre ayuda a procesar los “elementos beta” para transformarlos en “elementos alfa” y conducir un acceso gradual a la capacidad para pensar, al lenguaje y al desarrollo de una serie de narrativas con mayor carga simbólica (ver luego evaluación mediante la Escala de apego del adulto). Si estos procesos no se llevan a cabo apropiadamente el niño internaliza los estados mentales (emociones, sensaciones) que generan aquello que Bion denominó “terror sin nombre” (23-25).

Winnicott (26), hizo referencia a una relación de espejamiento, en la cual el sí mismo niño pueda verse representado en la mente de su madre, *“alguien me ve o comprende que yo existo”* luego esa imagen *“me es devuelta”* como una prueba que necesito ser reconocido como un ser.

La escuela francesa, fue precursora de los procesos de mentalización. Lecours et al., (27) y Marty (28) consideran que la menta-

Cuadro 1

Mentalización. Origen en el psicoanálisis (I)

- **Freud: resulta útil como precursor el concepto de energía ligada para formar pensamientos, transformar no mental en mental (Freud, 1895). En “Recuerdo, repetición y elaboración”, sienta las bases para comprender como aquello no elaborado se repite bajo la forma de actos (polo motor) en la transferencia.**

- **Para Freud en el “Proyecto”, la mente se desarrolla, en parte, a partir de procesos de frustración de las demandas pulsionales inherentes en la necesidad de esperar: realización alucinatoria de deseo luego complementada por proceso secundario (energía ligada, temporalidad, juicio, identidad de pensamiento, función inhibitoria del Yo del “Proyecto”).**

lización es un proceso de ligadura, labor del preconscious, consistente en integrar las excitaciones corporales con los procesos endopsíquicos representacionales (un modelo actualizado de las ideas de Freud acerca de la dinámica de las pulsiones). Las excitaciones somáticas deben encontrar de acuerdo con esta formulación una transformación en “impulsos psíquicos y afectos”. Los procesos de mentalización serían una especie de *buffer* frente a la impulsividad, *acting in/acting out*, con la finalidad de alcanzar formas de elaboración y expresión mental más integradas de los procesos somáticos. Estos autores parecen considerar la mentalización como una capacidad de *insight* luego de un proceso de incremento de la tolerancia emocional y elaboración de estados mentales disruptivos. Marty (29) consideró el **proceso de pensamiento** operativo (pensée

opératoire) para referirse a estados mentales con cierto déficit para la vida de fantasía observada frecuentemente en las denominadas por él enfermedades psicósomáticas (29). En síntesis, Lecours et al., proponen que la mentalización es una clase general de operaciones mentales que incluye **representación** y **simbolización** que conducen a elaboración y transformación de las experiencias instintivas/afectivas hacia estructuras y fenómenos mentales más organizados e integrados. Finalmente, Dennet el filósofo de Boston, considera el término “**actitud intencional**”, para destacar la habilidad del individuo para apreciar los estados mentales y sus contenidos tales como creencias, pensamientos deseos y expectativas. Predice que el individuo actuará de acuerdo con dichos estados mentales. Dennet se refiere a sistemas que actúan de forma racional. La

Cuadro 2. Ideas de Bion precursoras de la mentalización.

Mentalización. Origen en el psicoanálisis (II)

- Bion (1962a, 1962b) aporta una teoría del pensamiento; la función contenedora del pensamiento, las experiencias son transformadas en pensamientos tolerables. Enfatiza la capacidad de tolerancia a la frustración como un factor que permite a la psique continuar formando pensamientos que hacen todavía más tolerable la frustración.

Cuadro 3. Origen del psicoanálisis en la escuela francesa.

Mentalización. Origen en el psicoanálisis (III). Escuela francesa

- Lecours y Bouchard (1997): proceso de elaboración mental basado en la representación y simbolización que permite la transformación de las experiencias instintivo-afectivas en fenómenos de experiencias mentales que se complejizan y se estructuran. El “sistema inmune de la psique”. No es un proceso todo-nada, es un proceso de estructuración gradual con final abierto debido a multiplicación y reorganización de las representaciones.

Cuadro 4. Mentalización ideas de Winnicott y Fonagy.

Mentalización. Origen en el psicoanálisis (IV)

• Winnicott (1991), Fonagy et al. (2002): **espejularidad de la madre para lograr un sentido del self en el niño, el self se desarrolla a través de la percepción de uno mismo en la mente de otra persona, como un ser que siente y piensa. El niño debe poder verse reflejado en la madre y el paciente posteriormente debe poder verse reflejado en la mente del analista. Mentalizar depende de poder “haber sido mentalizado” por la madre.**

Objeto transicional, fenómenos transicionales, juego con la realidad y espacio potencial, todos ellos contribuyen a la mentalización ya que permiten simbolizar las experiencias mentales. Adicionalmente mentalización = formación de símbolos (Segal, 1957).

Cuadro 5. Mentalización: Base en el apego

Mentalización. Origen en el psicoanálisis (V). Foco en el *attachment* (apego)

• **Desarrollo óptimo en el marco de attachment seguro (Bowlby, 1973): confort emocional, sentimiento de seguridad, base segura para la exploración y luego retorno a la madre. La base segura no sólo permite la exploración del mundo exterior, permite también, la del mundo interior: el mundo de la mente.**

actitud intencional resulta ubicua y la aplicamos en algún momento para encontrar sentido a la conducta de otros y asegurar de esta manera la continuidad evolutiva como especie (30).

Los cuadros 1 al 5, resumen los antecedentes históricos de la mentalización basados en el modelo psicoanalítico.

Conceptos relacionados con mentalización

Resulta claro desde el momento de teorizar, evaluar y aplicar clínicamente el concepto de mentalización que se trata de un término amplio, no unívoco, relacionado a

términos empleados casi como sinónimos que resulta merecen cierta aclaración:

Teoría de la mente (ToM): significa comprender que sucede en la mente del otro, por ejemplo, a través de la expresión facial, tono de voz y otras formas de comunicación no verbal. El término proviene de los trabajos pioneros de Premack y Woodruff (35) que definieron ToM **como la capacidad de captar y comprender los estados mentales de uno mismo y de los otros.** Luego Baron-Cohen et al. (15) ampliaron el concepto en sus importantes investigaciones con pacientes del espectro autista que mostraban gran dificultad

tad para captar los estados mentales de los otros, acuñaron el término “**ceguera mental**” como una forma muy gráfica de resumirlo. El niño autista no puede reconocer (o le resulta difícil) que otros poseen estados mentales, es decir que otras personas pueden desear, conocer o creer en ciertas cosas diferentes de las propias (ver capítulo 10). La ToM no puede desarrollarse en ausencia de representaciones de segundo orden (metacognición y metarepresentaciones, de lo contrario será una mente casi “vacía”) una habilidad que aparece hacia los dos años. En resumen, la ToM nos permite la importante función de realizar **inferencias** acerca de las creencias de otras personas y predecir aquello que van a hacer con estos conocimientos.

Empatía: de acuerdo con Bateman y Fonagy (12, 13) empatía en sentido estricto significa la identificación, comprensión y motivación de los sentimientos de los otros y la atribución de los propios sentimientos hacia los otros. Otras definiciones vinculadas a la neurociencia social provienen de los estudios de Gallese (31-32) acerca del sistema de neuronas espejo (MNS por sus siglas en inglés), este sistema, identificado por casualidad en monos comprende un proceso por el cual las neuronas de la región premotora de macacos evidencian actividad neuronal por el solo hecho de observar un movimiento de un congénere. De este modelo surgen inferencias para especular acerca del MNS en humanos, al observar las manifestaciones corporales de un estado emocional en otra persona, “resonaríamos” con dicho estado y podríamos comprenderlo y compartirlo. Los investigadores especulan que en nuestra especie **la región de la ínsula** se activa cuando observamos dolor emocional y expresiones de disgusto en los otros,

pero **también cuando tenemos el recuerdo de una serie de dolores emocionales propios**, por tanto, siguiendo la línea de pensamiento de Gallese, la empatía implica primero reconocimientos de estados de sí mismo.

Desde otra perspectiva, Preston y de Waall (33) comprenden la empatía como un mecanismo más cercano a la **identificación del estrés que implica el sufrimiento de los otros**, la empatía es definida por estos autores como un estado por el cual el sujeto tiene un estado emocional similar al otro (objeto) resultado de una apreciación precisa de las emociones que demuestra visiblemente el objeto, la diferenciación con el otro se mantiene (a diferencia del contagio emocional). La empatía resulta un estado emocional/cognitivo esencial en ciertas conductas entre ellas el **apego** (ver más adelante).

Atención plena (*mindfulness*) significa ser consciente acerca de lo que estamos haciendo, sintiendo o pensando y proviene de los conocimientos aportados por ciertas corrientes del budismo. Mindfulness parece ser una capacidad exclusivamente humana, que consiste en ser consciente de los contenidos de la mente en cada momento, permite reflexionar y alcanzar la serenidad, de esta forma indirectamente favorece la mentalización. En síntesis, es la capacidad de mantener la conciencia viva en la situación real presente.

Principios del desarrollo que favorecen la mentalización: apego, regulación emocional. ontogenia del sí mismo

El objetivo más importante y valioso de la mentalización es la capacidad de generar las características esenciales del sí mismo (*self*) en relación dialéctica con los otros. La mentalización es inseparable de la inte-

racción socioafectiva y el contexto en que esta sucede, comenzando con los primeros vínculos en el marco del apego seguro; el proceso es dinámico, se reorganiza durante la adolescencia y luego durante toda la vida.

El niño intuitivamente comienza a sentir que tiene una mente y desde allí infiere que otros también la tienen, por lo tanto, la mentalización comprende un *timing* y una serie de coordinaciones en las relaciones tempranas, las funciones neurológicas como la memoria, la atención y el lenguaje, resultan componentes esenciales para la generación de estados mentales los cuales de por sí son fluidos y cambiantes. En síntesis, los cuatro procesos centrales para el desarrollo de la mentalización son: 1) regulación emocional, 2) apego, 3) atención conjunta e 4) interacción pedagógica.

Regulación emocional

El modelo de mentalización propone que la regulación emocional se logra lentamente mediante el proceso ya mencionado de espejamiento en un *marco de congruencia, adecuado ajuste y correspondencia de la respuesta de la madre hacia las necesidades emocionales del niño*. El primero de estos procesos mencionado más arriba y que propongo aclarar es el de **congruencia**: significa que la madre responde en forma acorde a las necesidades internas del niño, identificando los estados mentales mediante una respuesta que contiene y calma la angustia del infante. Un ejemplo normal de este proceso: la madre frente al llanto de su hijo exagera su propia expresión facial de tristeza marcando y “devolviendo” aquello que el infante siente en ese momento, indicando que la madre lo comprende y lo identifica sin sentirse abrumada por el distrés del niño (34-35, 66). Un ejemplo anormal si fuera

reiterado: el niño está cansado y por tanto irritable, la adecuada codificación indicaría que se lo debe ayudar a dormir, por el contrario, la madre cree que niño llora porque tiene hambre o porque quiere continuar jugando, intenta alimentarlo o estimularlo.

El segundo proceso importante es el **marcado** emocional, la madre conociendo con una buena capacidad de mentalización de sus propios estados mentales, tiene un rol central ayudando a reconocer los estados emocionales de su hijo al mismo tiempo que los diferencia de los propios, evitando la indiscriminación que resultaría confusa o caótica.

Representación Mental

El niño rápidamente aprende que él mismo y los otros son agentes físicos y sociales, capaces de influirse mutuamente. Hacia los 9 meses, adoptando un marco teleológico, esperan que las acciones de los otros sean racionales y dirigidas a objetivos. El niño a esa edad vive en un mundo de realidad física concreta, los estados mentales todavía no son considerados, predomina la acción en el mundo material como forma de interacción (36, 66).

Hacia los dos años el niño (infancia temprana), comienza a desarrollar una “*postura intencional*”, esto significa que adquieren una comprensión mental del sentido de las acciones, en síntesis, el mundo físico e interpersonal comienza a tener sentido. Empieza a comprender las acciones en un marco de orden mental. Es el primer paso para considerar la atención a la existencia de estados mentales. A esta edad el niño puede conceptualizar las cosas en base a deseos e intenciones. Un hecho muy importante es que comienza a desarrollar **empatía** y comprensión de las emociones. El juego

imaginativo compartido es un ejemplo y de la adquisición de una actitud “**como sí**”, permite simular una situación real (un palo de escoba es un rifle) al mismo tiempo que van desarrollando un **lenguaje** para representar estados internos. Sin embargo, en este estadio temprano, el niño no es capaz de separar estados mentales de realidad externa, la distinción externo-interno no está suficientemente establecida (37).

Aproximadamente a los **3-4 años** (infancia media), el niño puede representar en forma más completa estados mentales, empíricamente queda corroborado cuando pasa la prueba de “falsa creencia” (será explicada en el capítulo correspondiente). Adquiere paulatinamente otras habilidades, gradualmente desarrolla una narrativa, la memoria autobiográfica y una comprensión de las experiencias de sí mismo y los otros logrando en condiciones normales a lo largo del tiempo un sí mismo coherente y primitivamente consistente, sin embargo, **las experiencias permanecen concretas y poco integradas**. Durante esta etapa el niño puede considerar emociones mixtas, es capaz de separar sus propios estados mentales respecto del estado mental de los otros, pero todavía carece de autenticidad que se observa en un modo de funcionamiento “**como sí**”. Comienzan esbozos de conciencia moral y valores sociales. En último término la meta-representación contribuyen a formar memorias autobiográficas que dan sentido al sí mismo mediante narrativas. Gracias a estos mecanismos, lentamente la mentalización va logrando la capacidad de entender la mente de los otros en base al sí mismo autobiográfico y la empatía.

La **adolescencia** es una etapa crucial para el logro de una capacidad de mentalización robusta. Si bien las estructuras neurobiológicas del sistema de recompensa (aquello

que nos hace sentir bien) y de la sensibilidad de la amígdala, se encuentran más desarrolladas respecto de la infancia, estos sistemas no guardan relación equivalente con regiones de la corteza prefrontal (PFC), región del cerebro central para el control de la acción, las funciones ejecutivas y la capacidad reflexiva (67, 68). Durante la adolescencia (normal) ocurren una serie de cambios de gran impacto en el desarrollo de la socialización entre pares y de la conciencia social, no obstante, el adolescente continúa necesitando el apoyo y *feed-back* de los padres y los pares para que la conciencia reflexiva derive en un camino hacia una identidad consolidada. No resulta extraño que este período vital marque el comienzo de numerosos trastornos mentales tanto psicosis como trastornos de la personalidad (66). En síntesis, durante esta etapa es posible contener en la mente algo que no está presente en forma concreta al igual que representarlo bajo múltiples modalidades, es decir se complejizan las meta-representaciones (11, 34, 35).

Mentalizar a uno mismo y los otros impresiona una tarea continua en términos de riqueza, precisión y flexibilidad de las capacidades mentales.

Regulación emocional: Hobson (38) en forma clara y concisa expresa: “*es mediante la conexión emocional que el niño descubre la clase de persona que es*” (traducción de DC) y luego: “*las herramientas del pensamiento son construidas sobre la base de la relación emocional del niño con otras personas*”. La regulación emocional, cursa por varias etapas, de acuerdo con Fonagy et al., (39) la falta de sincronía sutil entre la diada, al igual respuestas poco congruentes, facilita que el niño comience a atender al ambiente social casi exclusivamente (ver luego menta-

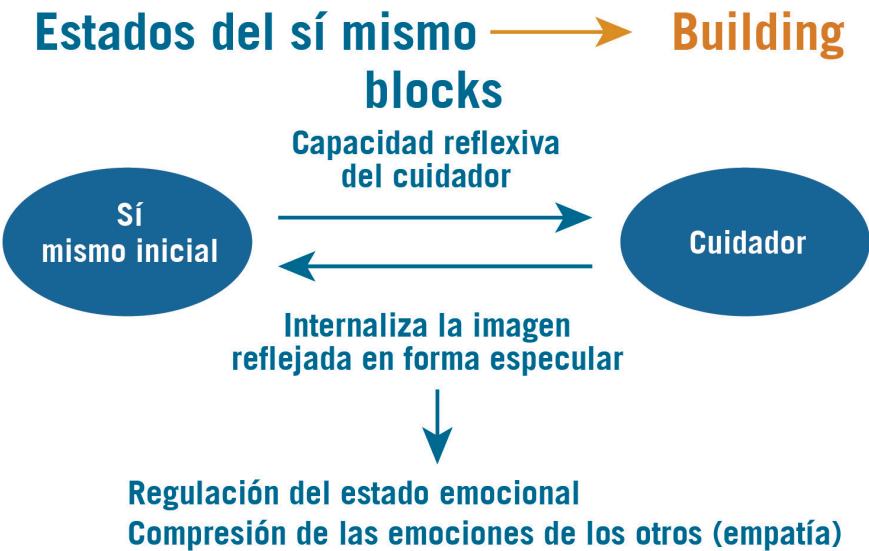
lización externa) en lugar de estar centrado en sus propias acciones. El acercamiento físico de la madre para proveer confort al niño (estímulo táctil) se complementa mediante la comunicación emocional que facilita ulteriores representaciones emocionales en el sí mismo infantil denominado por Fonagy sí mismo centra (Figura 1).

Más arriba hice referencia al proceso de espejamiento considerado por Winnicott y Fonagy como mecanismo **central** para facilitar el “etiquetado” de afectos en la genera-

ción de representaciones mentales (ver más adelante este concepto). Si los procesos de especularidad son pobres, incongruentes o las emociones resultan escasamente marcadas, el sí mismo del niño se va conformando de forma débil y fragmentada y la capacidad para mentalizar los estados emocionales se ve limitada. Se generan las bases para controlar impulsos y emociones (algo muy frecuente en los trastornos de la personalidad).

Apego: aquello que resulta único de la

Figura 1. Representación esquemática formación del sí mismo



El *self* reconoce mediante las formas en las cuales puede ser visto en la mente del otro

RF= protectorio frente a la realidad social - Frágil RF confiere riesgos frente a experiencias traumáticas posteriores

RF: función reflexiva (ver más adelante).

mente humana, es que logra aprender acerca del mundo externo (en especial el mundo social y afectivo) a través de la subjetividad de otro (34, 35). Implica que necesitamos objetos que nos enseñen acerca del mundo al mismo tiempo que brinden seguridad física debido a la evidente inmadurez inicial de nuestra especie. El apego es un vínculo fundamental de base psicobiológica con la finalidad de brindar seguridad y supervivencia al infante de por sí indefenso. Desde el punto de vista etológico es resultado de un conjunto de pautas de conducta características (preprogramadas) que se desarrollan durante los primeros meses cuyo efecto es mantener al niño en proximidad con su madre para lograr amparo y cuidado frente a la indefensión y natural dependencia del bebé hacia la madre (u otro cuidador sustituto). Resulta importante remarcar que, durante los meses iniciales de vida del niño, el apego es el resultado del contacto y la proximidad **física** de la díada cuidador - niño.

Bowlby, uno de los pioneros en la formulación de la teoría del apego, señala los siguientes conceptos y características acerca de apego (41-46).

1. El infante necesita un vínculo “inquebrantable” y “seguro” (al menos durante ciertas etapas) hacia la figura de apego, por lo general la madre. El niño que no ha logrado esta seguridad se encuentra en un estado de privación afectiva parcial y puede originar excesiva demanda de amor o deseo de venganza, culpa y depresión. Si la deprivación resulta más profunda, el niño puede mostrarse hipoactivo, pasivo y mostrar evidencias de retraso en la maduración.

2. Sistematizó las respuestas del niño frente a las fallas en el apego como una serie de manifestaciones conductuales reac-

tivas a la separación que denominó fases: protesta → desesperación → desapego.

La fase de protesta comienza cuando el infante percibe la amenaza de separación por parte del objeto de apego, Bowlby describió que el niño puede presentar las siguientes conductas: llanto, enojo y búsqueda intensa del cuidador. Puede durar hasta una semana y agravarse por las noches.

La segunda fase, denominada desesperación, se manifiesta por disminución de la actividad motora, llanto intermitente, el niño se aparte de otros pares o se torna hostil hacia ellos, comenzando a experimentar duelo por la pérdida.

La última fase estudiada por Bowlby es la de desapego: hay un acercamiento inconsistente hacia el objeto, un retorno paulatino hacia la sociabilidad, el niño ya no rechaza el ofrecimiento de cuidado por parte de la posible figura de apego, **pero puede ocurrir que la conducta del niño hacia la madre sea permanentemente anormal** (por ejemplo, no reconocerla). El desapego puede alternar con conductas de aferramiento con la finalidad de anticiparse o evitar abandonos futuros. Para Bowlby, en el apego más importante que el vínculo con la madre, es la necesidad corporal de cercanía, un intenso deseo de proximidad física. Luego el nivel corporal va mutando hacia componentes con mayor significado psicosocial que genera mayor acceso a las emociones y al estado de ser.

El apego, permite que el infante supere dos estados fundamentales de estrés: no sentirse protegido y observarse alejado corporalmente de la figura que otorga protección. El apego seguro permite que el niño pueda lograr conductas exploratorias alejándose de la madre, pero reconociendo que puede retornar a ella en momentos de estrés, esto se enmarca dentro del concepto

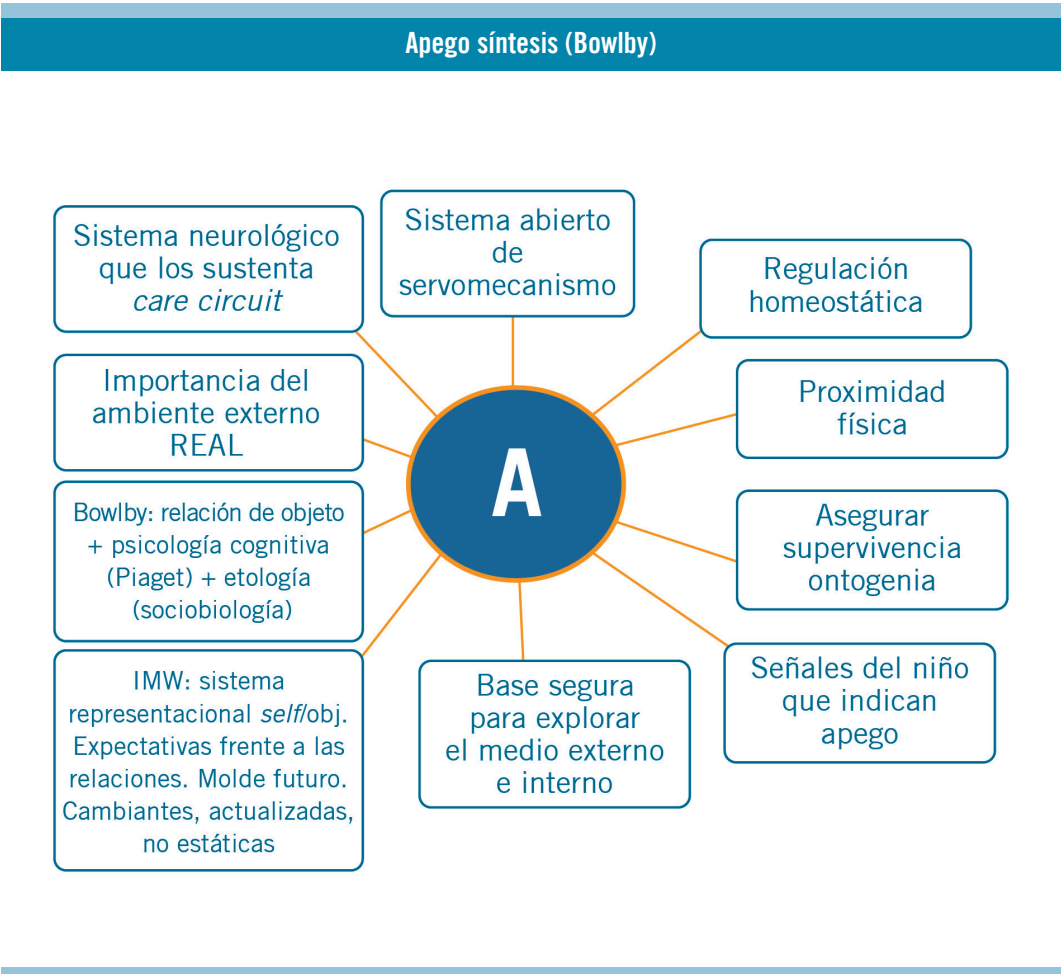
de base segura (*safe haven*).

Bowlby considero el término “**modelos internos de trabajo**” (IWM por sus siglas en inglés) para referirse a los estados representacionales originados como resultante del proceso de apego, estos son en cierto sentido memorias con alta carga afectiva que provienen de la interacción con los diversos objetos de apego o conductas derivadas a lo largo de la vida. Contemporáneamente corresponden a una serie de representaciones del *sí mismo* (*self*) en interacción con los

objetos, estos mecanismos permiten formar los bloques o unidades que construyen la mente: **representación del sí mismo en interacción con el objeto junto con una serie de estados emocionales que unen las representaciones**. Otro componente central de los IWM tiene que ver con la expectativa de disponibilidad del objeto de apego, si el apego resulta seguro, el niño va autogenerando representaciones del *sí mismo* como alguien digno de ser querido y aceptado.

En síntesis, modernamente el apego resul-

Figura 2. Síntesis del concepto de apego de acuerdo con Bowlby (Ref.41-44)



ta ser un modelo altamente interactivo ya que tiene en cuenta los estados mentales cambiantes y variables de la principal figura de apego (por lo general la madre) a lo largo de todo el proceso de interacción (46, 47).

Bowlby, considera el apego como un organizador de la experiencia mental y regulador de los estados emocionales. Debemos tener en cuenta que sus ideas no representan un modelo de interacción rígida sin cambios, se trata de procesos dinámicos, no lineales, conservados por la evolución, presentes bajo diferentes formas en otras especies (Figura 2).

Modalidades generales de apego

La activación del sistema de recompensa se encuentra relacionada con el apego, comparten las mismas vías de proyección, núcleos de origen y destino (aferecias-eferecias). Corresponde al sistema mesolímbico-cortical dopaminérgico, relacionado con incremento de la sensibilidad a los estímulos sociales, disminución de los niveles de estrés y de la conducta socialmente evitativa. Paradójicamente, la hiperactivación del circuito inhibe los componentes del sistema asociados a la mentalización ya que afecta circuitos relacionados con la mentalización: PFC, corteza cíngulada anterior (CCA), mCPF (corteza prefrontalmedial), corteza parietal lateral, región temporal medial y corteza cíngular rostral (CCAr) (48-50).

En este capítulo me voy a referir a dos modalidades generales de estrategias de apego y en un capítulo posterior al apego normal y el patológico. La hiperactivación o hipoactivación del sistema de apego conducen a un predominio neurobiológico, neurofisiológico y conductual de procesamiento cerebral posterior y subcortical que conduce a mayores dificultades para procesar el estrés y predominio de formas de prementalización,

en síntesis, una disminución de la capacidad para reflexionar que puede ser transitoria o prolongada (49).

Las estrategias de hiperactivación del sistema de apego, implican la búsqueda desesperada de situaciones o relaciones que alivien emociones relacionadas con la ansiedad, este tipo de modalidad, se observa en individuos con una forma de apego “preocupado” frecuente en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP), queda reflejado claramente en el criterio de diagnóstico número 1 y 2, DSM-IV (APA, 1994): *“esfuerzos frenéticos para evitar la soledad y abandono, sentimientos crónicos de vacío y patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternancia entre los extremos de idealización y devaluación”*.

Las estrategias de hipoactivación se ven reflejadas típicamente en individuos evitativos, pacientes con trastorno narcisista de la personalidad (en algunas de sus formas clínicas) y se correlaciona con la forma de apego denominada despreciativa (*dismissive*), que devalúa la importancia de las relaciones interpersonales. En un capítulo posterior, extenderé estos conceptos a la relación con la patología límite y la terapia basada en la mentalización (MBT, por sus siglas en inglés).

Atención conjunta

Mediante este proceso, el infante reconoce emocionalmente la atención que recibe de los otros, los niños de 1-4 meses, responden a la mirada ajena en varias formas, desde placer a interés o distrés y evitación. Al mismo tiempo el infante atrae la atención de otros hacia sí mismo mediante diversas conductas e intenta reconectar la atención cuando esta ha sido interrumpida. El pro-

ceso continúa mediante el seguimiento de la mirada de los otros hacia los objetos y dirigir la atención de los otros hacia los objetos que el niño tiene en la mano, resulta de suma importancia para compartir las experiencias y contribuye a formar una teoría de la mente.

La capacidad del niño de promover la atención de los otros mediante el señalamiento de objetos y participar de esta manera de una acción conjunta al igual que ser objeto de la atención de la madre en primera instancia, permite el desarrollo de capacidades mentales en especial la función reflexiva (RF) y los procesos de espejamiento ya mencionados (17, 34).

Resulta crucial que el niño se asegure la atención de los otros antes de dirigir la atención hacia el señalamiento de objetos y que pueda percatarse de la reacción emocional de estos hacia los objetos.

Durante los primeros meses la atención conjunta es diádica, más adelante comienza a ser **tríadica**: involucra el sí mismo, otra persona y un tercer objeto (puede ser el mundo externo) cada componente de la tríada se interrelaciona, Tomasello (51) señala este proceso como la “revolución cognitiva de los 9 meses” y **permite que se generen múltiples alternativas representacionales**, la esencia de la mentalización.

La atención conjunta sirve a la importante función epistémica de permitirle al niño conocer el mundo y pasar de una visión conductista a una mental.

Lenguaje

Resulta importante para la metarepresentación de eventos que se quieren comunicar pero que no se encuentran físicamente presentes, en este sentido facilita la simbolización. El lenguaje abre la compuerta para

transmitir lo que pensamos, imaginamos o deseamos.

Permite y facilita que el niño comprenda las actitudes emocionales de los adultos hacia el sí mismo, se genera un proceso importante de referencia emocional de la actitud de los otros hacia el *self* (que sienten los otros hacia mí), estos procesos amplían estados emocionales como timidez, autoconciencia y autoestima. Permite la separación de las mentes, ya que el niño puede imaginar otros escenarios y considerar e imaginar que están pensando los otros. El proceso de atención conjunta antes mencionado, contribuye a la formación del lenguaje, se forma un círculo virtuoso de mentalización ya que, a mayor lenguaje, mayor atención y tiempo de interacción socioafectiva.

Los niños comienzan a mentalizar explícitamente cuando encuentran palabras que hagan referencia a su estado emocional y especialmente cuando las capacidades conversacionales se mantienen con otros niños o hermanos. El lenguaje es usado como la ruta hacia otras mentes que resulta crucial desde dos puntos de vista: **comunicación** y **representación** (52, 53). Por otra parte, el lenguaje resulta un componente esencial de la ToM, un concepto cercano a la mentalización, ya que proporciona el andamiaje del razonamiento proposicional acerca de los estados mentales. El área de Brocca ubicada en el lóbulo frontal contiene una población abundante de neuronas en espejo que podrían intervenir en la formación del lenguaje en virtud de sus funciones “imitadoras”. Estudios en pacientes con afasia muestran que ciertas capacidades de la ToM pueden mantenerse aún en lesiones que abarquen el hemisferio izquierdo, de esto se infiere que el lenguaje resulta esencial para impulsar los fenómenos iniciales de la mentalización mediante una relación recíproca basada en

el apego, pero al mismo tiempo la ToM utiliza otros mecanismos para poder expresarse en especial la actividad de los circuitos de la amígdala (*core component*) (54).

Interacciones pedagógicas: el conocimiento acerca de la mente es un componente esencial de comprensión cultural, las interacciones pedagógicas implican dar conocimientos acerca de la mente que parece ser una cualidad específicamente humana. Depende de un conjunto de inclinaciones innatas que incluyen el contacto visual y la especial entonación del lenguaje dirigido al niño en primer lugar por parte de la madre (17). El aprendizaje surge en primera instancia del lenguaje no verbal, especialmente los gestos faciales (contacto visual, arqueado de las cejas, apertura exagerada de los ojos y nominar al niño por su nombre). Fonagy et al. denominan estas acciones “*señales ostensivas*”, de esta manera un niño con apego seguro confía en esas señales almacenadas en sus memorias de múltiples episodios interactivos (39). El niño se mantiene en un estado atencional receptivo y una actitud interpretativa que Gergely (34) denomina “*actitud pedagógica*”, esta, presupone una intención benevolente de parte de quien enseña, un intento sincero de brindar información precisa y útil dentro del marco de un apego seguro.

De aquí surge un concepto importante para el desarrollo de la mente, **la confianza epistémica** (34, 39) una seguridad hacia el cuidador como fuente accesible y honesta de información. En situaciones de apego inseguro como pueden ocurrir en la infancia de futuros pacientes limitrofes, esta confianza no se desarrolla completamente y emerge aquello que Fonagy et al. denominan “*desconfianza epistémica*” (34). La interacción pedagógica en conjunto con los procesos mencionados precedentemente,

interactúan para generar representaciones emocionales en la mente del niño, se formarían los bloques constructivos de la mente como estructuras capaces de procesar emociones en el marco de relaciones. Por medio de estos procesos que en efecto son fluidos e imperfectos se va conformando la capacidad para regular las emociones y crear conocimiento del sí mismo. Más importante aún para el futuro es que la confianza epistémica resulta esencial para crear la viabilidad, estabilidad y marco general del tratamiento basado en la mentalización (13).

En síntesis, los procesos del desarrollo señalados, asociados a un tipo de apego seguro contribuyen en forma crucial a generar un sentido del sí mismo estable y coherente, son los cimientos de la experiencia subjetiva e interpersonal. Este proceso se realimenta generando un apego más seguro. Me extenderé más en este punto en el capítulo correspondiente de los mecanismos de cambio psíquico generado por el modelo de terapia basada en la mentalización y el apego.

Indicadores de buena capacidad de mentalización

Los indicadores surgen de la investigación clínica mediante diferentes entrevistas, la aplicada con mayor frecuencia es la Entrevista de apego del adulto (AAI, *adult attachment interview* por sus siglas en inglés), que permite clasificar las diferentes formas de apego y otorgar puntaje a la RF (ver más adelante) (55).

- Capacidad para explorar emociones y situaciones dolorosas, seguridad en la exploración mental y apertura al descubrimiento.
- Acuerdo y reconocimiento acerca de la opacidad de los estados mentales, significa

reconocer que, con cierta frecuencia, no sabemos lo que piensan otras personas, pero sin sentirse desconcertado por lo que ocurre en la mente de los demás (“creo haber malinterpretado el comentario de mi novia acerca de la relación con mi madre”).

- Plasticidad para cambiar de modalidad de mentalización automática (implícita) a controlada (explícita).

- Acuerdo acerca de la modificación de los estados mentales, incluyendo una perspectiva del desarrollo de dichos estados, la propia historia de apego tiene influencia en la forma de relacionarnos con nosotros mismo y los otros.

- Integración de los componentes afectivos y cognitivos del sí mismo y de los otros.

- Los estados mentales pueden ser relativamente predecibles y en parte controlables.

- Habilidad para regular el estrés en las relaciones con los otros.

- Capacidad para ser flexible y relajado y no quedar “trabado” en un solo punto de vista. **Capacidad para desarrollar perspectivas alternativas acerca de una situación o problema.**

- Capacidad lúdica, humor que resulta interesante o cautivador en lugar de distante u hostil.

- Reciprocidad entre la propia perspectiva y la de los otros.

- Capacidad para describir la propia experiencia, en lugar de centrarse exclusivamente en la experiencia o intenciones de los otros.

- Reconocimiento de las consecuencias de la propia conducta antes que creer que las cosas “me ocurren a mí”.

- Curiosidad acerca de la perspectiva de otras personas.

- Fortalezas emocionales: curiosidad, tolerar cierto grado de incertidumbre, contemplación y reflexión, toma de perspectiva, actitud libre de paranoia, capacidad para perdonar.

- Percepción del propio funcionamiento mental: perspectiva del desarrollo (historia), escepticismo realista, conciencia de conflicto interno, conciencia del efecto de las emociones, creencia en la posibilidad de cambiar.

- Representación del sí mismo: vida interior enriquecida, continuidad autobiográfica, capacidades explicativas y de escucha

- Interés genuino por los pensamientos y sentimientos de otras personas, no solo por el contenido, también por el estilo.

- Perdón: aceptación de los otros basada en la comprensión de sus estados mentales (“puedo entender que la reacción de mi amigo hacia mí se debió a la apenado que estaba por el aniversario de la muerte del padre”).

- Predictibilidad: sentimiento general que en conjunto las reacciones de los otros son predecibles dado lo que conocemos acerca de ellos (12, 55).

Como apreciará el lector, no resulta fácil poseer todas estas capacidades, en mi opinión los investigadores de la mentalización,

basados en una extensa experiencia clínica e investigación empírica (entrevista de apego del adulto) parecen describir una serie de propiedades ideales, si bien es útil tener en cuenta alguna de ellas en las evaluaciones iniciales y como forma de medir la capacidad de progreso en la psicoterapia. Los postulados acerca de niveles excepcionalmente elevados de mentalización hacia niveles muy bajos pueden ser apreciados como variables que se presentan en un continuo o dimensiones posibles de ser evaluados mediante entrevistas clínicas, pero especialmente escalas ad hoc siendo la más difundida la ya mencionada entrevista de apego del adulto (AAI) validada recientemente para ser aplicada en niños y adolescentes (69, 70).

Percepción del funcionamiento mental propio:

- Capacidad de cambio: las opiniones e ideas que tenemos acerca de los demás pueden modificarse de acuerdo con los cambios experimentados por uno mismo.

- Perspectiva del desarrollo: en la medida que maduramos, cambia la representación de la relación que tenemos con los otros, estas se profundizan y se hacen más sofisticadas.

- Conflicto: consciencia de tener ideas, conductas y sentimientos incompatibles.

- Tolerancia a la ambivalencia.

- Actitud de curiosidad hacia uno mismo: interés genuino acerca de nuestros propios sentimientos y pensamientos.

- Consciencia del impacto de las emociones: reconocer el efecto que nuestros estados emocionales generan en los otros. Reconocer

que las emociones pueden distorsionar la representación del sí mismo y de los otros.

- Escepticismo realista: reconocer que nuestros pensamientos pueden llegar a ser confusos y no comprendidos por los otros (ejemplo de una falla en esta capacidad: “yo no debo saber comunicarme, no les llego a los demás (sic), mis empleados siguen haciendo lo que quieren”).

- Reconocimiento de la función preconsciente: uno mismo puede no ser consciente de los sentimientos en especial frente a situaciones conflictivas.

Representación del sí mismo:

- Habilidades pedagógicas y capacidad de escucha: poder explicar cosas y hacer sentir a los demás y que estos perciban gradualmente que son pacientes y capaces de escuchar.

- Continuidad autobiográfica: capacidad para recordar la propia infancia y la continuidad de las ideas.

- Riqueza de la vida interior: la persona rara vez experimenta que su mente se encuentra vacía o carente de contenidos.

Indicadores de mal funcionamiento de la mentalización

- Asumir posiciones no reflexivas, inocentes, distorsionadas o en forma automática.

- Certeza injustificada y no fundamentada acerca del estado mental de sí mismo/otros. Adherencia rígida a la propia perspectiva o bien ser demasiado flexible en el cambio de perspectivas.

• Incapacidad para considerar la propia perspectiva y la de los otros.

• Énfasis casi exclusivo en los aspectos cognitivos o afectivos de la mentalización (por ejemplo, ser excesivamente analítico vs. sentirse abrumado por el propio estado mental y/o el de otros).

• Mentalización excesivamente dispersa o hiperdetallada (hipermentalización)

• Focalización en factores externos (por ejemplo, gobierno, colegio, colegas, etc.)

• Focalización excesiva en descripciones personales vacías (“cansancio”, “vagancia”) o en diagnósticos (“soy depresivo”)

• Falta de interés en los estados mentales, intentos defensivos para evitar mentalizar volviéndose agresivo o manipulativo, actuar

en forma no cooperativa (“no sé porque sucedió”), negación y cambio de tema.

Función reflexiva. Evaluación

La RF es una forma de operacionalizar (permitir operaciones estadísticas y otorgar puntajes en función de la capacidad de mentalización).

Existen tres formas de evaluarla, puede ser mediante sucesivas entrevistas clínicas que evalúen la historia de apego y la respuesta del paciente frente a situaciones traumáticas, la segunda forma comprende las respuestas del paciente a una entrevista prolongada, la ya mencionada AAI, desarrollada por el grupo del Centro Anna Freud en Londres y el Departamento de Psicoanálisis del Colegio Universitario de Londres (UCL). Se trata de una entrevista que evalúa la historia de apego, las posibles situaciones traumáticas y la respuesta del paciente a esas

Cuadro 6. Preguntas orientativas para evaluar la mentalización

Preguntas que pueden facilitar la calidad de mentalización (cont.)

- ¿Puede elegir cinco adjetivos que definan cómo era la relación con su madre?
- ¿Puede elegir cinco adjetivos que definan cómo era la relación con su padre?
- ¿Recuerda que hacía de niño cuando se sentía molestó? ¿Puede dar algunos ejemplos?
- ¿Recuerda que pasó si fue alguna vez lastimado físicamente?
- Recuerda que sintió cuando alguna vez estuvo enfermo
- ¿Recuerda haber sido contenido por sus padres cuando estuvo enfermo o lastimado?
- Hubo alguna persona importante para usted que haya muerto? ¿Una mascota? ¿Cómo se sintió? ¿Cómo ocurrió? ¿Concurrió al funeral?

experiencias, adicionalmente explora las características psicológicas de la persona y sus vínculos personales más cercanos (12-14, 55). Debido al entrenamiento especial que requiere la administración de esta entrevista, el grupo de Fonagy et al. (56) ha desarrollado una variante autoadministrada deno-

minada “Cuestionario de función reflexiva” (SRQ por sus siglas en inglés), esta escala resulta más rápida para evaluar RF y permite abarcar un gran número de casos para realizar estudios comparativos. Actualmente ha sido validado al francés, italiano y uno de los autores de este volumen se encuentra rea-

Cuadro 7. Puntaje general de la escala FR

Escala de puntajes FR mediante la AAI		
Puntaje global	FR	
9	Completa o excepcional	Medrada a alta
7	Marcada	
5	Ordinaria	
3	Cuestionable o baja	Negativa a baja
1	Ausente	
-1	Negativa	

Fuente: Modificado de referencia 59.

Cuadro 8. Pautas generales a considerar en la evaluación de la RF

Consideraciones generales
• Sólo las declaraciones explícitamente reflexivas califican para altas puntuaciones. • Las declaraciones aprendidas, repetidas o cliché no califican para altas puntuaciones. • Las referencias a la personalidad o a las relaciones no califican para altas puntuaciones. • Evitar pensar por el sujeto. • Los diagnósticos no deben ser aceptados como formas abreviadas de los estados mentales.

Modificado de Mentalization-based therapy: Advanced training. Anna Freud Centre. Londres 2013.

lizando una investigación para la validación al español (Latinoamérica) (57, 58).

Ejemplos de escasa mentalización o tipo cliché

“Yo era el hijo edípico” vs. “creo que mi madre estaba tan preocupada por su propia necesidad de que alguien la cuidara que no podía ver más allá de eso. No obtenía eso de mi padre y parecía esperar que yo la hiciera sentir mejor, lo cual en verdad yo no podía hacer”.

“Creo que el problema de depresión de mi esposa se debe a la falta de algún neurotransmisor (durante una entrevista de pareja, ambos médicos), ¿no podría encontrarse un arreglo a eso?” vs. “Encuentro que las circunstancias de su vida y el poco tiempo que dispongo para poder escucharla y contenerla puede explicar porque esta así, tampoco puedo tolerarla cuando me grita y discute conmigo, creo que la partida de nuestra hija mayor de la casa, contribuyo para aumentar su malestar”.

Ej. Mentalización negativa (-1): frente a la pregunta de un profesional acerca del motivo de consulta, el paciente respondió: “no sé qué me pasa y a que se debe, Ud. es el profesional y debería explicármelo”.

Ej. Mentalización ausente (1): Una paciente había intentado suicidarse luego de que el novio la dejara, frente a la pregunta de los motivos de su acción impulsiva se mantenía en silencio o repetía que “*fue porque mi novio me dejó*”, los intentos del entrevistador por promover mayor reflexión fueron contestados en forma invariable con este tipo de respuestas.

Ej. Mentalización cuestionable o baja (3): una joven de 23 años con diagnóstico de

TLP: “*reconozco mi contribución a las discusiones constantes con P., puede que haya querido tener relación con un hombre porque me sentía sola, pero ahora lo odio por lo mal que me trata*” (La paciente tiene poco en cuenta acerca de su contribución a una relación caótica).

Ej. de rigidez de la capacidad de mentalización en el curso de una terapia psicoanalítica (modificado de ref. 60). La Sra. A. era una paciente de 28 años con personalidad límite en tratamiento mediante psicoterapia dinámica. Alrededor de 6 meses después del comienzo del tratamiento, un evento aparentemente menor en la sesión de terapia provocó una reacción importante en la Sra. A. Aproximadamente 5 minutos restantes en la sesión de terapia, la Sra. A., estaba hablando acerca de la visita a su familia durante un fin de semana. A no se sentía importante para su padre que parecía mucho más interesado en las actividades de hermano que en las de ella. En el curso de esta discusión, miré el reloj en mi pared porque sabía que el tiempo de sesión estaba llegando a su fin y quería ver si tenía tiempo para hacer una observación sobre su suposición con respecto a los sentimientos de su padre hacia ella. La Sra. A. miro hacia el suelo con una expresión de desdén. Le pregunté qué era incorrecto. Después de unos segundos de silencio, estalló en lágrimas y dijo: “*no puede esperar a que salga de su ;consultorio;;lamento si te estoy aburriendo! He sabido por mucho tiempo momento que no me soporta, y solo te intereso por el dinero. Me voy ahora*”. Me quedé sorprendido y respondí, defensivamente, que simplemente estaba controlando el tiempo porque quería estar suficientemente seguro para hacer alguna intervención antes de la finalización de la sesión. Tuve tiempo de decir algo antes

de que terminara. A. respondió diciendo: *“buen intento de salir de eso”*. Ud. ¿cree que voy a creer eso? Escalando en mi actitud defensiva, dije enfáticamente: *“ya sea que lo crea o no, esa es la verdad”*. La Sra. A. fue inflexible (implacable): *“vi lo que lo vi”*. Colocando su mano firmemente en la mesa de madera al lado hacia su silla, ella levantó la voz: *es como si estuvieras diciendo “¡esta mesa no está hecha de madera!”*. Continué: *“todo lo que digo es esto: es posible que haya mirado el reloj por razones distintas de las que estás pensando, así como usted puede hacer suposiciones sobre su papá”* La Sra. A se mostró más irritable a mis esfuerzos por ofrecer **otras alternativas**: *“ahora estás tratando de decir que no vi ¡lo que vi! ¡al menos podrías admitirlo!”*.

Esta viñeta, refleja una actitud casi delirante y rígida, que no contempla puntos de vista diferentes acerca de una determinada situación, la paciente funcionaba transitoriamente bajo una modalidad de **equivalencia psíquica** (ver más adelante). Frente a una situación emocionalmente cargada como la que había ocurrido durante la visita a su familia, nuevamente volvió a sentirse despreciada o abandonada por su analista en el marco de la transferencia, sin tener en cuenta que se trataba de una representación mental de esos estados antes que la realidad. Esta viñeta, demuestra en parte que la capacidad de mentalización es dependiente del contexto, de la observación de la conducta de los otros y que puede conducir a conclusiones apresuradas (los ingleses denominan esto *“jump to conclusions”*). Puede observarse también la conducta defensiva del analista, en el marco de lapsos momentáneos de suspensión de la mentalización y de la RF inducida por la paciente que impactaron en la contratransferencia.

Ejemplo de mentalización ausente (1). Episodio psicótico agudo en una paciente TLP: B. 42 años, trastorno esquizoafectivo agudo e intensa transferencia erótica posterior a la resolución del episodio. Tratamiento psicodinámico tres sesiones semanales. *“No estoy bien tengo todo muy mezclado en la cabeza, casi choca el colectivo al venir para acá, el viernes a la mañana pasó una cosa extraña mientras iba al trabajo, cruzaba la plaza, a un hombre se le cayó un papel, era una estampita de la virgen desata nudos, a mí siempre me pasan cosas, empecé a elucubrar, pero para no preocuparme, comencé a ordenar la agenda, ayer me asusté mucho, en el trabajo sentí que me explotaba la cara, sentí que me estaba descontrolando, se empezó a armar un lío en la computadora, pero no sé porque no tengo en claro los razonamientos, como que no puedo salir del círculo, tuve un sueño que no recuerdo pero me dio miedo, ayer a la noche tuve miedo a la locura, llamé a mi vecina para que baje y no estaba, llamé a Cristina (el mismo nombre de la madre) y le vi ojos de asombro y me daba cuenta que me estaba descontrolando, mi miedo es perder la razón”*.

Ej. Clínico de un paciente TLP con antecedentes de episodios psicóticos (uno de ellos de naturaleza catatónica). Recuperación completa de todos los episodios que permitió diagnosticar TLP con rasgos narcisistas. Inicia un tratamiento analítico de dos sesiones semanales, propongo demostrar mejoría en la capacidad de mentalización (simbolización) y los severos efectos del trauma de apego. Se observan cambios positivos en la capacidad de mentalización (simbolización).

Desmond, que nunca había traído sueños a sesión, narró un sueño de intensa angustia, *“soñé con el director del colegio, me pegaba con el puntero en las manos, lo*

odiaba y deseaba matarlo, no podía defenderme, tenía miedo, me paralizaba; aparecía el preceptor que me curaba los curaba". Asoció con el colegio inglés donde estudió, "el director me castigaba cuando me copiaba". Asoció los golpes brutales de su padre cuando llegaba ebrio a la casa, lo obligaba a masturbarlo "yo lo hacía quedándome duro del miedo".

Se interpretó la angustia como fracaso en el trabajo del sueño, conmigo, había sentido lo mismo, vivía el contrato, el encuadre, ausencias del fin de semana, vacaciones, y ciertas interpretaciones, como abandono

y "como golpes en sus manos"; pero otras, que lo contenían, lo comprendían, ocupándome de él con cariño "curándole las manos". En el trabajo del sueño se ve un contenido manifiesto y otro latente, cuando se acercan, fracasaría el trabajo onírico entonces aparece la angustia y Desmond se despierta.

Aparecieron recuerdos infantiles, que fueron interpretados como indicadores de cierta mejoría. **Recordaba a la madre, lo había abandonado cuando tenía tres años y no la había visto desde entonces** (severo trauma de apego).

Referencias bibliográficas

1. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, Neff, C. Detecting personality disorders in a non clinical population: application of a 2-stage procedure for case identification. Arch Gen Psychiatry. 1997; 54: 345-51.
2. Lenzenweger MF. Epidemiology of personality disorders. Psychiatr Clin of North Am. 2008; 31: 395-03.
3. Lenzenweger MF. Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiological, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. JAPA. 2010; 58: 741-78.
4. Ellison W, Rosenstein L, Morgan T, Zimmerman M. Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. Psychiatr Clin of North Am. 2018; 41:561-73.
5. Beauchaine T, Klein D, Crowell S, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: a biology x sex x environment interaction model of antisocial and borderline traits. Dev Psychopathol. 2009; 21(3): 735-70.
6. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. The Lancet. 2015; 385 (9969): 717-26.
7. Choi-Kain L, Gunderson J. Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder. A practical guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2019.
8. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson; 1975

9. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin, JF. Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2007.
10. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
11. Fonagy P. Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal.* 1991; 72, 639-656.
12. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2007.
13. Bateman AW, Fonagy, P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
14. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Press; 2008.
15. Baron-Cohen S, Leslie A, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition.* 1985; 21(1): 37-6.
17. Allen JG, Fonagy P. The handbook of mentalization-based treatment. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
18. Dennet DC. The intentional stance. Cambridge, Ma: The MIT Press; 1996.
19. Freud S. Proyecto de una psicología para neurólogos. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996.
20. Freud S. Los dos principios del funcionamiento mental. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996.
22. Freud S. Recuerdo, repetición y elaboración. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996.
23. Bion WR. Second thoughts. London: Karnac Books; 1993.
24. Bion WR. Learning from the experience. London: Karnac Books; 1984.
25. López-Corvo R. The dictionary of the work of W. R. Bion. London: Karnac Books; 2003.
26. Winnicott DW. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós; 1993.
27. Lecours S, Bouchard MC. Dimensions of mentalization: outlining levels of psychic transformations. *Int J Psychoanal.* 1997; 78: 855-75.
28. Marty P. La psicopatología del adulto. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
29. Bouchard MC, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. En Busch N. ed. *Mentalization: theoretical considerations, research findings and clinical implications research*, New York: The Analytic Press; 2008, p. 103-10.
30. Dennett D. Consciousness explained. New York: Penguin; 1991.
31. Premack D, Woodruff D. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences.* 1978; 4:515-26.
31. Gallese V. The "shared manifold" hypothesis: from mirror neurons to empathy. *J Conscious Stud.* 2001; 8: 33-50.
32. Gallese V. Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenom Cogn Sci.* 2005; 4: 23-48.
33. Preston, SD, De Waal, F. B. (2002). Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences.* 2002; 25(1): 1-20.
34. Gergely G. The social construction of the subjective self: the role of affect mirroring, markedness and ostensive communication in self-development, En: Mayes LC, Fonagy P, Target M. editores. *Developmental science and psychoanalysis*, Londres: Karnac; 2007. p. 45-83.
35. Fonagy P, Gergely G, Target M. The parent infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007; 48(3-4):288-28.
36. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic).* 2014; 51(3):372-80.
37. Csibra G, Gergely G. The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental

hypothesis. *Dev Sci.* 1998; 1(2):255-59.

37. Bateman A. Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. España: Desclée De Brouwer; 2016.

38. Hobson P. The cradle of thought. London: Pan Books; 2002.

39. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press; 2018.

40. Target, M. The interface between attachment and intersubjectivity: another contribution from Karlen Lyons-Ruth. *Psychoanal Inq.* 2007; 26(4): 617-621.

41. Bowlby, J. Attachment and loss. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.

42. Bowlby, J. The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences.* 1979; 2(4): 637-638.

43. Bowlby, J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52(4): 664.

44. Bowlby J. El apego. Barcelona: Paidós Ibérica; 1998.

45. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychopatol.* 1982; 28(5): 759.

46. Fonagy P. Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press; 2001.

46. Sroufe LA, Egeland B, Carlson E, Collins WA. Placing early attachment experiences in developmental context. En: Grossmann KE, Grossmann K, Waterett E editores. Attachment from infancy to adulthood the major longitudinal studies. New York: the Guilford Press; 2005. p.48-70.

47. Lyons-Ruth, K. The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanal Inq.* 2007; 26(4): 595-616.

48. Lorenzini N, Fonagy P. Attachment and personality disorders: A short review. *Focus.* 2013; 11(2): 155-6.

49. Cohen DE. Endofenotipos en el trastorno límite de la personalidad. Enfoque en la neurobiología del apego. *Psicofarmacología.* 2010; 64:9-16.

50. Cohen DE. Una visión actual de la neurobiología del trastorno límite de la personalidad centrada en la mentalización y el procesamiento emocional. *Psicofarmacología.* 2016; 9: 9-23.

51. Tomasello M. The cultural origins of human cognition. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.

52. Diaz RM, Berk LE, Diaz R. Private speech: from social interaction to self-regulation. New York: Psychology Press; 2014.

53. Wertsch J. From social interaction to higher psychological processes: a clarification and application of Vygotsky's theory. *Hum Dev.* 1979; 22(1):1-22.

54. Siegal M, Varley R. Neural systems involved in 'theory of mind'. *Nat Rev Neurosci.* 2002; 3: 463-71.

55. Fonagy P, Target M, Steele H, Steel M. Reflective-functioning manual: version 5 for application to adult attachment interviews. Unpublished manual. London: University College; 1998.

56. Ha C, Sharp C, Ensink K, Fonagy P, Cirino P. The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *J Adolesc.* 2013; 36 (6): 1215 – 23.

57. Morandotti N, Brondino N, Merelli A, Boldrini A, De Vidovich G, Ricciardo S et al. The italian version of the reflective functioning questionnaire: validity data for adults and its association with severity of borderline personality disorder. *PLOS ONE.* 2018; 13(11):e0206433.

58. Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M. The french version of the reflective functioning questionnaire: validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PLOS ONE.* 2015; 10(12):e0145892.

59. George CC, Kaplan N, Main M. The adult attachment interview. Unpublished manuscript. Berkely: University of California; 1996.

60. Gabbard GO. Mind, brain, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 (4): 648-5.
61. Tulving E. Organization of memory: Quo vadis?. En: Gazzaniga M, editor. *The cognitive neurosciences*. Cambridge, MA: The MIT Press; 1995. p. 839-853.
62. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010; 196:389-95.
63. Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, Kernberg O. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6):922-28.
64. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T. et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63:649-58.
65. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 631-638.
66. McLaren V, Sharp, C. What is mentalizing? En: Williams LL, Owen M, editores. *Mentalizing theory and treatment*. Switzerland: Springer Nature Switzerland; 2020. p. 1-17.
67. Blatt S. *Polarities of experience*. Washington DC: American Psychological Association; 2008.
- 68) Zieher LM, Cohen DE. *Teoría de la Mente: un paradigma para unir la brecha entre la neurona y la mente*. Neurociencia de la neurona a la mente Buenos Aires: Editorial Sciens; 2017.
69. Chow C, Nolte T, Cohen D, Fearon R, Shmueli-Goetz Y. Reflective functioning and adolescent psychological adaptation: The validity of the Reflective Functioning Scale–Adolescent Version. *Psychoanal Psychol*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1037/pap000014> HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1037/pap0000148>"8.
70. Costa-Cordella S, Luyten P, Cohen D, Mena F, Fonagy P. Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. *Dev adolescent psychological adaptation Psychopathol*. 2020; 1-10. doi:10.1017/S0954579419001706.

De los estados de prementalización a la mentalización madura

Diego Cohen

Resumen

En el presente capítulo se describen y detallan las modalidades de prementalización, las cuales son normales en niño de hasta 4 años de edad. Se desarrollan las formas automática vs. controlada, la primera opera en forma refleja y resulta frecuente en el TLP, la controlada es consciente y depende de circuitos corticales. El estrés y el consecuente efecto del apego pueden modificar de la modalidad controlada hacia la automática, situación frecuente en el TLP con niveles altos de impulsividad. Se describe la mentalización externa, basada en apreciaciones poco profundas o superficiales de la mentalización interna. Los pacientes límite suelen ser sensibles a la modalidad externa. Se han realizado estudios de la sensibilidad de estos pacientes a las expresiones faciales neutras observándose mayor reactividad. También se encontró que los pacientes con TLP puede haber una hipersensibilidad a las señales sociales, especialmente las expresiones faciales, que resultan en respuestas emocionales incluso ante estímulos neutros. Las otras formas son la modalidad cognitiva y afectiva, pudiendo esta última exagerarse en el TLP.

En condiciones patológicas se presentan desbalance y falta de integración entre ambas dimensiones. El procesamiento cerebral afectivo y cognitivo implica un procesamiento mediante sistemas separados pero con cierta superposición como ocurre en otras formas de mentalización.

Se describen dos subsistemas dentro del sistema de mentalización sí mismo-otros: un sistema corporal, visceral y automático; basado en el modelo del sistema neuronas en espejo (MNS) ubicadas en la región de la ínsula, frontoparietal, amígdala y el giro frontal inferior y un sistema abstracto que facilita simbolizar acerca del estado interno del sí mismo. Este último es denominado por los investigadores sistema de atribución mental (MSA) Comprende el procesamiento mediante estructuras de la línea media cerebral, más precisamente la corteza prefrontal medial (mPFC), la corteza cingular anterior (CCA) y el precúneo, polos temporales, y la unión ténporo parietal, sería el sistema de mentalización propiamente dicho y con mayor grado de madurez.

Introducción

En el capítulo anterior, presenté varias definiciones de mentalización, el origen

histórico del concepto desde una perspectiva psicodinámica sumada al apego debido a la contribución crucial de esta conducta instintiva que favorecen el desarrollo de

diferentes capacidades de mentalización. Relacioné el nivel de estrés con estrategias de hiperactivación o hipoactivación de los vínculos que tienen como base el apego y describí una forma de evaluar la capacidad de mentalización y la operacionalización para realizar investigación mediante la escala RF, en el capítulo ofrecí varios ejemplos de fallas en la mentalización.

En este capítulo me voy a referir a las distintas dimensiones de la mentalización que permiten al clínico tener una idea general acerca del predominio de orientación de la mentalización en pacientes límite. Estos procesos son tres modalidades básicas de mentalización normales hasta aproximadamente los 4 años. Los pacientes límite permanecen sufren regresiones dependientes del contexto o las relaciones hacia esas formas de mentalización, de acuerdo con las investigaciones comparadas respecto del grupo control y la experiencia clínica (1-3).

Dimensiones de la mentalización

Mentalización automática (implícita) y controlada (explícita): la modalidad automática es de procesamiento rápido de la información socio-afectiva por circuitos cerebrales en paralelo, no consciente, mediada por reflejos, requiere menos esfuerzo, puede estar sujeta a “errores” en especial frente a situaciones de estrés o en interacciones interpersonales complejas frecuentes en el TLP. En la interacción diaria, normalmente predomina la forma automática ya que no estamos en forma constante reflexionando acerca de nuestras acciones y las de aquellos con quienes interactuamos ya que supondría un gran gasto de energía del sistema cerebro-mente.

De alguna manera representa un ahorro de “energía” mental ya que el cerebro tien-

de a operar por defecto (4). Esta modalidad, facilita la relación de apego y el origen de un sentimiento de bienestar (5), ya que relaja el sistema de mentalización y evita la hipermentalización (mentalización innecesaria y poco precisa).

Debané et al., (6) consideran que, usada en forma flexible, esta forma de mentalización resulta particularmente útil para facilitar el apego seguro, ya que favorece la confianza en la relación, denominan “flexibilidad adaptativa” a la posibilidad de cambio entre las diferentes modalidades. Sin embargo, si el funcionamiento mental del paciente predomina en modo automático, pueden surgir dificultades en la mentalización, **ya que se puede representar al sí mismo y el otro de manera muy simple, superficial y distorsionada** (en síntesis, poco reflexiva y frecuente en pacientes límite).

La mentalización controlada, es consciente, verbal y reflexiva, requiere atención y consciencia activa, comprende la capacidad de realizar atribuciones relativamente precisas acerca de emociones, pensamientos e intenciones de la propia persona y de los otros. Se apoya en procesos verbales y mecanismos denominados “**control de esfuerzo**” que significan la capacidad de diferir la descarga y disminuir la conducta impulsiva (7, 8). Resulta importante añadir que las situaciones de estrés facilitan la mentalización automática, ya que se inhiben los circuitos neuronales que procesan la mentalización controlada (9). En el TLP, por ejemplo, en dichas situaciones de activación la modalidad automática facilita las impresiones esquemáticas y estereotipadas acerca de los otros.

Desde el punto de vista clínico, resulta importante entender que en el curso de una psicoterapia en pacientes TLP, cuando el procesamiento predomina en modalidad au-

tomática y el nivel de activación es elevado, la capacidad para mentalizar se ve alterada y el abordaje verbal de la terapia no tendrá resonancia y efecto en el paciente ya que su capacidad para pensar (aunque sea temporalmente) disminuye, en estos casos resulta importante como mencionan Allen et al., “presionar el botón de pausa y rebobinar” (10). Por otra parte, las intervenciones terapéuticas que incluyan clarificaciones y confrontaciones, se basan en cierta capacidad preservada de mentalización controlada.

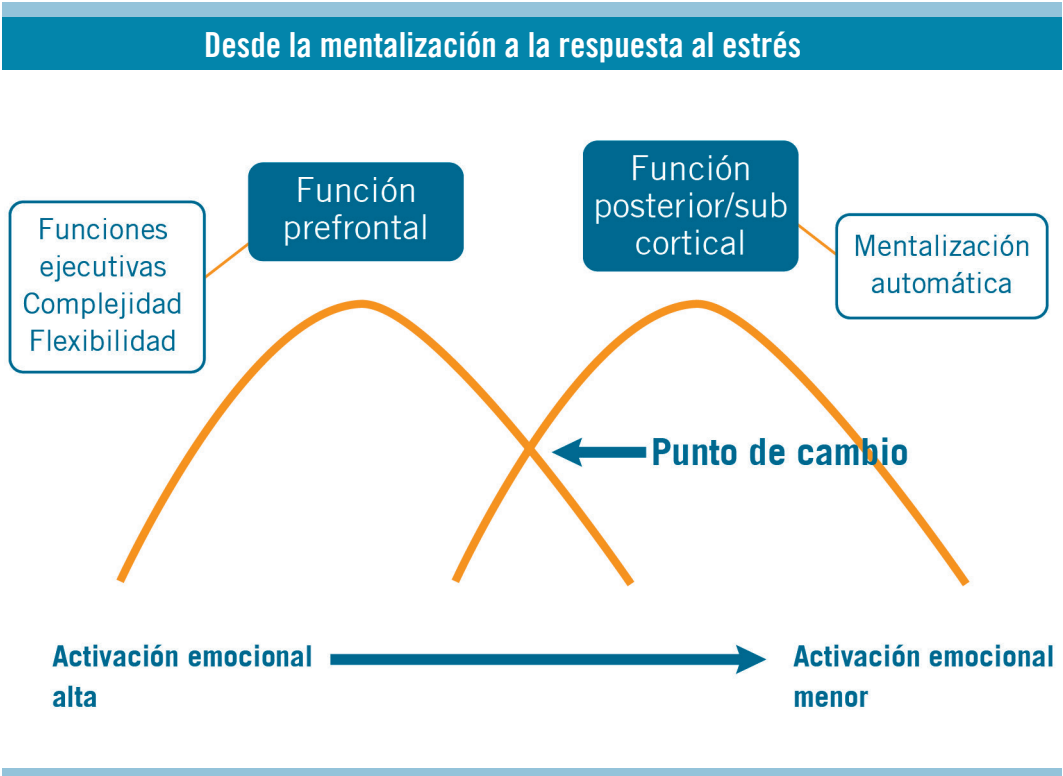
En síntesis, niveles altos de estrés y activación conducen al paciente de una modalidad controlada hacia la modalidad automática, esto puede ocurrir con frecuencia en el TLP ya sea que se encuentren en una descompensación o cuando las intervencio-

nes del terapeuta en el tratamiento inicial desencadenan estados mentales intolerables, de allí se concluye en la importancia de la evaluación de la capacidad de mentalización en cada paciente (Gráfico 1).

Modalidad basada en la mentalización interna-externa, de sí mismo y los otros: marco teórico-clínico

La mentalización focalizada en el interior refiere a procesos mentales centrados en uno mismo, mientras que la mentalización externa se focaliza en procesos y estados mentales que se apoyan en los aspectos físicos y visibles, de los otros. Resulta importante para una evaluación la manera en que ciertos pacientes limítrofes son exquisitamente

Gráfico 1. Respuesta de los sistemas corticales al estrés (Ref. 9)



sensibles a la expresión facial y postura corporal en las relaciones interpersonales. Una revisión de Domes et al. (11), encontró que el grupo TLP resultó más sensible a las expresiones mentales de agresión en contextos socio-afectivos ambiguos, estos investigadores consideran que en el TLP puede haber una hipersensibilidad a las señales sociales, especialmente las expresiones faciales, que resultan en respuestas emocionales incluso ante estímulos neutros.

Estas investigaciones, pueden relacionarse con lo expuesto en el capítulo 1, acerca de las dificultades en el apego y los procesos de espejamiento que permiten que el niño se imagine en la mente de la madre, mecanismo central para formar el sí mismo subjetivo, frente a expresiones faciales neutras, ansiosas o negativas, le resultará difícil al infante poder reconocerse en la mente de la madre.

Los pacientes con TLP mostraron déficits sutiles en el etiquetado de las emociones expresadas. Este fue específicamente el caso de los rostros que denotaban sorpresa, esta última y el miedo fueron las dos emociones más difíciles de diferenciar. Los resultados en parte reflejan una característica de los TLP: esperan ser rechazados rápidamente sin justificación (es decir en forma automática) en situaciones sociales (12). La importancia del proceso de marcado de las emociones para el desarrollo de la mentalización fue mencionada en el capítulo 1.

Donegan et al., y otros investigadores (13-16) confirman en parte estos estudios, agregando el nivel neurofisiológico y neuroanatómico. Hallaron en pacientes TLP vs. grupo control, que frente a expresiones faciales neutras los pacientes límite mostraron mayor actividad en la amígdala izquierda. El problema con la investigación de Donegan es el posible sesgo, ya que la mayoría de

los pacientes TLP presentaban comorbilidad con desordenes del eje I, por ejemplo, **trastorno por estrés postraumático**.

Desde el punto de vista neuroanatómico, las áreas involucradas, resultan distintas, mientras que la mentalización externa relacionada con la propia persona y los otros involucra el funcionamiento de una red frontal, temporal y parietal lateral, que procesa de manera menos controlada y reflexiva, la modalidad de mentalización interna activa una red frontoparietal medial que resulta en una modalidad más controlada y basada en la reflexión (17).

Clínicamente estas interacciones resultan importantes para la psicoterapia basada en la mentalización, ya que importa la capacidad pedagógica del terapeuta y el logro de un estado de aprendizaje en el paciente, de otra manera, sería difícil establecer una relación efectiva, basada en la identificación por parte del paciente de la actitud reflexiva del terapeuta y la alianza terapéutica. Para recordar lo expuesto en el capítulo 1, el desarrollo de las capacidades de mentalización interna-externa depende de dos procesos interrelacionados que ocurren en primer lugar entre la díada madre-niño, uno de ellos se denomina marcado o etiquetado de la emoción: la madre, le muestra al niño los estados emocionales (que ella reconoce o intuye) presentes en él, de allí el término de etiquetado, este proceso es dinámico y ocurre en forma permanente. Típicamente el etiquetado incluye una expresión exagerada, lenta o parcial de las emociones con un claro **componente de expresión facial por parte del cuidador** (17).

El segundo proceso, denominado contingencia, significa que el cuidador le está reflejando al niño su estado emocional en ese momento y por lo tanto sus necesidades, ej. la madre capta externamente la apariencia

de miedo en las expresiones del infante, le “devuelve” en forma metabolizada y explícita dicho sentimiento y no una expresión de alegría que podría confundirlo y no permitiría un adecuado espejamiento. Es importante repetir que estos procesos en su vertiente normal, son dinámicos y determinan un *feed-back* ya que la madre se “informa” del estado emocional del infante y le “devuelve” experiencias modificadas de dichos estados favoreciendo la regulación emocional, un hecho crucial para favorecer la mente reflexiva. El modelo de *feed-back* interactivo, si bien nunca es exacto y perfecto permite al niño una aproximación a sus estados mentales y el de los otros, si la madre no puede responder en forma contingente se generan representaciones fragmentadas, distorsionadas y confusas y son experimentadas en forma “no simbolizada y difíciles de regular” (1-3). El objetivo final (siempre en construcción) es que el niño “sienta” que tiene estados mentales inextricablemente relacionados con los otros e inferir la diferenciación de los estados mentales propios de los del objeto (materno).

Los procesos mencionados facilitan la ya mencionada capacidad de espejamiento (resonar reflejar y expresar el estado mental que muestra el niño), el niño debe lograr verse en la mente de la madre y está en la del niño, el espejamiento parece ser un proceso de carácter universal fundado biológicamente, una respuesta instintiva presente en todos los adultos (2).

Las intervenciones del terapeuta en el tratamiento del TLP carentes de empatía, no contingentes, en síntesis, con poco grado de espejamiento, desestabilizaría la representación del sí mismo y contribuirían poco a la regulación afectiva e impulsividad, una dificultad central en los TLP (ver más adelante).

En síntesis, los TLP pueden presentar fallas temporarias en la integración de la mentalización externa-interna, la posibilidad de tomar consciencia de los estados mentales internos, depende de aquella propiedad que Fonagy et al. (18) denomina actitud comunicativa pedagógica de los padres, que permite al niño un estado de identificación con ellos, al observar y eventualmente internalizar la capacidad del cuidador de representar y reflexionar acerca de estados mentales internos, la actitud pedagógica parental, se correlaciona con la capacidad del niño de establecerse en una modalidad de aprendizaje particularmente basada en estados intencionales (ver capítulos 1 y 9) del sí mismo y los otros basada en estímulos externos apropiados.

Mentalización sí mismo-otros

Entender los estados mentales de los otros implica asumir que los individuos tienen deseos, creencias y pensamientos distintos a los propios, las primeras formulaciones acerca de la mentalización han tenido en cuenta estas propiedades de la mente y pueden evaluarse mediante la escala de función reflexiva mencionada en el capítulo 1. Tanto la práctica clínica como los estudios de neuroimágenes sugieren que existen dos formas de conocerse a uno mismo y a los otros (17):

a) un sistema corporal, visceral y automático; basado en el modelo del sistema neuronas en espejo (MNS) ubicadas en la región de la ínsula, frontoparietal, amígdala y el giro frontal inferior

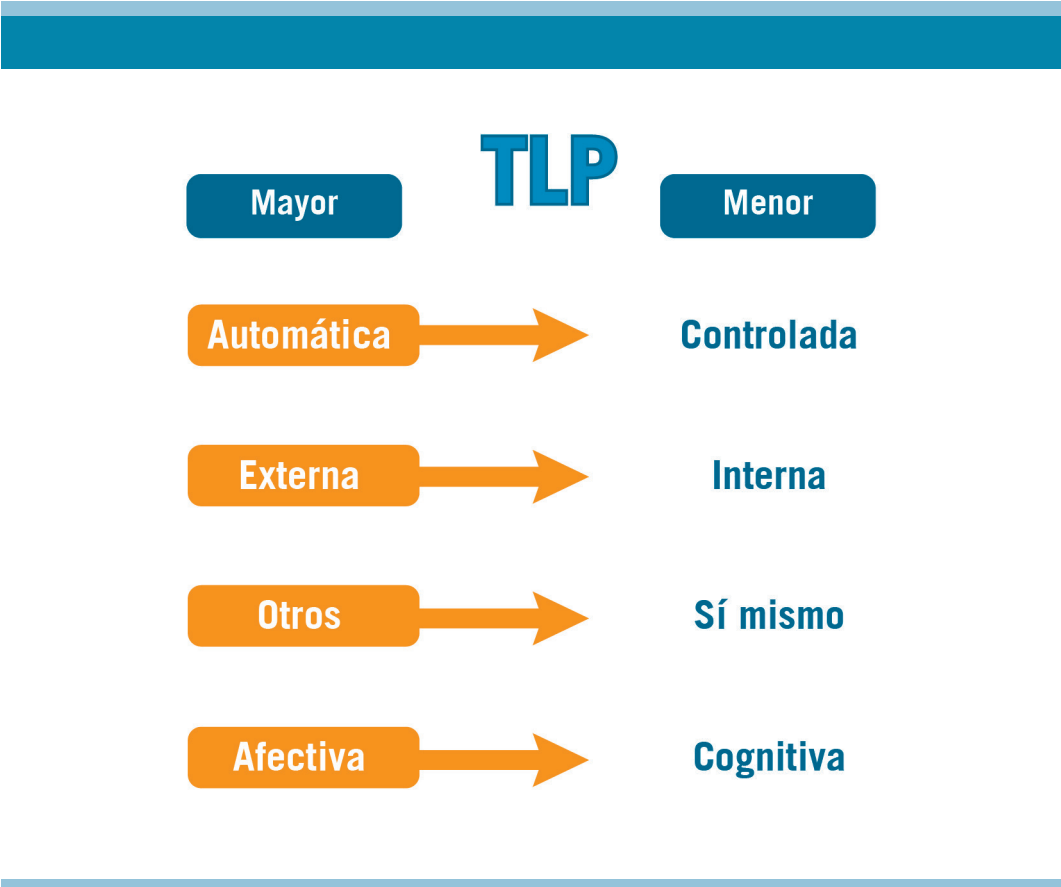
b) un sistema abstracto que facilita simbolizar acerca del estado interno del sí mismo, las sensaciones corporales son traducidas en procesos de reconocimiento consciente y en un conocimiento lingüístico del sí mismo (19-21).

El sistema a) es denominado sistema de representación compartida (SRS por sus siglas en inglés), como mencioné más arriba, procesa en forma automática sensaciones corporales/viscerales, mediado por la actividad de la ínsula y el MNS, sin procesamiento cognitivo cortical. De la conectividad de estas áreas emergen conductas empáticas al compartir con los otros sus estados mentales y la comprensión basada en expresiones faciales y reconocimiento corporal. Es filogenéticamente antiguo, se encontraría presente en roedores, se desarrolla mediante conductas basadas en la mímica, explica

el contagio emocional y el reconocimiento rudimentario de las intenciones y el estado emocional. En síntesis, procesa en forma mayormente automática, inconsciente, se basa en la imitación y en formas rudimentarias de empatía, contribuye a la formación de vínculos de apego que inicialmente tienen estas características (6, 17).

El sistema b) es denominado por los investigadores sistema de atribución mental (MSA) Comprende el procesamiento mediante estructuras de la línea media cerebral, más precisamente la corteza prefrontal medial (mPFC), la corteza cingular anterior

Gráfico 2. Dimensiones de la mentalización en TLP



(CCA) y el precúneo, polos temporales, y la unión temporoparietal (TPJ, por sus siglas en inglés), corteza prefrontal ventral medial (vmPFC) y corteza prefrontal dorsal medial (dmPFC). Este sistema logra mayor desarrollo durante la adolescencia y se “construye” mediante las relaciones socio-afectivas. Al tratarse de dos sistemas neurobiológicos superpuestos, en las primeras etapas del desarrollo resulta difícil para el niño, adquirir un sentimiento de sí mismo separado de los otros (22).

La tendencia a proyectar y generalizar la visión de sí mismo hacia los otros (y por lo tanto borrar ciertos límites entre la separación de la propia mente respecto de la mente ajena) tiene su origen en el desarrollo. Los niños asumen que sus propios conocimientos en forma casi idéntica están presentes en los otros (omnipotencia de las propias ideas, sentimientos y egocentrismo infantil).

En el TLP debido al síndrome de difusión de identidad (23) pueden presentarse fuertes desacoples entre las dimensiones sí mismo-otros, el TLP presenta por lo general una visión fragmentada, superficial y contradictoria del sí mismo en paralelo con representaciones de cualidad similar en los otros significativos. La entrevista estructural, un método creado por Kernberg (23), resulta útil para evaluar la severidad de la fragmentación de las representaciones del sí mismo y de los otros (Gráfico 2).

Veamos un ejemplo clínico donde pueden observarse fallas severas en la empatía, muy baja capacidad reflexiva, fragmentación de la representación del sí mismo y una serie de representaciones altamente agresivas hacia los otros.

V. 35 años, soltero. Vive con una tía. Es docente de lengua extranjera en una escuela secundaria. Serología HIV positiva debido a promiscuidad homosexual con irregular

cumplimiento del tratamiento (luego revelado en el transcurso de las pocas sesiones a las cuales concurre).

Motivo de consulta: internación reciente por intento suicida con raticida, presentó hemorragias digestivas internas severas, por lo cual debió permanecer 3-4 semanas en terapia intensiva. Refiere intentos previos, desde los 15 años y pensamiento suicida constante. A diferencia de los anteriores el último intento fue planeado. Refiere desde su adolescencia: “ataques de depresión, que duraban 2-3 días, me tiraba a la cama y no tenía ganas de hacer nada”. Eligió raticida por ser “rápido, limpio e indoloro”. Al momento de la presente consulta se encontraba medicado con: fluoxetina 20 mg/d., le indicaron luego la asociación con risperidona 2 mg/d.

Presenta pensamientos negativos, baja autoestima, sentimientos difusos y generales de fracaso. Refiere que sus padres querían abortarlo. Logros positivos en rendimiento intelectual. Interés en literatura, arte, música y actividad deportiva que luego de un tiempo no prosigue: “me aburro al poco tiempo y no quiero continuar, siempre me sucede lo mismo”.

Conductas agresivas episódicas expresadas en gritos y reacciones explosivas. Peleas con los familiares, su forma de agredirlos posteriormente es no hablarles.

Durante las entrevistas de evaluación, relata que diariamente observa videos acerca de torturas, asesinatos y maltrato a niños por Internet.

No tuvo muchas parejas, lo máximo que duró una relación fue 3 meses. Refiere haber sido heterosexual hasta los 20 años. Hasta esa edad tuvo dos parejas mujeres que “quise mucho”.

El clínico que lo recibe para la evaluación comienza una entrevista con finalidad diag-

nóstica y determinación preliminar de la capacidad de mentalización.

T: ¿Qué lo trae ahora a consultar, que le está pasando en este momento y que espera de un tratamiento para usted?

P: Emm no sé, medio raro porque emm, esa sensación de... igual la semana no fue mala, fue una semana bastante tranquila, nada más que lo que estoy sintiendo es esa sensación de..., ese estado de ánimo que es previo a la depresión. (Una descripción muy simple y concreta de acuerdo con sus antecedentes que parece indicar escasa capacidad reflexiva)... Usted es el séptimo psiquiatra que consulto en estos últimos dos meses.

T: ¿Séptimo psiquiatra?

P: Sí, porque... capaz no sé si tendría que haberlo dicho o no, pero comienzo totalmente con alguien y me ponen una excusa para no seguir el tratamiento (Escasa capacidad reflexiva ya que no parece hacerse cargo de sus dificultades, parece dar a entender que los psiquiatras que intentaron tratarlo no lo comprenden).

Cuando el evaluador le pregunta acerca del serio intento de suicidio, V. responde: sí, pero esa decisión ya la había venido pensando mucho antes, la había venido planeando, y además no lo hice en la fecha que había decidido hacerlo sino que pasaron un par de meses porque quería sentir, yo quería sentir esa sensación que no sé describir, pasa que yo creo que eso lo había planeado para fines de marzo, pero en ese momento no me sentía muy mal, me sentía relativamente bien, entonces lo que yo esperaba era esa sensación de depresión profunda que siento que

es la que me anima a hacer algo que no está bien. Entonces cuando siento esa sensación es cuando ahí ya me animo porque es como que no veo absolutamente nada... ¿cómo describirlo? No veo un buen panorama en el futuro, entonces eso me permite hacer algo trágico así por decirlo, no sé cómo explicarlo (Podría considerarse que en ese momento predominaba una modalidad de funcionamiento de equivalencia psíquica, su mundo interno vacío y deprimido era similar al “panorama futuro”).

Luego V. refirió que tenía una “especie de psicosis”, cuando se le solicita aclarar esta afirmación, refiere: “porque a veces tengo la sensación o como el deseo de matar a alguien, de agarrar una persona y como desmembrarla, y quitarle las partes del cuerpo mientras están vivos. Pero al mismo tiempo los animales me provocan mucha compasión, los animales, los animales me dan como la sensación de mucha pena si veo que los golpea o les pasa algo, a las personas no” (Revela un déficit severo de la capacidad empática).

Luego continua un relato acerca de falta severa de empatía y aspectos sádicos graves de su personalidad: “me impactan mucho por ejemplo los experimentos de la segunda guerra mundial me impactan mucho, que hacían los nazis, y constantemente los leo, y me llama la atención las cosas que hacían, cómo les arrancaban los ojos a las personas estando vivas, esas cosas me surgen una sensación extraña por dentro, y no es desagradable exactamente. Entonces capaz que eso se lo tenía que contar”.

Se refirió luego a ciertos pensamientos e imágenes recurrentes que venían a su mente: “torturar, son muchas formas, no sólo desmembrar [breve pausa] y esas cosas están constantemente en mi mente... sí, muchas eh, no sólo de quitar las partes

del cuerpo, también quitarle la piel a la persona completamente del cuerpo y que siga viva, así, por ejemplo, muchas, pero muchas otras formas, esos son apenas le conté algo. O sacarle los ojos, pero siempre que la persona esté viva” (Solamente como hipótesis se puede pensar en una transformación en lo contrario de posibles traumas severos durante el apego, podemos considerar que, si bien las agresiones no fueron físicas, V. habría sufrido maltrato emocional severo, recordemos que la forma de castigar a sus padres era no hablarles).

Cuando hace referencia al severo intento de suicidio relata: “no quise agredirme, claro que ustedes lo deben ver de esa manera, no es que yo quise hacer una agresión contra mí, lo que yo quise es terminar con mi vida, no es agredirme. Si yo quisiera agredirme a mí, me estaría haciendo cosas en el cuerpo que me hagan sentir dolor, pero eso yo no lo hago, no. De manera que esto no fue una agresión, al contrario, para no sentir tanta carga en mi mente, para no sentir esa agresión constante en mi mente, yo lo que quería era parar ese sufrimiento, esa agresión, esos pensamientos. Entonces no lo tomo como que fue una agresión contra mí, al contrario, fue como una ayuda, buscar un alivio” (El paciente hace referencia a estados mentales intolerables, terroríficos, la única forma de aliviarlos es el suicidio, el mundo externo no tiene sentido al igual que su mundo interno, lo que puede demostrar funcionamiento en equivalencia psíquica y teleológico ya que la única forma de sentir algo es mediante el dolor).

Dimensión afectiva-cognitiva

Nuevamente estas polaridades implican estados que solo en situaciones muy ideales se encuentran integradas, situación que

indicaría una excelente capacidad de mentalización. En condiciones patológicas se presentan desbalances, disociaciones y falta de integración entre ambas dimensiones, como las que ocurren con las descritas en la viñeta precedente. El procesamiento cerebral afectivo y cognitivo implica un procesamiento mediante sistemas separados pero con cierta superposición (como ocurre en otras formas de mentalización). La mentalización cognitiva abarca regiones de la PFC, mientras que la afectiva tiene un procesamiento dependiente de la vmPFC que resulta importante para el marcado de las emociones que pueden ser integradas mediante procesos cognitivos (6, 17). Las estructuras cerebrales de la línea media que procesan información lingüística y simbolizada, se diferencian de una estructura cerebral lateralizada que procesa representaciones personificadas (24).

El sistema afectivo puede ser reconocido como un procesador de empatía emocional, que puede derivar en cierto contagio emocional y procesos cognitivos dentro del marco de la ToM (ver capítulo 10). Recordemos que la empatía implica una resonancia con el estado afectivo del otro y el reconocimiento eventual que alguna acción nuestra pudo haber herido sentimientos de otro individuo. Los pacientes con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (ASPD por sus siglas en inglés) y aquellos con trastornos narcisistas de la personalidad tienen fallas evidentes en este proceso, muestran una marcada dificultad en el sistema de empatía (25). En forma inversa los TLP, muestran un desbalance hacia las **emociones negativas** y les resulta difícil integrarlas en procesos más reflexivos (1-3, 26).

En otros casos el desbalance es hacia un predominio de mentalización cognitiva con marcada ausencia de componentes afecti-

vos (la alexitimia sería un ejemplo), estos pacientes pueden presentar hipermentalización y una narrativa elaborada que al comienzo impresiona como una buena capacidad reflexiva, pero al poco tiempo el clínico experimentado puede notar una narrativa carente de componentes afectivos (por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo y pacientes esquizoides), estos pacientes funcionan en un modo como si (*pretend*) que luego explicaré.

Reemergencia de formas primitivas de mentalización en pacientes limítrofes

En el capítulo 1, describí los principales procesos del desarrollo que ocurren desde la infancia y que tienen por finalidad conformar estados estables y coherentes del sí mismo y de la relación con los otros, si bien estos procesos son imperfectos, sostenidos en forma estable en el marco de una forma de apego segura, sientan los cimientos para una capacidad de mentalización robusta que permite regular los estados emocionales y relacionarse adecuadamente con los otros significativos. Mencioné también una de las formas clínicas y empíricas de evaluar la mentalización mediante el constructo de función reflexiva, consideré formas y ejemplos de la variabilidad de la capacidad para mentalizar. Luego en el presente capítulo, describí las dimensiones y polaridades de la mentalización con una breve referencia a los mecanismos neurobiológicos que la sustentan.

A continuación describo una serie de modalidades de funcionamiento mental, normales hasta los 4 años aproximadamente (3) pero que pueden reemerger frente a situaciones de estrés o en forma temporaria y dependiente del contexto pueden caracterizar el funcionamiento mental de los TLP.

Modalidad de equivalencia psíquica

Desarrollo normal de la realidad psíquica. Breve noción teórica

Bateman y Fonagy (1-3, 27) proponen un modelo interactivo dual para el desarrollo de la realidad psíquica que se encuentra inextricablemente unido al proceso de apego y la capacidad de espejamiento por parte de la madre de los estados emocionales del niño, este proceso fue explicado brevemente en el capítulo 1, se basa en las investigaciones de Gergerly et al., denominado modelo de *biofeedback* (28). El infante gradualmente comienza a darse cuenta de que posee sentimientos y pensamientos que lentamente puede diferenciar respecto de los del cuidador primario. Las representaciones primarias se transforman gradualmente en representaciones secundarias mente/cuerpo por el continuo proceso de reflexión de los estados del sí mismo del niño proyectados en la madre, que esta procesa, metaboliza y “devuelve” al niño generando sistemas múltiples de identificaciones (metarepresentaciones) y contenidos mentales.

Fonagy (27) señala: “...más bien, nuestras representaciones de estas emociones se basan principalmente en estímulos recibidos del mundo externo. Los bebés aprenden a diferenciar los patrones internos de la fisiología visceral y estimulación externa que acompañan diferentes emociones a través de la observación de sus respuestas de reflejo facial o vocal de los cuidadores a estas señales sociales... la forma del reflejo del afecto parental permite al bebé desarrollar un sistema de representación simbólica de segundo orden para sus estados mentales. La internalización de la respuesta reflejada de la madre a la angustia del bebé (comportamiento de cuidado) contribuye a represen-

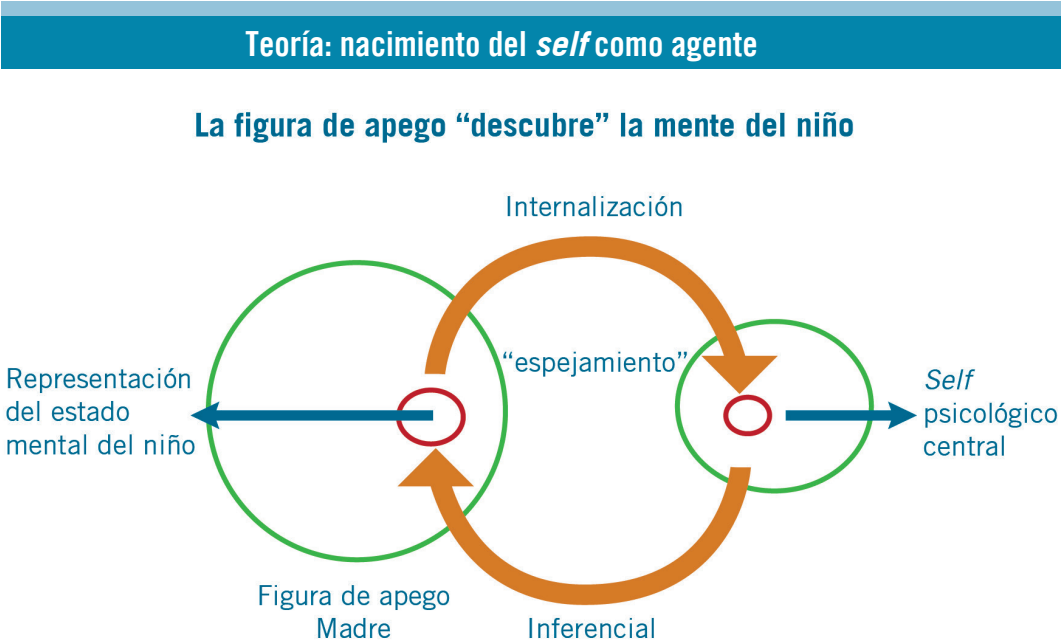
tar un estado interno” (traducción DC).

Las respuestas adecuadas de la madre o del cuidador implican comprender las tensiones corporales del infante y ofrecerle una versión manejable de aquello que siente. Debemos entender que estas respuestas de la madre no siempre son exactas y perfectas no obstante si son suficientemente marcadas y contingentes resultan crucial para un desarrollo mental sano (ver capítulo 1). En cambio, en una relación segura en la cual el cuidador se encuentra disponible y es sensible para decodificar necesidades y estados emocionales del niño facilita que este “encuentre” aquello que siente y pueda percibirse como importante en la mente del otro

facilitando los procesos de mentalización y construcción de la subjetividad (29).

El estado de ansiedad que puede experimentar un niño es un ejemplo de este proceso. Durante el espejamiento la madre refleja estados emocionales complejos del niño que pueden tener altos componentes de estrés, mediante el juego, la madre expresa una serie compleja de afectos que combinan miedo con una emoción conflictiva, por ejemplo ironía, a un nivel la madre comunica al niño que no hay nada “verdadero” que temer o preocuparse, pero más importante todavía de acuerdo a Fonagy et al. (26) la reacción de la madre es la misma que la del niño pero no idéntica a aquella que este experi-

Figura 1. Representación esquemática de la formación del sí mismo en el marco del apego



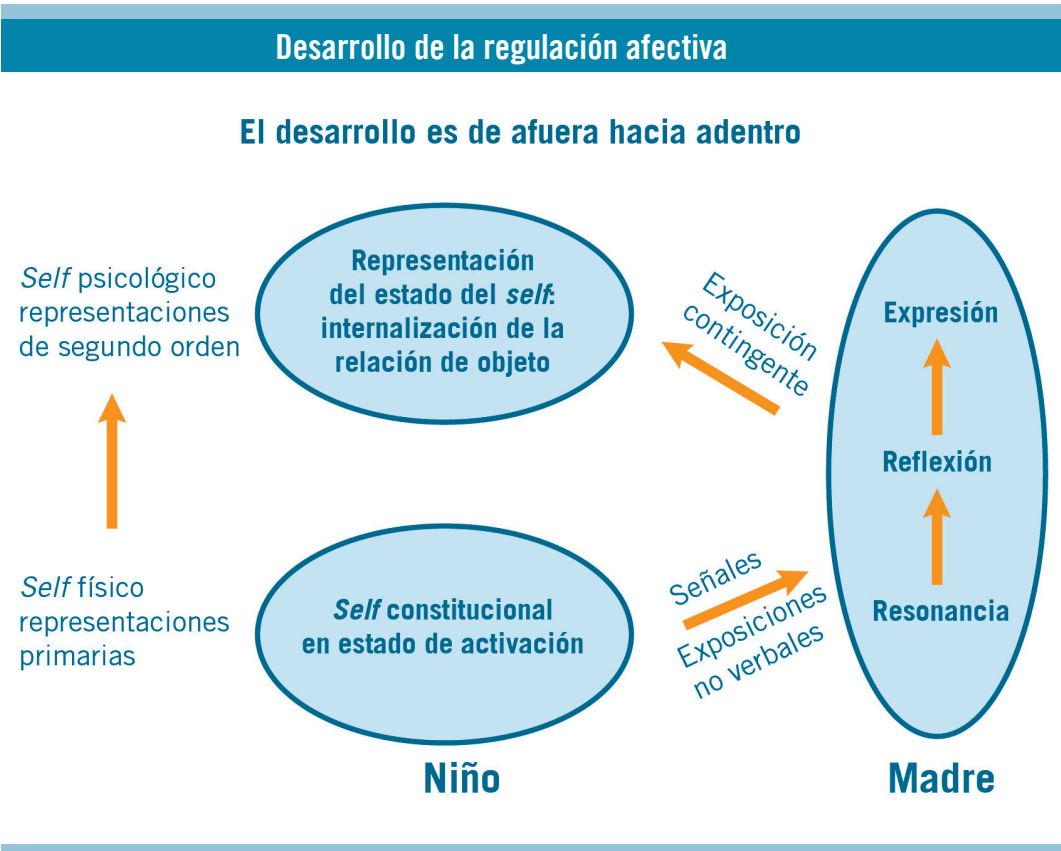
El niño internalizaría la representación que la madre tiene de él para formar un *self* psicológico. Las interacciones seguras y lúdicas con la madre conducen a la integración de la experiencia mental primitiva (realidad interna) ➡ mentalización.

menta, este complejo mecanismo permite la posibilidad de simbolizar y crear representaciones de segundo orden que diferencian la realidad interna de los estados emocionales respecto de la realidad imaginada y percibida. Estos procesos marcan el comienzo de la simbolización y construyen los bloques iniciales de la mente representacional (*building blocks*).

Si por diversas razones tanto ambientales como constitucionales favorecedoras de psicopatología en algún integrante de la díada, el infante no puede internalizar los estados emocionales reflejados por la madre, aquello que internaliza son los estados de la

madre antes que los propios, más genuinos, el estrés del niño no es evitado, incorrectamente codificado sin poder ser “metabolizado”. Esta interacción impide el desarrollo de la mentalización. Secundariamente el niño internaliza un sí mismo extraño que no le pertenece, Fonagy lo denomina *alien self*, en los TLP tarde o temprano este *self* extraño puede externalizarse bajo diferentes formas de conductas impulsivas/agresivas, experiencias psicóticas o permanecer internalizado favoreciendo el desarrollo de hipocondriasis, somatizaciones frecuentes o desordenes psicosomáticos (Figuras 1 y 2).

Figura 2. Esquema simplificado de la regulación emocional en el marco del apego



En resumen, el desarrollo del sí mismo coherente se edifica de afuera hacia adentro mediante procesos de sincronización, reconocimiento y decodificación de los estados psicofísicos del niño por parte de la madre, si esto ocurre en forma distorsionada el sí mismo del niño configura representaciones primarias no modificadas e indiferenciadas que favorecerán “áreas” escindidas no integradas, incontenibles que ulteriormente pueden ser externalizadas o internalizadas. El desarrollo posterior hacia la simbolización y el “juego con la realidad” se fragmenta y contribuye al funcionamiento de formas primitivas de mentalización que se describen a continuación (25).

Las tres formas de funcionamiento patológicas de la vida mental

Modo de equivalencia psíquica: significa un estado de isomorfismo entre el mundo interno y externo, realidad mental= realidad exterior, en esta modalidad la experiencia mental puede ser terrorífica, la posibilidad de considerar múltiples alternativas acerca de una situación se encuentra comprometida (ver el caso clínico Capítulo 1 cuando la paciente se siente maltratada por su terapeuta al final de la hora de terapia). El concepto negativo del *self* impresiona muy real (“realmente todos me demuestran que soy muy malo, entonces debe ser así”).

Al ser experimentado como real, el modo de equivalencia psíquica puede generar un estado de intenso temor, marcada dificultad para mentalizar, los sentimientos resultan muy intensos de tolerar y el pensamiento se presenta en forma concreta. Las experiencias psicóticas o cuasipsicóticas que pueden padecer los TLP, pueden basarse en esta forma de funcionamiento.

En los pacientes límite, la modalidad

equivalencia psíquica genera un estado de indiferenciación entre las representaciones del mundo interno y el externo. Esto conduce a un estado de confusión parcial entre fantasía y realidad al igual que entre el mundo psíquico y físico. Consecuentemente los límites mentales permanecen permeables en especial durante momentos de estrés en las relaciones interpersonales muy características del paciente límite (1-3).

El modo de equivalencia psíquica, conduce a los pacientes límite a una cascada emocional, genera fallas temporales en los procesos de mentalización, estados afectivos intolerables que pueden conducir a suicidio y/o acciones impulsivas severas (30). El funcionamiento mediante equivalencia psíquica puede también verse como una igualdad entre pasado-presente, contribuye a ecualizar el estado actual y pasado de los estados mentales con memorias de traumáticas.

Las causas para la emergencia y permanencia de este modo de funcionamiento pueden ser pasadas y reactualizadas debido a situaciones traumáticas. Existe suficiente investigación acerca de la historia de trauma infantil en pacientes TLP, bajo diversas formas: abuso sexual, maltrato físico y psicológico, historia de abandono parental, separación y/o enfermedad de los padres (31). Todos estos factores pueden ser causas necesarias pero no suficientes en la etiología del TLP, algunos de ellos no sufrieron este tipo de experiencias y otros que sí las sufrieron no desarrollan trastornos de personalidad. Modernamente se considera al funcionamiento en equivalencia psíquica como promotor de falta de sentido, vacío y estados disociativos relacionados con situaciones traumáticas.

Modalidad de funcionamiento “como sí” (pretend): en esta modalidad, los estados

mentales se desacoplan de la realidad externa, en la psicoterapia se puede ver este funcionamiento como pseudomentalización, hipermentalización inconsecuente sin verdadera reflexión (1-3, 10, 24). Los estados de despersonalización y/o desrealización podrían ser ejemplos del modo de funcionar como sí. En un plano normal el juego de los niños resulta un claro ejemplo de modo como sí de representar la realidad, un palo de hockey deja de ser tal para transformarse en un rifle.

Modalidad de funcionamiento teleológica: los estados mentales se consideran como tales solamente si se encuentran conectados a algo físico, tangible y concreto. Una paciente pidió como prueba del interés de su terapeuta ser abrazada por este. Otro paciente “confeso” con vergüenza que mantuvo relaciones sexuales con su exterapeuta ya que era la única forma de reconocerse querida.

Los evaluadores y clínicos que desarrollan el tratamiento deben tener en cuenta que los pacientes TLP, intercambian, combinan y mantienen durante un tiempo estas formas previas a la mentalización madura (1-

3). Estos cambios pueden ser dependientes del contexto, pero resultan cruciales reconocerlos ya que pueden conducir a situaciones riesgosas, marcada impulsividad, intentos de suicidio, episodios psicóticos, promiscuidad sexual entre otras acciones.

Viñeta. G. 35 años, profesional proveniente de otro país de Sudamérica, se encontraba viviendo en Argentina desde varios años antes de la consulta. Casada con un hombre con fuertes rasgos narcisistas al que ella acompañaba en las relocalaciones a otros países por motivos laborales, un hijo adolescente al momento de la consulta. G., refirió las reiteradas infidelidades de su marido y su impotencia para separarse de una relación de maltrato psicológico que le producía intensa infelicidad, ansiedad y un estado depresivo fluctuante. La paciente se mostraba muy pasiva en su vida actual, no trabajaba, las relaciones sociales eran escasas y se mantenía en su casa rumiando constantemente acerca de su desdichado estado emocional. La medicación indicada era poco efectiva.

El hijo de la pareja, un adolescente sufría

Tabla 1. Resumen del modo de funcionamiento equivalencia psíquica

Modo de funcionamiento equivalencia psíquica
• Normal hasta los 3 años • Isomorfismo mente-mundo externo real, lo interno tiene el poder de lo externo • Intolerancia a las perspectivas alternativas (“sé lo que me pasa y nadie más puede convencerme de lo contrario) • Los pensamientos negativos son demasiado reales, por ejemplo el sentimiento de maldad se vuelve una certeza

también por esta situación familiar, fumaba marihuana ocasionalmente, era muy irregular en sus estudios y debió ser internado en una ocasión por conductas de automutilación y depresión. Comenzó un tratamiento luego de la internación con buenos resultados.

Durante muchas sesiones, G. parecía en un estado de somnolencia, desconectada de

su situación, el tono de su voz resultaba monótono, sin matices y lograba hacerme sentir como si yo estuviese fuera de la sesión a la vez que experimentaba una somnolencia concordante con su estado. Percibí una pseudomentalización que a veces no conducía a ninguna parte. Resultaba remarcable su desconexión parcial con la realidad y la

Tabla 2. Resumen del modo de funcionamiento “como sí” o pseudomentalización

Modo de funcionamiento “como sí” o pseudo-mentalización
• Las ideas no tienen relación entre la realidad externa y la realidad interna. La actividad mental se desacopla de la realidad externa • Se asocia a sentimiento de vacío, falta de significado y disociación en casos de trauma psíquico • En terapia se observa como un discurso sin fin, inconsecuente tanto de las ideas como de las emociones • El sí mismo constitucional está ausente —> las emociones no acompañan a los pensamientos

Tabla 3. Resumen del modo de funcionamiento teleológico (modificado referencias 2, 3)

Modo de funcionamiento teleológico
• La relación con los otros está presente pero se basa en estados físicos • Tendencia a comprender las acciones en términos físicos antes que mentales • Solo las acciones que tienen impacto físico posibilitan cambiar estados mentales en uno mismo y en el otro • Por ejemplo, actos manipulativos (autoagresión) • Demanda de actos de demostración de afecto por parte de los otros solo en términos corporales

dificultad para confrontar a su marido cada vez más alejado emocionalmente de ella. En ciertas sesiones su estado de embotamiento se debía al exceso de benzodicepinas que tomaba sin tener en cuenta el plan de tratamiento propuesto para discontinuarlas. Era una forma más de anestesiar la realidad y mantenerse en un estado de semianestesia, a menudo concurría de esa manera a las dos sesiones semanales que habíamos pactado, en otras ocasiones faltaba.

Fui remarcando acerca de este estado una y otra vez ya que mi somnolencia y la mentalización de mi aburrimiento me ayudaban a comprender su estado interno.

G. se divorció de su marido hace unos años y él se trasladó a su país de origen,

el hijo finalizó los estudios secundarios en Argentina y tiempo después viajó a su país para vivir con su padre e iniciar una carrera universitaria. G. vive sola, no tiene pareja, pero inicio estudios universitarios para homologar su carrera de grado, muy lentamente en las sesiones G. despliego estados emocionales más intensos, con mayor grado de vitalidad, mi embotamiento que no me permitía pensar claramente fue disminuyendo, G. comenzó a traer recuerdos de situaciones traumáticas infantiles que abrieron nuevos caminos para la comprensión e integración, no obstante por momentos continua desliziándose a un estado de pasividad, hipersomnia y cierta desconexión social.

Referencias bibliográficas

1. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9 (1): 11-5.
2. Bateman AW, Fonagy P. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
3. Bateman AW, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
4. Buckner R, Di Nicola L. The brain's default network: updated anatomy, physiology and evolving insights. *Nat Rev Neurosci*. 2019; 20:593-8.
5. Beer, J. The default self: feeling good or being right?. *TICS*. 2007; 11 (5): 188-9.
6. Debanné M, Nolte T. Contemporary neuroscientific research. En: Bateman A, Fonagy P, editores. *Handbook of mentalization in mental health practice*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019. p. 21-35.
7. Hoermann S, Clarkin J, Hull J, Levy K. The construct of effortful control: an approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathol*. 2005; 38 (2):82-6.
8. De Panfilis C, Meehan KB, Cain NM, Clarkin, JF. The relationship between effortful control, current psychopathology and interpersonal difficulties in adulthood. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(5): 454-61.
9. Arnsten AF. Stress impairs prefrontal cortical function in rats and monkeys: role of dopamine D1 and norepinephrine alpha-1 receptor mechanisms. *Prog Brain Res*. 2000; 126: 183-92.

10. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2008.
11. Domes G, Schulze L, Herpertz S. Emotion recognition in borderline personality disorder—a review of the literature. *J Per Disord*. 2009; 23(1):6-19.
12. Eisenberger N, Lieberman M. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *TICS*. 2004; 8(7):294-300.
13. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003; 54(11): 1284-93.
14. Lynch TR, Rosenthal M Z, Kosson DS, Cheavens S, Lejuez CW, Blair R. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. 2006; *Emotion*, 6(4): 647.
15. Wagner AW, Linehan M. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation?. *J Personality Disord*. 1999; 13 (4): 329-44.
16. Schulze L, Domes G, Köppen D, Herpertz S. Enhanced detection of emotional facial expressions in borderline personality disorder. *Psychopathol* 2013;46:217–24.
17. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. *Personality Disor*. 2015; 6 (4): 366-79.
18. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disor Emot Dysregul*. 2017; 4, 2-12.
19. Ripol IH, Snyder R, Steele H, Siever, LJ. The neurobiology of empathy in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15, 344. doi: 10.1007/s11920-012-0344-1.
20. Gallese, V. The “shared manifold” hypothesis: from mirror neurons to empathy. *J Conscious Stud*. 2001; 8, 33–50.
21. Gallese,V. Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenological Cognitive Sciens*. 2005; 4, 23–8.
22. Gweon H, Dodell-Feder D, Bedny M, Saxe, R. Theory of mind performance in children correlates with functional specialization of a brain region for thinking about thoughts. 2012; *Child Dev*. 83 (6): 1853–68.
23. Kernberg O. *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press; 1984.
24. Cohen, D. Teoría de la mente: un paradigma para unir la brecha entre la neurona y la mente. En: Zieher LM, editor. *Neurociencia: de la neurona a la mente*. Buenos Aires: Editorial Scien; 2017. p. 51-111.
25. Bateman A, Motz A, Yakeley J. Antisocial personality disorder in community and prison settings. En: Bateman AW, Fonagy P, editores. *Handbook of mentalizing in mental health practice second edition*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 335-351.
26. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder a mentalizing model. *J Personal Disor*. 2008; 22 :(1), 4-21.
27. Fonagy, P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J of Psychonal*. 1991; 72, 639-656.
28. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affective mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J of Psychoanal*. 1996; 77:1181-12.
29. Fonagy P, Gergely G, Target, M. The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48: 288–28.
30. Selby EA, Joiner TE Jr. Cascade of emotions: the emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioural dysregulation. *Rev Gen Psychol*. 2009; 13(3): 2-19.
31. Luyten P, Campbell Ch, Fonagy P. Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*. 2019; 00: 1–18. DOI: 10.1111/jopy.12483.

La importancia del apego en el tratamiento basado en la mentalización

Patología del apego

Diego Cohen

“The devil you know is better than devil you do not, and better than no devil at all”. (El demonio conocido es mejor que el demonio no conocido y mejor que no tener demonio alguno) H. Guntrip

“No hay necesidad de fuego, el infierno son los otros”.
JP Sartre

Resumen

En el presente capítulo, se define el concepto de apego de acuerdo con las investigaciones de Bowlby y sus continuadores. Se considera al apego como un instinto organizador de la vida mental una vez lograda la seguridad del infante por el contacto físico con el cuidador. Luego se consideran las clasificaciones en uso de las modalidades de apego y se describen aquellas más frecuentes en TLP, se revisa brevemente la clasificación de Ainsworth en los niños como antecedente de futura patología límite tanto en la madre como en el hijo. Se considera como el apego seguro es uno de los principales factores para lograr una buena capacidad de mentalización. Finalmente se actualiza el trauma de apego y la importancia como factor de riesgo para el desarrollo del TLP. Se consideran muy frecuentes en el TLP las oscilaciones del apego bajo la ansiedad al acercamiento emocional por temor al abandono o engolfamiento (pérdida transitoria de la propia identidad). Las formas subtipos más frecuentes de apego en TLP son la el “preocupado” y el “no resuelto”. Se actualiza el rol del padre, poco tenido en cuenta hasta el momento actual en el vínculo de apego.

Introducción

Como he señalado en capítulos anteriores, el desarrollo del sí mismo se encuentra invariablemente ligado a las relaciones interpersonales tempranas que facilitan y promueven la regulación emocional. Los procesos de marcado del afecto por parte de la madre, atención conjunta y respuesta con-

tingente junto con el mencionado proceso de espejamiento generan la coherencia del sí mismo a lo largo de interacciones repetidas. El resultado final es que el niño internalice representaciones que sean propias de sus estados emocionales diferenciándolos respecto de aquellos estados que son ajenos al sí mismo infantil (sí mismo extraño o *alien self*) (1, 2) (Ver capítulo 2).

El sí mismo extraño cuando no puede ser contenido internamente tiende a externalizarse mediante el proceso denominado identificación proyectiva, por lo general en pacientes con TLP este proceso de proyección de partes de sí mismo hacia el objeto no los libera por completo de sentimientos de ansiedad, terror o cualquier otra emoción que no puedan tolerar (3-6). El estado de fragmentación ulterior puede ser aliviado por los procesos de mentalización.

La reflexión acerca de los estados mentales de los otros depende críticamente de que nuestras propias emociones hayan sido comprendidas por adultos empáticos, en ausencia o escasos procesos traumáticos severos (Ver capítulo 2).

En los capítulos precedentes me referí a las características generales del apego, en este capítulo me voy a centrar en experiencias traumáticas tempranas que originan alteraciones importantes en este proceso y consecuentemente en la mentalización que pueden manifestarse durante la infancia, adolescencia y adultez. **Se consideran actualmente factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la personalidad.**

Ontogenia de la construcción del sí mismo en la interacción parental. Relación gen/ambiente

Bowlby (7), consideró que el apego operaba creando modelos internos de trabajo (IWM, por sus siglas en inglés) en términos simples, los IWM son metarepresentaciones del sí mismo en interacción con los objetos parentales, asociadas a estados afectivos y luego codificadas en la memoria autobiográfica. Los IWM no son componentes estáticos de la mente, deben ser flexibles, utilizados para predecir la relación con el ambiente y para construir secuencias conductuales complejas basadas en estrategias destina-

das a lograr resultados, en nuestra especie estos se relacionan con la regulación emocional y la seguridad física en virtud de la larga dependencia del niño respecto de los objetos parentales para lograr el desarrollo mente/cuerpo y salud mental saludable (8). (ver capítulo 1).

La interacción temprana y por lo tanto los IWM permiten la formación de estados mentales (de hecho serían en parte componentes innatos de la mente moldeados por miles de años de evolución) y facilitan los siguientes procesos: 1) expectativas de las características interactivas con los cuidadores tempranos creadas en el primer año de vida y elaboradas posteriormente; (2) representaciones de eventos mediante los cuales se codifican y recuperan recuerdos generales y específicos de experiencias relacionadas con el apego; (3) recuerdos autobiográficos por los cuales eventos específicos están conectados conceptualmente debido a su relación con una narrativa personal continua y (4) comprensión de las características psicológicas de otras personas: inferir y atribuir estados mentales motivacionales causales tales como deseos y emociones asociados a estados mentales epistémicos tales como intenciones y creencias junto con la capacidad de diferenciarlas del sí mismo.

En la teoría del apego, los estados representacionales se han considerado como una modificación del sistema de apego impulsado por el **desarrollo cognitivo en especial del lenguaje** (8, 9).

Mithen, un estudioso del desarrollo ontogénico de la mente, considera que una forma de inteligencia denominada “social”, existía en homínidos anteriores a nuestra especie, hace más de 200.000 años, e incluía cierta capacidad lingüística que permitió la formación de pequeños grupos que se comunicaban de manera más eficaz, cuidaban de sus

congéneres y niños, esta forma de inteligencia social, favoreció la formación de vínculos duraderos moldeados por las presiones evolutivas. El crecimiento del cerebro, a expensas de un aumento de la conectividad (denominado proceso de encefalización) probablemente facilitó conductas exclusivas de las especies de homínidos previas al *sapiens* como el cuidado prolongado de las crías, la comprensión de la mente propia y la de los otros (una teoría de la mente), debido a las propiedades fluidas y plásticas de la inteligencia social (10).

El lenguaje como componente de la inteligencia permitió la interacción social. El desarrollo de la PFC habría facilitado las primeras formas de comprensión de los **estados mentales propios, ajenos y la reflexión acerca de estos**. Existen pruebas que *homo habilis* habría desarrollado el área de Broca, importante para el lenguaje (10).

Otros autores como Tomasello (11) y Hobson (12), desde una perspectiva similar, enfatizan la importancia de la capacidad de compartir la comunicación social y emocional para el desarrollo mental de nuestra especie respecto de los primates y los homínidos no *sapiens*.

Para Lyons-Ruth (13), antes que el lenguaje el gran propulsor de la mentalización fue la capacidad de nuestra especie **para desarrollar compromisos sociales**, de esta forma se generan enlaces mentales de naturaleza emocional que promueve la capacidad para pensar. Este compromiso se origina debido a la posibilidad de compartir afectos y luego de enseñar y aprender procesos que suman componentes poderosos para el apego y el desarrollo de la mentalización (ver capítulo 9 confianza epistémica).

Bowlby (7) fue una vez más el precursor de las ideas acerca de los efectos de las disrupciones tempranas generadoras de in-

seguridad emocional y la dificultad posterior para establecer vínculos profundos. De acuerdo con Lyons, aquello que diferencia la capacidad de apego del niño, respecto de la capacidad para una conducta similar presente en los primates es la capacidad de intersubjetividad del infante, facilitada para reconocer un intercambio de expresiones faciales innatas universales (14, 15).

En mi opinión resulta muy útil la metáfora de Holmes (16), acerca de la mentalización como el **“sistema inmune de la psique”**, ya que permite atribuir cierta coherencia a las experiencias emocionales de uno mismo y los otros. Al mismo tiempo que nos protege como un buffer de las experiencias traumáticas. Más allá de módulos de inteligencia social innatos, una buena capacidad para mentalizar se logra mediante el **apego seguro** favorecido por los procesos del desarrollo mencionados en el capítulo 2, **por lo tanto, una función esencial de la mente es el procesamiento del conocimiento de estados emocionales y cognitivos**. Utilizaría la metáfora de la mentalización como un programa que permite el autoconocimiento a partir de la socialización, **siendo el apego seguro un gran favorecedor de dicho proceso. La pregunta esencial es porque en ciertas condiciones patológicas** (autismo, esquizofrenia y TLP solo por nombrar algunos) el programa se desorganiza en forma parcial o total (formas severas de autismo) solo transitoriamente dependiendo del contexto (TLP). Si bien parte del programa es instintivo e innato, impulsado por la evolución y de base neurobiológica (10), como dijo Spinoza, citado por Damasio (17) **“el hombre es un animal social”**, la evolución se encargó de proveer a *nuestra especie* de un mecanismo exclusivo y **la emergencia en mi opinión de la creatividad, la imaginación y la capacidad de comprender procesos abstractos, simbolizar y**

crear metáforas, todo lo cual es función de la mentalización.

Procesos de apego durante la infancia. Las investigaciones pioneras de Ainsworth

La investigadora inglesa Mary Ainsworth, identificó patrones de conducta que facilitaron una clasificación aún hoy en uso. Ainsworth (18), investigó rigurosamente el apego en niños (Tabla 1). Desarrolló un modelo que denominó “situación extraña”: registró y filmó a niños entre 12 y 18 meses de edad, en primer lugar la interacción con la madre, luego la madre se retiraba de la habitación durante unos minutos e ingresaba el “extraño”, la investigadora, observó la reacción de los niños frente a la ausencia de la madre utilizando el juego y la exploración como variables, luego retornaba la madre y se retiraba el extraño, estas acciones y la reacción del niño frente al retorno de la madre fueron los componentes más importantes para establecer un modelo general de estrategias del niño frente a la separación-reunión. Resumiendo, sus vastas ideas, la clasificación que propuso se expone a continuación:

1) Apego seguro: el niño busca proximidad hacia la madre cuando esta retorna, aunque haya sentido estrés durante la separación retorna al juego y a la exploración rápidamente, demuestra regulación afectiva frente a experiencias de separación.

2) Ansioso evitativo: el niño parece menos ansioso durante la separación y tiende a ignorar a la madre cuando retorna. No muestran preferencia hacia la madre respecto del extraño.

3) Ansioso resistente o ambivalente: explora-

ción y juego limitado, perturbaciones frente a la separación, manifiestan una conducta de aferramiento frente al retorno de la madre, enojo y tensión. Lentitud para recobrar la calma.

4) Desorganizado/desorientado: el niño no tiene una estrategia específica ante el estrés de separación, muestran agitación motora o inmovilización y deseo de escapar de la situación aún en presencia parental.

Esta última categoría fue agregada por las investigaciones de Main et al. (19) (Tabla 2) resulta muy importante mencionar (en especial como factor de riesgo para el desarrollo de TLP) que, en el apego desorganizado, la figura parental es al mismo tiempo **fuentes de temor mientras debería ser de seguridad**, esta modalidad de relación contribuye a crear una situación paradójica de fuerte impacto emocional. Esta estrategia implica una intención de alejarse del cuidador por temor o estrés y **paradójicamente necesitarlo como fuente de seguridad**. El principal mecanismo impulsor de la estrategia desorganizada es la incapacidad del cuidador para regular la activación de ansiedad y desorganización antes que el temor al cuidador como tal (13).

El apego desorganizado y la dificultad para establecer procesos de intersubjetividad y madurez psíquica

De acuerdo con la idea de que las formas particulares de comportamiento del cuidador son factores etiológicos significativos para la desorganización de la mente infantil, ciertos estudios han indicado que el 83% de los bebés maltratados o descuidados muestran un comportamiento de apego desorganizado hacia la madre (20). Las

investigaciones de Lyons (13), encontraron cinco aspectos generales de la interrupción del apego bajo la forma desorganizada en la comunicación emocional con el infante: (1) respuestas de alejamiento físico y emocional parental, (2) respuestas negativas-intrusivas, (3) confusión en los roles, (4) respuestas desorientadas, y (5) un conjunto de respuestas que denominaron “errores de comunicación afectiva”, que incluyen a la madre señalando tanto situaciones y comunicaciones conflictivas contradictorias hacia el niño y fallas para clarificar señales conflictivas emitidas por el infante.

En el primer subgrupo de madres, denominadas por Lyons “**indefensas-temerosas**”, la conducta de apego fue particularmente difícil de identificar. Estas madres exhibieron conductas de aprensión, vacilación o evitación ante el apego infantil (22, 23). Las madres de este grupo parecían en general más temerosas e inhibidas. Resultaba muy poco probable que fueran abiertamente hostiles o intrusivas y por lo general intentaron mostrar al niño conductas de contacto. Sin embargo, a menudo tampoco tomaron la iniciativa para saludar o acercarse al bebé, y a menudo dudaban, se alejaban, o evitaban las solicitudes de contacto cercano del niño. Los hijos de madres indefensas y temerosas intentaron de todas maneras mantener el contacto con sus madres inseguras. **Todos los niños de estas madres expresaron angustia, se acercaron a sus madres y trataron de alcanzar algún contacto físico con ellas, a la par que expresaban comportamientos desorganizados, miedo, impotencia o depresión.**

El segundo subgrupo de madres de niños desorganizados mostró tasas significativamente más altas de conductas autorreferenciales y negativas-intrusivas. Lyons, (22), denominó este perfil parental “**hostil-autorreferencial**” con respecto al apego. Las con-

ductas negativas, intrusivas y autorreferenciales estaban fuertemente correlacionadas, por lo que estas madres evidenciaban un patrón contradictorio de comportamientos de rechazo y de búsqueda de la atención de sus hijos contribuyendo a la desorganización del vínculo.

Los hijos de estas madres mostraban tanto comportamientos conflictivos desorganizados como altas tasas de evitación y resistencia como alejarse de la madre, angustia continua, o conductas que evidenciaban enojo hacia ella.

Lyons et al. (13, 21, 22), consideran que estas estrategias representan procesos no conscientes, procedurales e implícitos desarrollados durante la infancia anteriores a procesos de mentalización conscientes, explícitos generadores de representaciones simbólicas (ver capítulo 2, modalidades de mentalización). Estas combinaciones poco coherentes de comportamientos maternos, a su vez, despiertan respuestas contradictorias y confusas en el infante en forma de patrones desorganizados hacia los padres. A modo de introducción podríamos considerar estas manifestaciones en el futuro paciente límite transmutadas en severas dificultades en las relaciones interpersonales, oscilaciones entre el acercamiento emocional y el alejamiento, ruptura frecuente de relaciones y conductas impulsivas como intentos fallidos de regular vínculos caóticos.

Los procesos cerebro/mente y la cultura como generadores de fallas en la mentalización en el TLP

Bajo este título me voy a referir a lo que ocurre en el TLP objetivo esencial de este volumen. Resulta difícil concluir en la prioridad y causalidad de los procesos que conducen a fallas severas y temporarias de la

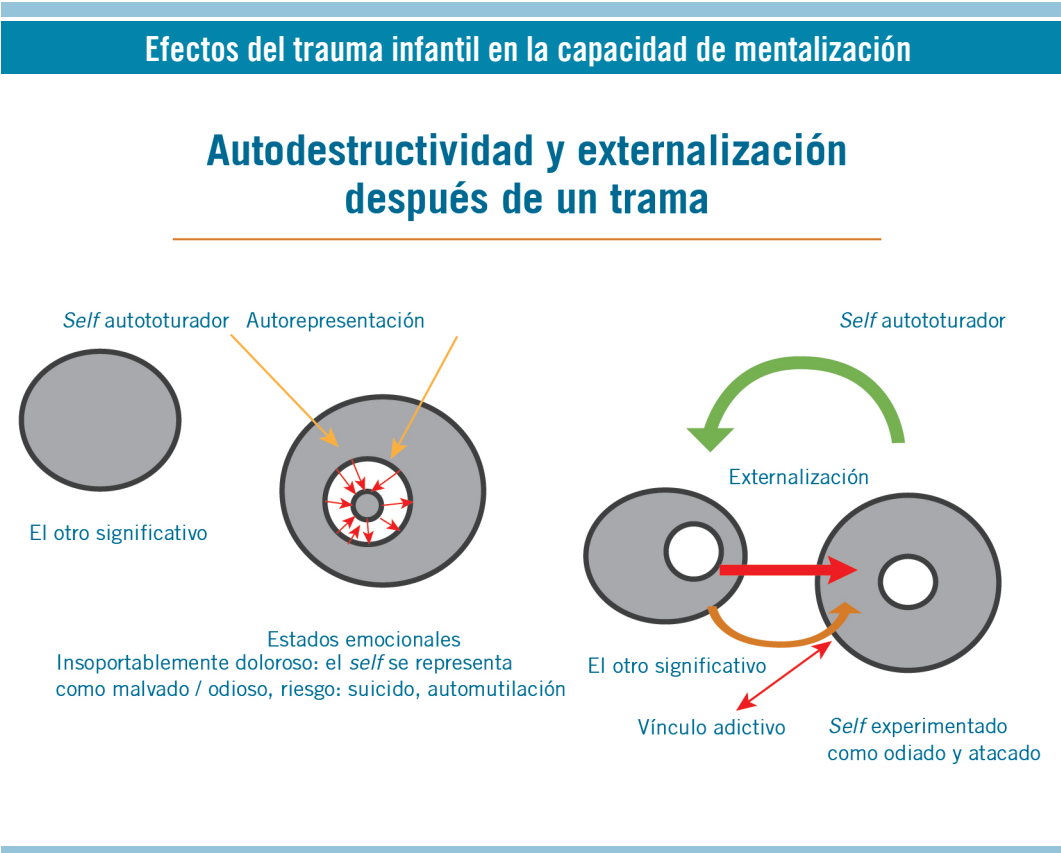
mentalización en TLP y las consecuencias que derivan de estos procesos defectuosos (Grafico 1).

Existen pruebas confirmadas que **el apego seguro, permite el funcionamiento coordinado del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPA)** que regula la secreción de cortisol, hormona fundamental para mediar la respuesta al estrés y permite al mismo tiempo la liberación de neurohormonas como oxitocina (OXI) que favorecen emociones relacionadas con el bienestar psicosomático (24). El recién nacido puede tener una respuesta exagerada de este sistema, pero luego se comprueba que debido a la **calidad del vínculo parental** el eje tiende a regularse. Puede ocurrir que

la ausencia de un cuidador empático y sensible desorganice los sistemas relacionados con el control del estrés y promueva fuertemente las conductas de ansiedad, no se genera un *buffer* que amortigüe emociones dolorosas y negativas (Figura 1).

La situación del niño dentro de la categoría de apego inseguro tiene una doble carga, por un lado, la mencionada dificultad para regular el estrés que provoca ansiedad y en segundo lugar el déficit de una estrategia para proveerse de cuidados por parte de la figura parental (13). Desde esta línea de investigación, Spangler et al. (25) han demostrado que un infante con apego seguro posee estrategias de comportamiento apro-

Gráfico 1



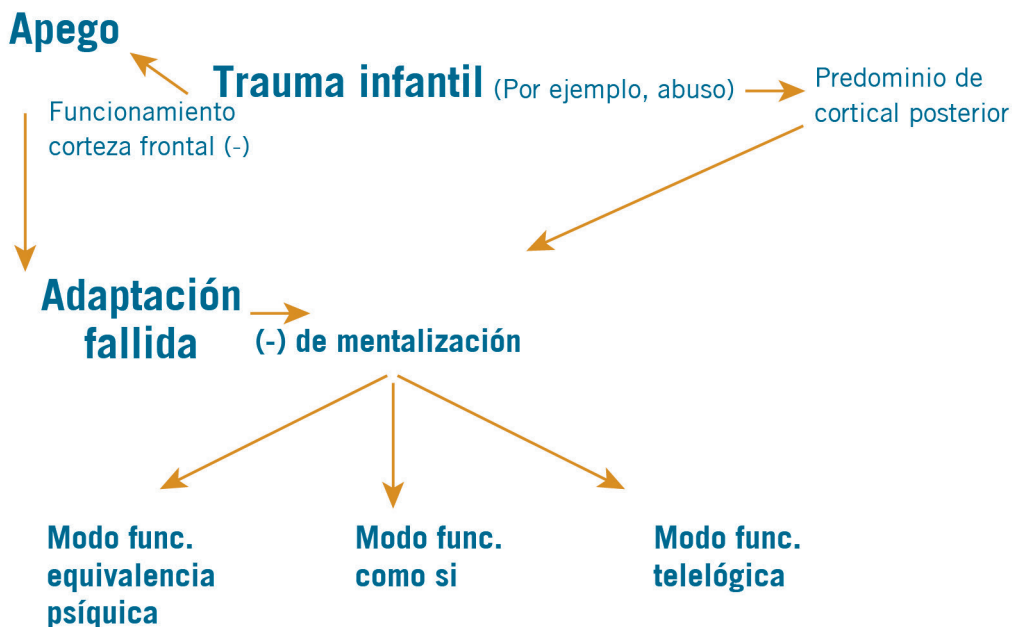
mutua.

En conclusión el apego desorganizado, una categoría investigada en niños, puede resultar un factor de riesgo precursor para el desarrollo de TLP, en esta forma de relación, el infante no puede confiar en los objetos parentales, en especial la madre, ya que está se encuentra preocupada y controladora de sus propios estados mentales antes que los del niño y trata de inducir en él estos estados mentales que al infante le son ajenos, en un sentido se trataría de madres narcisistas con escasa capacidad de mentalizar al niño y no tienen

Gráfico 2

Efectos del trauma de apego en la formación del self infantil

Trauma infantil y mentalización



en cuenta sus necesidades, por lo tanto la mencionada e importante función de “espejamiento” se observa perturbada creando las condiciones para un sí mismo “extraño”.

Subtipos de apego en adultos. El origen durante la infancia y la importancia en TLP

Los patrones de apego en el adulto son evaluados y descritos dentro del contexto de dos tradiciones de investigación independientes (27-29): 1) desarrollo psicológico y 2) tradición psicológica social.

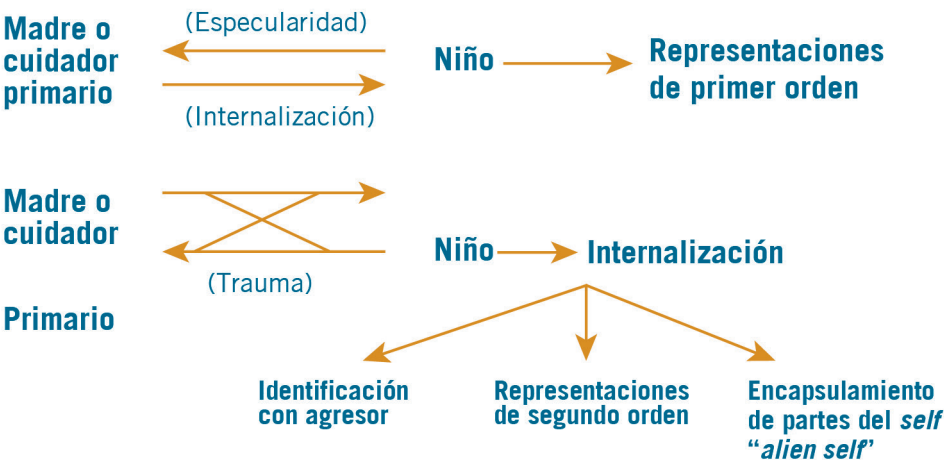
El modelo del desarrollo psicológico generalmente evalúa la organización del apego

mediante la entrevista de apego del adulto (AAI por sus siglas en inglés). De la AAI derivan cuatro tipos categorías de apego: 1) **seguro**, 2) **preocupado**, 3) **evitativo/descalificador** y 4) **no resuelta/desorganizada** (26, 27).

Los adultos con apego seguro valoran los vínculos y parecen capaces de afrontar efectivamente sentimientos potencialmente abrumadores sobre el pasado o el futuro. El subtipo preocupado refiere a personas agobiadas por **emociones negativas históricas relacionadas con el apego**. Los individuos evitativos **parecen defenderse de la consciencia de sentimientos dolorosos** relacionados con las relaciones de apego, y a menudo sobre-

Gráfico 3

Procesos del desarrollo afectados por el trauma en TLP



valoran el sentido de la propia independencia mientras devalúan las relaciones cercanas, pueden mostrarse omnipotentes frente a los vínculos y/o autosuficientes, impresionan no valorar las relaciones profundas o solamente necesitan relaciones transitorias, **suele ser más frecuente en personalidades narcisistas**. Se asigna una cuarta categoría, no resuelta / desorganizada, cuando la persona demuestra fallas en la narrativa de su historia o razonamiento cuando se discuten experiencias traumáticas y se cree que representa una falta de resolución de estas experiencias.

La tradición social utiliza cuestionarios de autoevaluación para clasificar los subtipos de apego y la actitud de la persona en las relaciones importantes actuales o pasadas, se basa en la definición de las representaciones del sí mismo y las de los otros que pueden tener básicamente dos valencias: positivas y negativas, recordemos que representan los modelos internos de trabajo (IWM) a los que se refirió Bowlby en sus investigaciones acerca del apego (30).

De los estudios realizados se estandarizaron cuatro categorías (28, 29, 45-46): 1) **individuos seguros**: ansiedad y conductas

Figura 1

Desarrollo y apego seguro (modificado de ref. 2)

La relación cerebro-mente para un apego seguro

- **Apego materno seguro**



- **Incremento de la secreción de oxitocina materna en la internación con el infante**



- **Respuesta marcada y contingente que fortalece la mentalización**



- **Se generan en el niño representaciones de segundo orden acerca del estado del sí mismo**



- **La mejor regulación emocional incrementa las interacciones interpersonales ("salutaciones") y favorece la resiliencia**

evitativas bajas, sentimientos de ser dignos del amor de los otros significativos asociada a la expectativa de que estas mismas personas nos aceptarán y responderán a nuestras necesidades y deseos. Las siguientes categorías, se encuentran bajo el término amplio de **apego inseguro** y comprenden: 2) **evitativos/devaluadores de las relaciones**: autoimagen positiva, sentimientos de ser digno del amor que se les pueda dispensar junto con la percepción de los otros como personas que serán demandantes y dependientes en las relaciones. La ansiedad en los vínculos es baja y la evitación de algunas de estas potenciales relaciones es elevada por el temor a la dependencia; 3) **ansiosos/preocupados**: autoimagen negativa (baja autoestima), sentimientos de ser poco queridos por los otros significativos, asociado a una serie de representaciones positivas de los otros en términos de personas seguras e independientes; 4) **temerosos/evitativos**: autoimagen negativa asociada con escepticismo acerca de poder confiar en los otros como personas emocionalmente disponibles y empáticas en las relaciones amorosas, alta ansiedad y evitación, estos últimos pueden tener características límite debido a la baja tolerancia a las experiencias de abandono que los conduce a estrategias (dependencia, sumisión y masoquismo) para evitar situaciones de separación (26, 45).

En síntesis, como señaló Bowlby (7), las variables de **apego inseguro se encuentran centralmente relacionadas con el desarrollo de trastornos de la personalidad** (y otras patologías como la depresión), este patrón disminuye la disponibilidad para invertir en actividades no relacionadas con el apego, no facilitan la autorregulación y la respuesta creativa a los conflictos que pueden presentarse en el contexto de las relaciones interpersonales (cuadro 1).

De todas maneras, de acuerdo con mi punto de vista en el TLP las formas de apego no siempre se mantienen fijas y dependiendo de las circunstancias de la vida, el contexto social y debido al tratamiento efectivo las variantes de apego pueden ser mixtas o evolucionar a formas de apego más seguras y estables, esto último es uno de los **objetivos importantes de la MBT**.

Estudiados en conjunto, estos hallazgos sugieren una relación importante multicausal entre patrones de apego en la infancia, adolescencia y adultez en la etiología del TLP, consistente con los principios centrales de la teoría del apego. En momentos de angustia, los adultos con apego predominantemente seguro tienden a buscar el apoyo de figuras tranquilizadoras mediante el contacto físico, comentarios de apoyo y contención emocional, comportamientos análogos a **la base y refugio seguros** (*safe haven*) observado en niños por Bowlby (30).

En cambio, los adultos con apego inseguro tienen dificultades para desarrollar los comportamientos que reducen la angustia. Como resultado, tales individuos son más vulnerables a experimentar sentimientos intensos de ira, agresión e impulsividad, características principales del TLP (31). Estos últimos, encuentran correlato tanto en el DSM-IV, como en el DSM-5 dentro de los criterios diagnósticos de TLP. En el DSM-IV: 1) esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado; 2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización/devaluación y; 3) sentimientos crónicos de vacío (32).

El DSM 5 (33), introdujo algunas variantes en el modelo (sección 3, modelo alternativo) que pueden ser de importancia. Los criterios A puntos 3 y 4, **referente a rasgos de empatía e intimidad**, resultan especialmente

aplicables. Dentro de los criterios B, son especialmente correlacionables con patología del apego: labilidad emocional que incluye relaciones inestables, ansiedad frente al estrés interpersonal, inseguridad de separación; depresión e impulsividad. En la tabla 4, se resumen las relaciones entre algunos síntomas TLP y el correlato con las formas de apego.

La escala de funcionamiento de la personalidad resulta también útil en la evaluación de las alteraciones del apego como factores de riesgo de TLP, las dimensiones de relaciones interpersonales que abarcan **empatía** e **intimidad** en niveles de gravedad, operacionaliza la relación TLP y apego inseguro, por ej. la deficiencia severa en estas áreas se presentan de la siguiente manera: **empatía**: “la capacidad para considerar y entender sentimientos, pensamientos y conductas se encuentra limitada en forma significativa, puede ser que [el paciente] discierna, aspectos muy específicos de la experiencia de los otros en particular vulnerabilidad y sufrimiento. Generalmente resulta incapaz

de considerar, perspectivas alternativas; [se siente] altamente amenazado por opiniones diferentes o puntos de vista alternativos. Confusión o desconocimiento del impacto de las propias acciones sobre los otros; a menudo [el paciente se muestra] **desconcertado sobre el pensamiento y acciones de los otros**, frecuentemente atribuye motivaciones destructivas a los otros”. Estas conductas son claramente un reflejo de las investigaciones de Fonagy et al. acerca de modos de funcionamiento de prementalización, analizados en el capítulo 2 (y las respectivas viñetas clínicas). La traducción es de uno de los autores (DC) al igual que las negritas.

Intimidad

En resumen, se puede considerar al TLP en el marco del apego como una interacción bidireccional, un niño con un temperamento reactivo se relaciona e interactúa con padres poco sensibles que presentan conductas punitivas severas, bajo nivel de calidez afectiva y poca capacidad de contención emocional (34).

Cuadro 1

Apego y TLP

El TLP puede ser visto como un desorden relacionado con la dificultad para regular afectos y sentimientos, en el cual las amenazas más leves al vínculo de apego pueden ser experimentadas como devastadoras y desequilibrantes.

El BPD sería en sí mismo un desorden relacionado con apego inestable y amenaza de ruptura

En la tabla 3, se presentan en forma resumida los indicadores de estrategia de apego desorganizada de los niños en presencia de los padres de acuerdo con las investigaciones de Lyons Ruth (35). El primer hallazgo de esta investigación fue que un niño genéticamente sensibilizado hacia el estrés que continúa buscando el cuidado de los padres, parece ser dominado, reprimido y controlado por objetos parentales que se apartan de los intentos de apego por parte de aquel. Esta conducta cimienta las bases para el desarrollo futuro del TLP.

El segundo hallazgo muy importante se relaciona a la futura dificultad de niño “pre-borderline” para desarrollar una identidad sólida e integrada hacia el fin de la adolescencia; se corresponde con una considerable confusión en los roles, el niño se orienta tempranamente hacia la regulación de las emociones y conductas parentales antes que las propias, esta situación facilita: 1) supresión de la expresión del sí mismo: el niño se muestra menos predispuesto hacia el desarrollo de iniciativas y conductas autónomas apropiadas a la edad, las relaciones con pares se ven afectadas o disminuidas; 2) experiencia del niño no integrada: predispone a conflictos y desorganización frente al estrés; 3) tríada basada en culpa, ira y desamparo; 4) regulación emocional parental no efectiva: los objetos parentales abdican del rol de cuidado, capacidad de respuesta emocional y de estructura que permitirían al niño lograr mayor nivel de seguridad y regulación emocional (35, 36). **El tercer hallazgo crucial es que estas conductas interactivas durante fases iniciales del apego, pueden ser factores de riesgo para acciones suicidas y de automutilación en adolescentes TLP (36).**

El apego desorganizado no significa solamente conductas bizarras, se consideran experiencias ansiedad que el niño no puede

resolver ya que el cuidador paradójicamente es al mismo tiempo la fuente de temor al igual que la única presencia potencialmente reaseguradora (37).

Frente a esta situación paradójica la única estrategia “organizada” para atenuar el estrés es mantenerse apartado, la esencia del apego desorganizado es el “miedo sin solución”.

En mi opinión los empiristas del apego no suelen tener en cuenta algunas ideas de Fairbairn (38) que pueden aportar alternativas desde un modelo no exclusivamente basado en la evidencia, al “miedo sin solución”. El autor y analista escocés, considera que los objetos “malos” pueden ser internalizados, bajo la forma que denomina “objetos malos internalizados”, que en definitiva son objetos malos rechazados. Fairbairn considera que un objeto malo es aquel que no brinda satisfacción (por ejemplo, el objeto parental inductor de miedo y maltrato) y se “controla” mejor internalizándolo y haciéndose cargo de la maldad de ese objeto, por ejemplo, un paciente de este autor relató que a los cinco años:

“La puerta del pasillo aprisionó mi dedo y me arranco la uña, me había portado mal todo el tiempo.... no sé si merecía ese castigo, recuerdo que mi madre no estaba en ese momento, pero inmediatamente me llevo al hospital mi temor era intenso... al principio solo estaba presente la niñera que nos cuidaba”.

El mismo paciente aportó otro recuerdo de un nuevo “accidente”:

“Estábamos de vacaciones de verano en el hotel que tenía una inmensa pileta, recuerdo caminar por el borde de la pileta, no sabía nadar, creo que alguien me empujo,

recuerdo estar sumergido por un tiempo que me pareció eterno, mi hermana me sacó de ese fondo, no sé dónde estaría mi mamá, como era habitual mi padre no había viajado". Este recuerdo infantil fue corroborado por uno de los autores (DC) en una entrevista ulterior mantenida con la hermana del paciente, se trató de un hecho traumático real no fantaseado.

Celani (39), un continuador contemporáneo de las ideas de Fairbairn, redefine el concepto de "defensa moral", como el uso racionalizado de la agresión que utiliza el paciente que fue maltratado. Ese maltrato, fue debido a una reacción legítima de los objetos parentales hacia su propia maldad, *"lo tengo merecido no fui buen hijo", "mi madre me decía que tuvo que trabajar como prostituta porque no tenía dinero para alimentarme ni otros familiares que*

pudieran cuidarme". De esta manera el terapeuta debe ayudar al paciente a relocalizar la "maldad" en los objetos originales (muy lentamente) y al mismo tiempo hacer esfuerzos para no promover una separación o crítica prematura hacia los padres y por consiguiente hacia la terapia.

Como veremos luego en la sección terapéutica, esta estrategia sería en mi opinión una forma de ayudar al paciente a renunciar a formas de funcionamiento basados en la pre-mentalización en el cual ciertos pacientes TLP funcionan *"como si nada hubiera ocurrido con sus padres"* u otros objetos hacia quienes eventualmente desplaza sus vínculos de dependencia.

Continuando con los hallazgos de la investigación, resulta altamente disruptivo comprobar la confusión de roles de la diada que se presenta de la siguiente manera. El ítem

Tabla 1. Resumen de estrategias de apego desorganizadas presentes en los niños (ref. 23)

Indicadores de estrategias de apego desorganizadas en presencia de los padres
• Afectos disforicos - Afectos depresivos - Conductas temerosas o aprensivas • Conductas conflictivas - inhibición de una acción recientemente iniciada - Congelamiento (freezing) e inmovilidad • Conductas desorientadas - Deambulación errática - Expresiones confusas - Aturdimiento • Ausencia de una estrategia consciente - Combinación de conductas inesperadas - Secuencias de conductas de diferentes formas de apego desorientado

8 es de mi consideración siguiendo las ideas de Winnicott de **objeto transicional** (40).

- El niño lleva adelante la iniciativa para crear la relación.
- El niño entretiene a los padres mediante demostraciones de afecto exageradas
- Estructura la relación.
- Intenta una disminución (no exitosa) de la hostilidad parental.
- El niño presta mayor atención hacia los padres, cuando normalmente debería ser a la inversa.

- Motiva o anima a los objetos parentales en un nuevo ejemplo de reversión de roles.
- Los padres abdican su rol específico de cuidado y contención.
- El niño cumple el rol de objeto transicional para los padres.

Pero debemos tener en cuenta que estos factores se encuentran implícitos en un marco de vulnerabilidad, la infancia contribuye, pero no determina lo que ocurrirá ulteriormente. Los patrones de conducta continúan evolucionando y pueden originar riesgo adicional hacia la mitad de la infancia y la adolescencia.

Tabla 2. Clasificación del apego en niños de acuerdo al paradigma “situación extraña”

Clasificación de Ainsworth (1978)
Basada en un modelo experimental que denominó “situación extraña”. Describe las siguientes reacciones en el niño al reunirse con su madre luego de breves y sucesivas separaciones en una situación o familiar o extraña: • 1. Seguro: buscan proximidad hacia la madre cuando está retorna, aunque hayan sentido distrés durante la separación retornan al juego y a la exploración rápidamente, demuestran regulación afectiva frente a experiencias de separación. • 2. Ansioso/evitativo: parecen menos ansiosos durante la separación y tienden a ignorar a la madre cuando retorna. No muestran preferencia hacia la madre respecto del extraño. • 3. Ansioso/resistente o ambivalente: limitada exploración y juego, perturbaciones frente a la separación y manifiestan frente al retorno de la madre una conducta de aferramiento, enojo y tensión. Lentitud para recobrar la calma. • 4. Desorganizado/desorientado: sin estrategia específica ante separación, muestran agitación motora o inmovilización y deseo de escapar de la situación aún en presencia de los cuidadores.

Síntesis de las características de apego en el adulto TLP

Los adultos TLP, presentan de acuerdo con el modelo descripto más arriba, los siguientes patrones en forma más frecuente que pacientes con otros trastornos de la personalidad (41, 42) (cuadro 2).

- El **apego seguro** resulta muy poco frecuente en pacientes TLP.
- **Inseguro/ansioso** (también denominado preocupado): se trata de pacientes sensibles al rechazo y con niveles elevados de ansiedad. Esta modalidad puede presentarse también en otros subtipos de trastornos de la personalidad: histriónico, dependiente y evitativo. Se observó en los pacientes limítrofes bajo esta categoría presentaban mayor comorbilidad con depresión y trastornos por ansiedad.

- **No resuelto/desorganizado**: junto con el patrón precedente presentan una relación frecuente con situaciones traumáticas no resueltas que pueden incluir distintas formas de maltrato incluyendo abuso sexual. Los estudios evidencian que los padres de estos pacientes presentaban ellos mismos una historia de apego no resuelto relativa a pérdidas propias que configuran una transmisión intergeneracional de los problemas en el apego. Los pacientes TLP bajo esta categoría parecen ser los más perturbados en términos psicopatológicos y los que presentan mayores niveles de inestabilidad afectiva.

Respecto de las “estrategias” empleadas para lidiar con las alteraciones crónicas y tempranas del apego, como se describió en el capítulo 1, los adultos con apego preocupado **hiperactivan** el sistema de apego buscando relaciones en forma impulsiva y

Tabla 3. Clasificación de apego en adultos de acuerdo con AAI (Main et al., 1990)

Patrones de apego en el adulto (AAI)
• 1. Seguro/autónomo: valoran la relación de apego. Integran de manera coherente los recuerdos de las relaciones en una narrativa significativa. • 2. Inseguro/despreciativo: niegan, devalúan, denigran, idealizan (en algunos casos) las relaciones actuales o pasadas. Integran mal los recuerdos de las experiencias con su significado actual. • 3. Inseguro-ansioso/preocupado: se encuentran abrumados o confundidos por relaciones actuales o pasadas. El individuo busca relaciones compulsivamente y muestra conductas para llamar la atención. • 4. No resuelto/desorganizado: Dificultad para entender el estado de sí mismo y de los otros consecuencia del uso de modalidades de prementalización. Los pacientes que utilizan esta modalidad, tienen una tendencia para las hipermentalizaciones. Intentos constantes por pero no exitosos de mentalizar. La narrativa de las relaciones es desorganizada.

desarrollando una fuerte dependencia emocional, mostrando baja tolerancia a la ansiedad, bajo umbral a situaciones potenciales de rechazo, inestabilidad afectiva, consumo de sustancias como forma de aliviar sentimientos de abandono, hipocondrias para buscar cuidado que por lo general genera rechazo en aquellos que desean vincularse con estos pacientes, presentándose un círculo viciosos de rechazo-abandono-nueva búsqueda de relaciones y/o conducta hipocondríaca de difícil tratamiento.

El subtipo evitativo por el contrario evidencia lo que Bateman et al. (43) denominan estrategias de hipoactivación del apego, se muestran poco afectivos, no demasiado interesados en las relaciones, pasivos, en ciertos momentos onnipotentes considerando que no necesitan relaciones profundas y que pueden “resolver todos mis problemas por mí mismo sin ayuda de otros” (ver capítulo 1). Bowlby (44), denominó a estas personalidades como “autoconfiados compulsivos”.

Los subtipos de apego ansioso/preocupado y el no resuelto, conducen a evidentes fallas temporales, dependientes del contexto y de

la calidad de las relaciones interpersonales de los procesos de mentalización, ya que la energía disponible para pensar en sí mismo y los otros, simbolizar, abstraer y fantasear se encuentran (mentalizar) comprometidas.

Oscilaciones en el apego en el TLP

Las formas de apego preocupadas y no resueltas muestran implícitamente el dilema o conflicto presente en la mayoría de los pacientes TLP, **temor al acercamiento emocional hacia los otros significativos por temor a la perdida posterior de esos vínculos o en menor medida por ansiedades relativas a quedar atrapado en una relación vivenciada como sofocante o engolfadora, que llevaría a la amenaza de pérdida de la propia** identidad (46).

Melges et al. (47) proponen un modelo cibernético para explicar este dilema (al igual que Bowlby quien consideraba el modelo del apego bajo ese funcionamiento), este se explica mediante una regulación de la distancia emocional en las relaciones que mantienen los pacientes límite, tanto la cercanía emocional como la distancia generan un **feedback negativo, esto conduce a que el pacien-**

Tabla 4. Síntesis de la relación TLP y estilo de apego (modificada de: Choi-Kain, L y Finch, E. 2017) (41)

Dimensiones fenotípicas TLP	Estilo de apego
Dificultades en la autoregulación: impulsividad, reactividad emocional e ira	Ansioso/Ambivalente
Conductas de automutilación y disociativas	Desorganizado
Relaciones interpersonales inestables, idealizadas o devaluadas en forma alternarte	No clasificado

te oscile entre vínculos de apego <--> desapego como una forma de mantener la distancia emocional (en términos de Fonagy, serían similares a las estrategias de hipoactivación e hiperactivación del sistema de apego). Bajo el término “cibernético”, Melges hace referencia a un proceso de control mediado por mecanismos de retroalimentación, si el mecanismo es negativo indica información que se ha alejado de un objetivo y requiere un nuevo control, esto puede observarse en las relaciones de pareja entre pacientes TLP, cuando uno de ellos culpa al otro por alguna razón, el otro miembro de la pareja intenta una retaliación, el intento de corregir esta situación, amplifica el conflicto original y ocurre un círculo vicioso o espiral de conflictos y la conducta apego <--> desapego. Para ejemplificar mejor este modelo, podemos hacer la analogía con un termostato de aire acondicionado establecido en mantener la temperatura en 25 grados Celsius, cada vez que la temperatura ambiente se aparta de la establecida por el sistema de control, se produce un ajuste.

Este modelo podría explicar la patología TLP como una serie continua de intentos fallidos de mantener la homeostasis en las relaciones interpersonales, las cuales debido a factores genéticos y psicosociales se prestan a una desregulación permanente.

Uno de los objetivos de la MBT para TLP es en primer lugar mentalizar emocionalmente este dilema, que casi invariablemente se presentará entre el paciente y el equipo de tratamiento y en el caso de los grupos, en la relación de los pacientes con sus pares. El modelo de hospital de día para tratamiento del TLP ofrecería una inmejorable oportunidad para estudiar y observar estas dinámicas y conseguir “regular” el termostato. Al mismo tiempo, pero de gran importancia es la ganancia de confianza epistémica que el paciente

en forma lenta pero sostenida va logrando con sus pares y los terapeutas (43, 48).

En pacientes TLP la distancia emocional se vivencia como **ansiedades relativas a la cualidad de abandono y el acercamiento al intento de ser controlado o dominado**.

En párrafos anteriores me refería a las ideas de Celani que pueden ser comprendidas mediante este modelo, en especial cuando se lo aplica a familias con algún integrante TLP, el paciente teme ser abandonado si expresa y demuestra deseos de independencia y autonomía, por otro lado si permanece sumiso a la familia sufre el temor de ser dominado/controlado y podría llegar a sentir profundo enojo y conductas impulsivas para demostrar la ira o controlarla, intentos que resultan fallidos ya que pueden empeorar la patología TLP sin mejorar el conflicto subyacente o puede inducir al clínico si el paciente se encuentra bajo tratamiento psicofarmacológico a aumentar/combinar/sustituir drogas de dudosa eficacia.

Retornando al modelo presentado más arriba, la situación de apego <--> desapego deja al paciente (y sus relaciones más significativas) en un estado de desconcierto con dificultades simultáneas y paradójicas tanto para poder separarse o permanecer en una relación menos atemorizante o controladora.

Repetidamente el paciente TLP bascula entre el **apego** (amor, aferramiento y dependencia) y el **desapego** (ira, devaluación de la relación y tristeza por el abandono), el paciente funciona dentro de un rango estrecho, demasiado cerca o demasiado lejos es amenazante, cuando dicho rango es superado por modificaciones leves, el paciente TLP experimenta retroalimentación negativa (el termostato se aleja del punto de control).

En el marco de explicación cibernético, las emociones displacenteras se experimentan como señales erróneas que reflejarían la

dificultad subjetiva de alcanzar un objetivo, el paciente experimenta recurrentemente “error” y las mencionadas emociones cuando se relaciona con otros (demasiada cercanía) como cuando realiza acciones para “alejarse”, por lo tanto, presenta los factores para generar relaciones amor/odio e inestabilidad afectiva. Por otra parte, el paciente permanece fijado en un eterno presente que no le permite mantener memorias de relaciones de cualidades diferentes (47).

La participación paterna en el modelo de apego

En partes de este capítulo, me he referido en el marco del apego a conducta parental, con esto quiero significar que si bien el rol de la madre (o si fuera un niño huérfano el cuidador primario) resulta insoslayable, sin embargo, investigaciones recientes señalan e intentan comprobar el rol y los mecanismos neuronales de las conductas paternas y sus efectos en los hijos (49).

Esta relación es de doble vía: cambios en las redes neuronales del hijo <—> cambios en los circuitos cerebrales paternos y posterior transmisión generacional de esos cambios. La crianza y cuidado de la prole

resulta uno de los mecanismos más evolucionados y conservados en las especies y tal vez el más importante de todas las conductas sociales (50).

Veamos la perspectiva desde los siguientes tres puntos:

- ¿Qué se sabe actualmente de los circuitos neuronales que sustentan la conducta paterna, al igual que su modulación y control hormonal?
- ¿Cuál es la importancia real y actual que estos mecanismos tienen para el desarrollo infantil?
- La investigación en este campo puede traer a la luz los mecanismos de la sociabilidad en nuestra especie que incluyan funciones cerebrales de alto nivel social y acerca del desarrollo del cerebro social (ToM y mentalización).

Las investigaciones de Ruth Feldman de la Universidad Bar Ilan de Israel y Yale permiten aproximaciones interesantes acerca de la sociobiología de la conducta paterna

Cuadro 2. Síntesis de la teoría de Fonagy et al., acerca del apego patológico en TLP

- Fonagy considera TLP como patología de déficit. El niño abusado intenta inhibir la capacidad de pensar, de otra forma tendría que considerar la maldad del objeto de quien puede necesitar para sobrevivir.
- Hipervigilante hacia otros sin prestar atención a su mundo interno.
- Aparte el apego desorganizado da lugar a un *self* desorganizado
- La mentalización actúa como *buffer*, frente a una situación conflictiva puede dar lugar a alternativas y/o hipótesis auxiliares.

que pueden ser importantes para complementar la teoría del apego y los tratamientos sugeridos cuando existen severos traumas de apego (50).

En primer lugar, presento un breve comentario acerca del modelo de paternidad en la sociedad norteamericana solo como ejemplo, el cual no necesariamente debe ser extrapolado a otras culturas como las del mundo oriental (los lectores interesados pueden consultar la referencia 51).

El papel de figura paterna ha sufrido cambios importantes, al menos en nuestra cultura occidental, existe un conflicto constante entre la figura paterna como un proveedor material (tradición ya expuesta en la Biblia: “te ganarás el pan con el sudor de tu frente”) y la importancia de su presencia en la crianza. En Norteamérica, en los períodos iniciales de la industrialización ser un “buen padre” era instruir al hijo en la devoción religiosa, inculcar hábitos de trabajo y facilitar el conocimiento para tener éxito en cultura predominantemente agraria. Esta modalidad de relación comenzó a cambiar luego de la guerra civil en el siglo XIX, el crecimiento de la economía, entre otros factores, condujo al padre “fuera de la casa” para integrarse a la fuerza laboral. Este cambio permitió el crecimiento de una fuerte clase media al mismo tiempo que puso mayor atención a los derechos de los niños que ya no deberían ser considerados una fuerza laboral adicional en las tareas rurales (los niños comenzaron a escolarizarse). Otro cambio sorprendente fue la presencia de algunos padres en el momento preciso del nacimiento de su hijo.

Hacia el comienzo del siglo XX, ocurre un importante fenómeno, la tasa de natalidad comienza a bajar de 6 hijos promedio en cada familia a tres hijos, estos cambios favorecieron tal vez una mayor atención

hacia los hijos y/o el temor de los padres a la mortalidad temprana de los infantes por diversas enfermedades, al mismo tiempo la psicología infantil daba sus primeros pasos reconociendo la importancia de los procesos de desarrollo en los niños. Al menos en EE.UU. y gran parte de Europa, dos hechos cruciales debilitaron aún más la presencia paterna: la gran crisis económica de 1920 y las guerras mundiales, en especial la segunda guerra, que menoscabó aún más la presencia paterna más allá de generar miles de niños huérfanos de padre.

Otro cambio mayor ocurre en la década de los sesenta con el surgimiento de los movimientos de liberación femenina, permitiendo a la mujer merecidos derechos de incorporación a la educación y a la fuerza laboral (aunque tal vez estos hechos hayan ocurrido antes de la década de los sesenta de acuerdo con mi opinión). La situación social en EE.UU. (al menos tomándola como modelo estándar) evolucionó hacia niños pasando las noches fuera del hogar familiar, esto junto con el aumento de la criminalidad, abuso de drogas y alcohol en adolescentes, sugirió que el padre “ya no era necesario”.

Las evidencias provistas en este capítulo y en las investigaciones presentadas a continuación, deberían permitir una profunda reflexión acerca de la importancia de la interacción del niño con el padre en aquello que en mi opinión debería denominarse la **“segunda generación de los estudios acerca del apego”**.

Neurobiología de la conducta paterna

En primer lugar, las investigaciones recientes (49, 50, 52, 53) encuentran una red neuronal denominada **red neuronal global de cuidado parental** que se extiende a nivel cortical-subcortical y representa el sustrato de

la conducta paterna y materna, **dicha red en parte coincide con los circuitos y áreas de la mentalización.**

La red de circuitos corticales y subcorticales relacionadas con la conducta paterna, no son muy diferentes a aquellas involucradas en otras especies de mamíferos y abarca las conexiones entre la amígdala (Amg), globo pálido (GP) y las respectivas conexiones con el polo cortical frontal (50), las áreas correspondientes a la **mentalización** abarcan al sulcus temporal superior (STS), la unión temporal-parietal (TPJ) y los polos temporales. La regulación emocional comprende la corteza prefrontal orbital (OFC), corteza prefrontal dorsal lateral (dIPFC) y la corteza prefrontal ventral lateral (vIPFC).

Otro concepto a tener en cuenta en la relación paterno-filial (estudios del apego de segunda generación como mencioné más arriba) es el de **personificación simulada**, significa la coordinación motora-perceptual y una especie de conocimiento “como sí” de las acciones del niño imbuidas en el cerebro paterno, estas acciones ocurren vía un sistema de “simulación personificada” que permite al padre resonar al unísono con la motricidad del niño y sus estados emocionales que finalmente resultan en una comunicación social coordinada, proceso similar al que ocurre durante la mentalización, estos cambios asociados a la conducta paterna, ocurren mediante la activación del lóbulo parietal inferior (IPL) y el área motora suplementaria (SMS) (49, 52)

Se observa mayor grado de conectividad entre la Amg y STS en padres biológicos respecto de padres adoptivos, en tanto que, en las madres, se observa mayor conectividad en el circuito de recompensa, la vía mesolímbica y las estructuras subcorticales como el núcleo accumbens (Nacc) con mayor predominio de neurotransmisión dopaminérgica (DA).

En segundo lugar, se ha comprobado que la conducta paterna se asocia a cambios en la organización de circuitos que intervienen en fenómenos de plasticidad neuronal facilitada molecularmente como ya fue dicho por OXI, esta neurohormona, favorece la reorganización de circuitos que incrementan la actividad entre la amígdala, el hipocampo y precúneo las cuales son consideradas al mismo tiempo áreas de mentalización y la OFC que participa en la regulación emocional (50, 52). Los cambios plásticos en las regiones mencionadas parecen ser más importantes en el padre, y existe cierta variabilidad entre especies (49, 52-53) En esta reorganización, participarían también los estímulos que provienen del infante, los cuales serían más acentuados en el cerebro paterno respecto del materno logrado mediante interacciones sucesivas y repetidas con la figura paterna durante un determinado período de mayor sensibilidad (una suerte de ventana temporal).

Siguiendo a Feldman et al., esta investigadora, sostiene que aquellos padres involucrados en el cuidado filial muestran activación (medida mediante estudios por imágenes) en todas las regiones **del sistema neuronal global del cuidador**, en respuesta a estímulos provenientes del niño, comparado con aquellos que no son padres, esta actividad no se observa en padres no relacionados con su propio hijo (52, 55).

Otros cambios observados en la conducta paterna fueron los siguientes:

- Aumento en el volumen de la sustancia gris en la madre y el padre luego del parto hasta el 4to. mes de vida neonatal, aumento de la conectividad en los padres a nivel de Amg, hipotálamo, corteza subgenual y corteza prefrontal lateral (PFCI), recordemos que

algunas de estas áreas corresponden a procesos de mentalización.

- Un concepto importante a tener en cuenta es el de sincronía (del griego *συνχρονος* *synchronos*, coincidencia de hechos o fenómenos en el tiempo) conductual denominada también coordinación, co-regulación o respuesta mutua. Estos procesos, significan la capacidad para comprometerse en intercambios sociales con los otros significativos en eventos sociales unificados, significa también la coordinación *online* de los procesos fisiológicos, conductuales y hormonales entre los miembros participantes de determinada conducta social. La relación paterno-filial, favorece el desarrollo psicofisiológico y social del niño y requiere para producirse cierta ventana de tiempo o período crítico (53).

- La sincronía emocional que involucra el sistema de neurotransmisión OXI tanto de la madre como del padre permite el desarrollo de este mismo sistema hormonal en los hijos, favoreciendo la interacción social, la conducta acorde y la transmisión **intergeneracional del vínculo de apego** (50). Una investigación de Feldman et al. (54) ofrece una prueba de este proceso: 36 madres y 19 padres interactuaron durante 15 minutos con sus hijos, los investigadores midieron la concentración basal de OXI parental (madre y padre), midieron luego de la interacción (juego durante 15 minutos) la concentración en saliva de OXI, encontraron que los niveles de OXI se mantuvieron estables durante la evaluación y se elevaron luego de la interacción socio-emocional tanto en los padres como en sus hijos (4-6 meses de edad). Este estudio es el primero en comprobar que en humanos la interacción socioafectiva con sus respectivos hijos incrementa los niveles

de OXI en la tríada, sin embargo, el estudio tiene ciertas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta: el estudio no fue longitudinal, empleo una sola medición como fue mencionado más arriba, por otra parte, se midió la concentración en saliva de OXI que puede no ser representativa del nivel de OXI cerebral.

Síntesis de los sistemas relacionados con la conducta paterna

Resultan de importancia el **sistema de empatía** que comprende la actividad de la ínsula anterior y el sistema de neuronas en espejo (MNS) que intervienen en la capacidad para resonar con los estados emocionales y el dolor observado en los otros. Mediante la formación de circuitos de experiencias en “primera y tercera persona” (53), permite “anclar” los sentimientos en el momento actual. El segundo sistema importante es el que comprende la **mentalización** (ya descrito) relacionado con el primer sistema, ya que la conducta paterna abarca poder comprender los estados emocionales y las cogniciones en uno mismo y en los otros.

Todos estos sistemas corresponden a aquello que Feldman denomina **cerebro social**; más desarrollado en nuestra especie debido al crecimiento amplio de las cortezas asociativas en comparación con las áreas sensoriomotoras, más primitivas (esto no significa menos desarrollo sino funcionamiento inicial) estas regiones se encuentran más desarrolladas en chimpancés respecto de nuestra especie. La conducta paterna en monos parece más limitada y transitoria.

En *sapiens*, la conducta paterna, tiene relación con el desarrollo de la memoria, las señales multimodales y los procesos asociativos (53).

En nuestra especie, para el desarrollo del

cerebro paterno son importantes las conexiones entre la Amig y el sistema de recompensa, las primeras por la conducta paterna de vigilancia y preocupación por la seguridad física y emocional del infante y la segunda por la recompensa emocional que genera la relación paterno-filial. Resulta importante la inducción de mayor plasticidad cerebral que genera en el padre la relación con su hijo, ya que permitiría una oportunidad para la reorganización de las regiones cerebrales ya mencionadas, en este proceso, la OXI parece tener un rol crítico, favoreciendo la organización de circuitos que sustentan la conducta paterna (52-55).

Como resultado y consecuencia importante de la conducta paterna suficientemente buena se observa en niños: **1) disminución de la agresión y la conducta impulsiva; 2) mayor cooperación entre pares; 3) mayor respeto y empatía en la relación entre pares y muy importante; 4) transmisión intergeneracional de estas conductas a las futuras generaciones.**

Una revisión contemporánea del trauma de apego basado en la mentalización

Actualmente, Fonagy et al. (65) han comenzado una actualización y ampliación de la comprensión del trauma de apego, la mentalización, la cognición social, la aplicación de estos conceptos en el TLP y las consideraciones para el tratamiento. A continuación, voy a referirme a los componentes esenciales de estos cambios.

Ya fue mencionado que el problema central de todos los trastornos de la personalidad y el TLP en particular es el problema de la identidad: difusión de identidad, identidad pobremente integrada, deficiencias en el sentido del sí mismo.

En otro trabajo me he referido también al sentimiento de exclusión social y otros

autores han hecho referencia al papel central del fenotipo de hipersensibilidad en las relaciones interpersonales (56-58). Estas deficiencias en la estructura mental y en el sistema representacional, típicas de los pacientes con TLP, se han relacionado con otras características clave del trastorno, como la inestabilidad afectiva, disociación e impulsividad.

La práctica clínica y la investigación sugieren prevalencia elevada de experiencias adversas tempranas (59-64) al menos en un grupo de pacientes TLP.

Luyten et al. (65) señalan que el modelo de **trauma complejo** (TC) en particular desempeña un papel clave en la explicación de los graves problemas en la identidad en pacientes con TLP.

El TC, comprende todas aquellas situaciones adversas de origen temprano o al menos hasta la adolescencia y comprende un conjunto amplio de adversidades como abuso sexual, físico, psicológico, enfermedad mental severa de los padres, etcétera, que ocurren a lo largo del desarrollo infantil y se enmarcan en el mencionado trauma de apego, en la bibliografía se lo denomina también trauma tipo 2, para diferenciarlo del PTSD o trauma tipo I que ocurre como respuesta a situaciones puntuales catastróficas, por ejemplo, haber sufrido un accidente o ser víctima de un delito. El TC tipo 3, hace referencia a aquellas situaciones de maltrato o descuido emocional y abuso sexual perpetrado en el contexto del apego.

Se piensa en dos cambios importantes relacionados al punto de vista sobre el TC: 1) el impacto negativo del TC debe considerarse dentro de un marco más amplio que enfatiza las interacciones continuas entre los factores ambientales y los factores biológicos, 2) la “**confianza epistémica**” se ve

interrumpida por el trauma, se producen fallas severas en la capacidad de apego y las propiedades asociadas de cognición social o mentalización, cerrando la mente del individuo hacia mundo social y, por lo tanto, la posibilidad de aprender y la recalibrar la capacidad de mentalización. La idea central que subyace al enfoque actual del trauma complejo y la identidad es ese entorno de contexto sociocultural.

El colapso en la comunicación y el aprendizaje social genera la experiencia de aislamiento que se asocia con un trauma complejo, siendo típico de las personas con TLP, y cierra aún más la capacidad de acceder al funcionamiento adaptativo de la imaginación social en las relaciones interpersonales.

Esta pregunta ha llevado a una segunda tradición en la investigación sobre la naturaleza y el diagnóstico de TLP, haciendo hincapié en los puntos en común entre los pacientes con TLP y los pacientes con trastorno de la personalidad en general. Históricamente, varios enfoques teóricos han invocado el concepto de un sentido alterado de sí mismo o identidad. De acuerdo con estos hallazgos, se han propuesto diferentes niveles de deficiencias en uno mismo o en la identidad y el funcionamiento interpersonal como dimensiones centrales que subyacen a los trastornos de la personalidad, y el TLP específicamente.

De hecho, se puede considerar que el TLP es el trastorno prototípico en términos de problemas relacionados con la identidad y aquellos asociados con el apego y las relaciones interpersonales. En mi opinión, no

se ha hecho suficiente hincapié en que, si bien el TLP se caracteriza por la difusión de la identidad y la marcada inestabilidad y fluidez asociadas con estas características, al mismo tiempo también se asocia con una marcada rigidez. La rigidez de los pacientes con TLP ha sido un componente central en muchas teorías del TLP, y se ha invocado para explicar la estabilidad temporal y cruzada de los rasgos de personalidad relacionados con el TLP. Sin embargo, existe un claro riesgo de reificación y circularidad aquí, ya que necesitamos comprender los mecanismos responsables de la disminución en estos pacientes de la capacidad de adaptación y cambio, y las raíces de desarrollo de este proceso.

En este contexto, los teóricos del desarrollo emocional en el marco del apego han descrito el cambio adaptativo de la personalidad en términos de la capacidad de responder adecuadamente a las circunstancias de la vida interna y externa siempre cambiantes (7, 30, 44). Desde una visión actual, tanto los enfoques de apego como los teóricos de la relación de objeto han descrito la rigidez como una característica central de la patología de la personalidad (66). Específicamente, Blatt y sus colegas han enfatizado que, si bien el desarrollo adaptativo de la personalidad se caracteriza por la capacidad de reevaluar constantemente el sentido de sí mismo y la relación en el curso del desarrollo, la psicopatología implica una falta de capacidad para moverse con flexibilidad alrededor de cualquier polaridad, lo que lleva a un énfasis exagerado en identidad y autonomía, o apego y relación (67, 68).

Referencias bibliográficas

1. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. 2010; 9 (1): 11-5.
2. Bateman AW, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
3. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016.
4. Buckner R, Di Nicola L. The brain's default network: updated anatomy, physiology and evolving insights. *Nat Rev Neurosci*. 2019; 20:593-8.
5. Beer, J. The default self: feeling good or being right?. *TICS*. 2007; 11 (5): 188-9.
6. Debanné M, Nolte T. Contemporary neuroscientific research. En: Bateman A, Fonagy P, editores. Handbook of mentalization in mental health practice. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019. p. 21-35.
7. Hoermann S, Clarkin J, Hull J, Levy K. The construct of effortful control: an approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathol*. 2005; 38 (2):82-6.
8. De Panfilis C, Meehan KB, Cain NM, Clarkin, JF. The relationship between effortful control, current psychopathology and interpersonal difficulties in adulthood. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(5): 454-61.
9. Arnsten AF. Stress impairs prefrontal cortical function in rats and monkeys: role of dopamine D1 and norepinephrine alpha-1 receptor mechanisms. *Prog Brain Res*. 2000; 126: 183-92.
10. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Press; 2008.
11. Domes G, Schulze L, Herpertz S. Emotion recognition in borderline personality disorder—a review of the literature. *J Per Disord*. 2009; 23(1):6-19.
12. Eisenberger N, Lieberman M. Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *TICS*. 2004; 8(7):294-300.
13. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003; 54(11): 1284-93.
14. Lynch TR, Rosenthal M Z, Kosson DS, Cheavens S, Lejuez CW, Blair R. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. 2006; *Emotion*, 6(4): 647.
15. Wagner AW, Linehan M. Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation?. *J Personality Disord*. 1999; 13 (4): 329-44.
16. Schulze L, Domes G, Köppen D, Herpertz S. Enhanced detection of emotional facial expressions in borderline personality disorder. *Psychopathol* 2013;46:217-24.
17. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. *J. Personality Disord*. 2015; 6 (4): 366-79.
18. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disor Emot Dysregul*. 2017; 4, 2-12.
19. Ripol IH, Snyder R, Steele H, Siever, LJ. The neurobiology of empathy in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15, 344. doi: 10.1007/s11920-012-0344-1.
20. Gallese, V. The “shared manifold” hypothesis: from mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies*. 2001; 8, 33-50.
21. Gallese, V. Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience. *Phenomenological Cognitive Sci*. 2005; 4, 23-8.
22. Gweon H, Dodell-Feder D, Bedny M, Saxe, R. Theory of mind performance in children correlates with functional specialization of a brain region for thinking about thoughts. 2012; *Child Dev*. 83 (6):

1853–68.

23. Kernberg O. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.

24. Cohen, D. Teoría de la mente: un paradigma para unir la brecha entre la neurona y la mente. En: Zieher LM, editor. Neurociencia: de la neurona a la mente. Buenos Aires: Editorial Sciens; 2017. p. 51-111.

25. Bateman A, Motz A, Yakeley J. Antisocial personality disorder in community and prison settings. En: Bateman AW, Fonagy P, editores. Handbook of mentalizing in mental health practice second edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2012. p. 335-351.

26. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder a mentalizing model. J Personal Disord. 2008; 22: (1), 4-21.

27. Fonagy, P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. Int J of Psychonal. 1991; 72, 639-656.

28. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affective mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. Int J of Psychoanal. 1996; 77:1181-12.

29. Fonagy P, Gergely G, Target, M. The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. J Child Psychol Psychiatry. 2007; 48: 288–28.

30. Selby EA, Joiner TE Jr. Cascade of emotions: the emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioural dysregulation. Rev Gen Psychol. 2009; 13(3): 2-19.

31. Luyten P, Campbell Ch, Fonagy P. Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. J of Pers. 2019; 00: 1–18. DOI: 10.1111/jopy.12483.

Evaluación general de la mentalización

Introducción al tratamiento

Diego Cohen

Resumen

Una evaluación exhaustiva implica investigar las diferentes dimensiones de la mentalización, frente a situaciones de estrés y las relaciones interpersonales. Esto incluye cómo el paciente mentaliza la relación con los evaluadores. Puede requerir mayor esfuerzo diferenciar buenas capacidades de mentalización frente modalidades tipo cliché. En general, la evaluación de mentalización debe cumplir los siguientes objetivos:

1. Proporcionar un mapa de las relaciones interpersonales importantes y su conexión con comportamientos conflictivos.
2. Evaluar la calidad de la mentalización en estos contextos.
3. Delimitar intentos significativos conscientes para socavar la mentalización.
4. Evaluar si las dificultades para mentalizar son generalizadas o parciales.
5. Evaluar modalidades de pseudomentalización o formas concretas de mentalización.

Introducción

Las dimensiones de los procesos de mentalización ya fueron expuestas en el capítulo 2 (modalidades de mentalización). En primer lugar, resulta importante diferenciar una buena capacidad de mentalización de respuesta tipo *cliché* que pueden indicar pseudomentalización.

En los pacientes diagnosticados como TLP, resulta importante observar que sucede con la mentalización en diferentes contextos y situaciones, en especial frente al estrés psicosocial y en las relaciones interpersonales (apego). En este trastorno, como ya fue expuesto, las dificultades presentes en las dimensiones de la mentalización pue-

den ser parciales, reversibles y dependientes del contexto. Los objetivos principales para evaluarla son: 1) observar las dificultades en la mentalización para incluirla como tema focal en la psicoterapia y 2) proporcionar al clínico un panorama general de las relaciones interpersonales y cómo estas son gestionadas por el paciente límite (1). El Grafico 1, sintetiza las formas fundamentales de mentalización en TLP.

Evaluación no estructurada de la mentalización

El entrevistador debe estar especialmente atento a la historia de apego del paciente, tanto de las relaciones actuales como pasadas, el contexto y la forma de experimentar

estas relaciones.

Ya que resulta importante tener en cuenta las dimensiones de la mentalización, señaladas teóricamente en el capítulo 2, veremos en detalle en las siguientes tablas formas de presentación de las dimensiones de la mentalización presentes en pacientes límite (Cuadros 1 a 5).

Evaluación estructurada de la mentalización

Se basa fundamentalmente en la aplicación de entrevistas estructuradas y semi estructuradas, la entrevista *gold standard* (All) fue descripta en el capítulo 1, remitimos al lector a esa clasificación. En la tabla 5, se presenta una descripción más detallada de los puntajes (2, 3).

Aquellos lectores, clínicos o investigado-

res que deseen conocer un número detallado de escalas pueden consultar la referencia bibliográfica número 1, p. 112-114. Recientemente fueron validadas versiones de la AAI que miden RF, para ser empleadas en niños y adolescentes (4, 5).

Generar un perfil de mentalización

Antes de iniciar el tratamiento, resulta importante que el clínico configure un perfil de la capacidad de mentalización de un determinado paciente al mismo tiempo otras cuestiones relevantes son las siguientes:

- Facilidad y rapidez del paciente para cambiar de modalidades automáticas / controladas y viceversa.

Tabla 1. Mentalización interna/externa

Proceso	Déficit en TLP y ejemplos
Capacidad para comprender las relaciones y características internas y externas del sí mismo y los otros.	Representación fragmentada, superficial y contradictoria del sí mismo en paralelo con representaciones de cualidad similar en los otros significativos. Por ejemplo, “odio a mi esposa, la agredí verbalmente pero no toleraría que me abandone”.
Sensibilidad a las características internas/externas de sí mismo y los otros.	Deficitaria en TLP, se guía por impresiones superficiales, poco profundas y rápidas.
Fallas para percibir y corregir las impresiones iniciales que tenemos de los otros, basadas en características externas. Capacidad para permitir que los otros corrijan esas impresiones.	“No me gustó la mirada de enojo de mi anterior terapeuta por eso lo deje al cabo de pocas entrevistas”

- Cuánto tiempo le toma para retomar la modalidad controlada luego del cambio desde la modalidad automática. Requiere un cuidadoso análisis del contexto relacional del paciente en particular de la historia de apego (ver capítulo 3).
- Evaluar el grado de estrategias de hi-poactivación o hiperactivación de apego y el intercambio entre las mismas.
- Evaluar situaciones o relaciones que

promuevan el cambio entre las diferentes modalidades de mentalización.

- Las dimensiones externa/interna; sí mismo/otros, cognitiva/afectiva son también de particular importancia, algunas preguntas pueden ayudar: ¿por qué piensa Ud. que ella lo miró de forma tan enojada? Ud. me contó cómo se siente con respecto a él/ella ¿pero, cómo cree que se sienten con Ud.¿; Ud. me contó acerca lo que pensó en esa situación ¿pero qué cree que sintió?

Tabla 2. Mentalización sí mismo/otros

Proceso	Déficit en TLP y ejemplos
Egocentrismo y representación de los otros desde esa perspectiva. Poca capacidad para controlar/inhibir la propia perspectiva “absolutismo del sí mismo”.	Se observa más afectada en el trastorno narcisista de la personalidad (TNP) . No obstante, debido a cuadros clínicos mixtos o TLP con rasgos narcisistas, la incluyo en esta tabla. “Me va mal porque tengo mala suerte, mientras otros saben cómo acertar con los problemas y no aprecian mis capacidades”.
Dificultad para diferenciar los estados emocionales y separación defensiva de los propios estados respecto de los otros significativos.	“Todo a mi alrededor resulta confuso, en especial cuando tengo gran ansiedad, no sé si se refieren a mí u otra persona”. Una paciente cancela el tratamiento mediante mensaje de texto sin permitir contacto alguno para aclarar la decisión. Un paciente TLP con depresión moderada, se identifica con la historia de depresiones severas en ambos padres.
Rigidez para comprender la propia perspectiva respecto a la de los otros.	“Ud. es siempre igual, termina antes la sesión cuando necesito hablar acerca de mis problemas durante mayor tiempo”.

En el capítulo 1, señalo los indicadores que reflejan una buena capacidad de mentalización, aquellos lectores interesados en el tema pueden consultar:

www.annafreud.org/media/2605/checklist-for-the-clinical-assessment-of-mentalizing

Pseudomentalización

Bajo esta modalidad el paciente expresa un alto grado de certeza, no da lugar a dudas acerca del relato, predomina la **certeza** acerca de situaciones o hechos, en lugar de la duda normal para conocer la mente de los otros. Esta forma de mentalización se encuentra relacionada con la modalidad de equivalencia psíquica descrita en el capítulo 2. Mediante la pseudomentalización, a

pesar de reconocer y concebir estados mentales, estos no se corresponden con la realidad actual. En la práctica se puede observar cuando el paciente hace referencia a estados mentales pero basados solamente sus propios intereses. En otras situaciones esta forma de mentalización se refiere a procesos mentales improbables, pobremente fundamentados, con escasas evidencias e imprecisos que de todas maneras el paciente da por ciertos.

De acuerdo con Bateman et al., (1) la pseudomentalización se presenta en alguna de estas tres categorías: 1) **intrusiva**, la opacidad de la mente no es tenida en cuenta; los conocimientos y pensamientos sobrepasan contextos específicos; presenta pensamientos y sentimientos de forma compleja y detallada no contrastables con

Tabla 3. Mentalización cognitiva y afectiva

Proceso	Déficit en TLP y ejemplos
Foco cognitivo: tendencia a comprender la mentalización como un juego racional intelectual.	“El problema es un desbalance químico en mi cerebro que produce esta depresión”.
Tendencia a la hipermentalización cognitiva y/o afectiva o pseudomentalización. Foco afectivo: tendencia a sentirse abrumado por los afectos acerca de los estados mentales.	Relato interminable y aparentemente trivial de los problemas que acusa el paciente. Tormentas afectivas. Ansiedad extrema. Pánico.
Habilidad para para involucrarse en la mentalización afectiva y personal, significa la capacidad de integrar la mentalización cognitiva y afectiva acerca de uno mismo y los otros.	Estados disociativos, despersonalización y desrealización, disociación entre las ideas y los afectos, desafectivización en las relaciones interpersonales. Impresión de trabajar en terapia con un paciente “congelado”.

Tabla 4. Metalización automática y controlada en contextos relaciones específicas

Evaluar si las dificultades en la mentalización son globales o parciales (global: alto grado de mentalización automática basada en distorsiones del sí mismo y los otros).	Las alteraciones globales se observan en estados psicóticos transitorios y en pacientes TLP con impulsividad severa, conductas de riesgo y acciones no planificadas.
Evaluar si hay discrepancias marcadas en la mentalización en situaciones de estrés leve o parcial vs. condiciones de estrés altas. ¿Los niveles de mentalización son igualmente altos o bajos en ambas condiciones?.	Un paciente TLP joven cometió suicidio (ahorcamiento) luego de la ruptura de un romance reciente.
¿Cuál es el nivel óptimo de estrés para mantener la mentalización?	
¿Cuán amplia es la falla de la mentalización bajo condiciones de estrés?	Una paciente TLP solía descompensarse y llamar a su terapeuta ante mínimas discusiones con su pareja, hasta que le fueron reiterados los límites de estas conductas.
Tiempo para recobrar la mentalización (relativamente alto vs. lento).	Una paciente TLP desarrolló síntomas somáticos (cefaleas intensas durante varias semanas) sin ningún hallazgo positivo luego de múltiples consultas con clínicos y especialistas.
Capacidad para autocorregirse o permitir ser corregido por otros bajo altos niveles de estrés.	El paciente que cometió suicidio no atendió ningún llamado cuando sus padres lo observaron profundamente alterado.
Existen relaciones específicas de apego que conducen a dificultades en la mentalización.	Una paciente TLP severa relata a su psiquiatra que cada vez que concurre a las entrevistas con el psicólogo que la atiende, luego de las mismas, se siente especialmente perturbada.

Tabla 5. Niveles de RF de acuerdo con la AAI (Ref. 3-5)

Proceso*	Descripción de la FR
9	Completa o excepcional: las respuestas de los entrevistados son sofisticadas, complejas y elaboradas, muestran un razonamiento utilizando sus propios estados mentales.
7	Marcada: las respuestas contienen numerosas afirmaciones que incluyen completa función reflexiva, existe una buena consideración de los estados mentales junto con intentos de desentrañar los estados mentales subyacentes a las conductas.
5	Definida o estándar: las respuestas del entrevistado reflejan cierto número de respuestas que demuestran reflexión, cuando recibe estímulos del entrevistador antes que en forma espontánea.
3	Cuestionable o baja: alguna consideración de estados mentales a todo lo largo de la entrevista, pero en un nivel más o menos rudimentario.
1	Ausente pero no repudiada: FR tota o casi totalmente ausente.
-1	Negativa: el entrevistado se niega sistemáticamente a una modalidad de mentalización durante toda la entrevista.

* Nota del autor: se pueden otorgar puntajes intermedios. Por ejemplo, 4.5, en la experiencia de uno de los autores y en base a una investigación todavía no publicada de validación al español de una versión autoadministrada de RF, los pacientes TLP en promedio tienen asignado un valor de 4.0/4.5. Los puntajes 3-5 indican RF baja o limitada, los puntajes 7-9 RF moderada a alta.

las evidencias reales; cuando se confronta al paciente la narrativa comienza a demostrar mayor grado de mentalización pobre, 2) **sobreactiva**, idealización de la comprensión para beneficio propio, los pensamientos de los otros se sienten confusos u oscuros, 3) **pseudomentalización imprecisa / destructiva**, negación de la realidad objetiva que socava la experiencia subjetiva, negación de los sentimientos reales de los otros reemplazándolos mediante una construcción falsa.

Síntesis de la pseudomentalización intrusiva

La pseudomentalización intrusiva surge cuando no se respeta la separación u opacidad de los estados mentales ajenos. El individuo cree que «sabe» que siente o piensa otra persona. A menudo, los elementos de lo que se afirma pueden ser bastante apropiados, pero las diferencias sutiles o cambios en el énfasis revelan pseudomentalización. Con frecuencia, esto ocurre en el contexto de **relaciones de apego** intensas en las que el individuo que está pseudomentalizando por ej. expresa lo que siente su pareja, pero lo extiende más allá de un contexto específico o lo presenta de manera no calificada. En su mayoría, los estados mentales se describen y elaboran con tal riqueza y complejidad que es improbable que puedan basarse en evidencias más objetivas. Cuando se intenta clarificar en el curso de una evaluación, la narración se vuelve poco reflexiva (¿cómo sabe que su compañero de trabajo rivaliza con usted? ¿cómo llega a la conclusión que su novia le es infiel?), se refiere a rasgos de personalidad o hace afirmaciones insostenibles basadas en la intuición.

Algunos modos normales de mentalización a modo de ejemplo se señalan en los cuadros 1 y 2.

Síntesis de la pseudomentalización hiperactiva

Esta forma de mentalización es una idealización de la intuición por sí misma. Es muy probable que la persona sobre la que aparentemente se mentaliza ni siquiera lo sepa, ya que el uso de la mentalización al servicio de una comunicación apropiada no es parte de la motivación para la pseudomentalización. Bajo esta forma hiperactiva, el paciente puede sentirse sorprendido o frustrado acerca de la falta de interés de la otra persona sobre las conclusiones a las que ha llegado.

Síntesis de la mentalización destructiva/imprecisa

En contraste, el tercer tipo de pseudomentalización, se caracteriza por la negación de la realidad objetiva y distorsiona la experiencia subjetiva de la persona descrita. A menudo, esta forma de pseudomentalización se emite en términos de acusaciones, como *“me provocaste”, “me pedías que te golpeara” “creés que sos la dueña del negocio y podés decidir lo que te parezca”*. La inexactitud radica en negar los sentimientos reales de alguien y reemplazarlos con una construcción falsa. Las indicaciones de pseudomentalización deben observarse en el curso de la evaluación y analizarse junto con pruebas de la calidad general de la mentalización. Todas las formas de mentalización y pseudomentalización deficientes también pueden ser específicas del contexto.

La pseudomentalización puede ocurrir solo en el marco de una relación de apego específica, o en un contexto temático particular. En estos casos, consideraríamos que la evidencia para la pseudomentalización es limitada. Tal evidencia de pseudomentalización limitada debería reducir la calificación

general de mentalización en una categoría. Por ejemplo, la RF calificada como estándar podría puntuar como baja (Ver tabla 5).

La comprensión concreta. Importancia en el TLP

La **comprensión concreta**, que está asociada una vez más con el modo de equivalencia psíquica, es la categoría más común de mentalización pobre o deficitaria. A menudo refleja un fracaso general de la apreciación de los estados internos. El corolario del desarrollo de la comprensión concreta es un modo de equivalencia psíquica para experimentar la subjetividad. Resulta normal, en los niños de 2 a 3 años, las experiencias de los estados mentales son vivenciadas de forma muy real. No hay distinción entre el estado asignado a un pensamiento o creencia y el asignado a la realidad física. Lo interno se equipara con lo externo. Por ejemplo, el miedo de un niño a los fantasmas genera una experiencia real como se podría esperar de la presencia de un fantasma real.

Del mismo modo, en el caso de la comprensión concreta, los estados mentales se ven privados de su estado especial y son tratados como si fueran equivalentes al mundo físico concretamente accesible.

El paciente en este modo no logra establecer conexiones entre los pensamientos y los sentimientos, por un lado, y las acciones del sí mismo y de los demás, por otro lado.

El entrevistado, muestra una falta general de atención a los pensamientos, sentimientos y deseos de los demás. La conducta se interpreta comúnmente en términos de la influencia de restricciones situacionales o físicas en lugar de sentimientos y pensamientos. Los prejuicios y otros tipos de generalizaciones son comunes, al igual que las explicaciones tautológicas y circulares del

comportamiento. Las descripciones o categorizaciones se toman como explicaciones, las explicaciones concretas se extienden más allá del rango dentro del cual deben usarse adecuadamente. Se pueden ofrecer en el nivel equivocado del discurso; por ejemplo, se solicita una explicación mentalizada en busca de motivos internos, pero se da una respuesta física. Al explicar un estallido violento, por ejemplo, el paciente puede referirse al carácter opresivo de la habitación en la que se encontraba, pero no a la evaluación que el clínico estaba realizando. Se completa con ausencia de reflexión y generalización: la reacción emocional desencadena inmediatamente la acción.

Se pueden ejemplificar indicaciones de mentalización concreta. El mentalizador concreto hablará en términos absolutos: “usted siempre”, “usted nunca”, “totalmente...” “siempre es lo mismo, ellos son todos así”. Dichas generalizaciones aplazan la necesidad de adquirir información sobre cualquier estado mental específico. Con frecuencia existe una cualidad de culpar o encontrar fallas en la mentalización concreta, que también nace de dificultades para explorar relaciones mentales complejas para los eventos.

Este sesgo es a menudo, aunque no siempre, egoísta. La autoculpabilidad es otra señal de comprensión concreta. La división, o el **pensamiento “blanco y negro”**, es otra característica; Es una forma de generalización que cierra la posibilidad de complejidad. Se proporcionan otros accesos directos al centrarse en las características personales inmutables del otro, como la raza, la inteligencia o los antecedentes culturales. Redundar en detalles es otra estrategia concreta; las descripciones excesivamente largas y detalladas de la secuencia de eventos en los encuentros interpersonales pueden reemplazar las explicaciones más simples y reflexivas.

En síntesis, **una característica distintiva de la comprensión concreta es la aparente ausencia de flexibilidad.**

Las limitaciones de comprender los pensamientos o sentimientos hacen que el individuo sea inflexible, de modo que opta por él y se adhiere rígidamente a la primera explicación aparentemente razonable que puede encontrar. **El proceso natural de considerar una gama de posibilidades y descartar aquellas que no son plausibles simplemente no es accesible.** Esto en sí mismo es una experiencia aversiva que conduce a una profunda sensación de alienación y un sentimiento de no ser entendido. **Actuar sin pensar no es simplemente un fracaso de inhibición; es una falla de un mecanismo normal que actúa como un amortiguador entre la percepción y la acción.** Normalmente, la resonancia con el estado mental de otro inicia un proceso de selección de reflexión y respuesta. En un paciente cuya comprensión de los estados mentales es extremadamente concreta, la resonancia puede inmediatamente ceder el paso a la acción.

En términos de contenido, una narrativa concreta a menudo indica que la persona está confundida cuando se enfrenta a la necesidad de encontrar una explicación basada en el estado mental. Pueden recurrir a marcos de referencia psicológicamente bastante inverosímiles (misticismo, signos de estrellas, lo sobrenatural) o relatos confusos de comunicación interpersonal inconsciente. Comúnmente, se hace una referencia genérica a la intuición general. La comprensión concreta, como sugiere el término, se basa en las apariencias, una paciente reciente que tuvo que aguardar 10 minutos para ser atendida se retiró de la sala y no volvió más a la consulta, cuando logré comunicarme con ella, respondió que todos los psiquiatras la trataban de igual manera.

Los estados mentales se ven privados de sus propiedades especiales y son tratados como si fueran equivalentes al mundo físico concretamente accesible. El paciente en este modo no logra establecer conexiones entre los pensamientos y los sentimientos, por un lado, y las acciones del yo y de los demás, por otro lado.

Resultan frecuentes los prejuicios y otros tipos de generalizaciones. Las descripciones o categorizaciones se toman como explicaciones. Si bien las explicaciones concretas son en su mayoría incorrectas, este no es siempre el caso. Sin embargo, las explicaciones concretas se extienden más allá del rango dentro del cual deben usarse adecuadamente. Se pueden ofrecer en el nivel equivocado del discurso; por ejemplo, se solicita una respuesta mentalizada en busca de motivos internos, pero se da una respuesta física. Dichas generalizaciones acortan la necesidad de adquirir información sobre cualquier estado mental específico. Con frecuencia en la modalidad concreta existe una tendencia a culpar o encontrar fallas en el sí mismo o los otros, que también nace de una renuencia a explorar razones mentalistas complejas para los eventos. Obviamente, tal sesgo es a menudo, aunque no siempre, egoísta. La autoculpabilidad y la escisión del pensamiento “blanco y negro”, es otra característica; este mecanismo es otra forma de generalización que cierra la posibilidad de complejidad más allá que genere una forma en apariencia más simple y comprensible de pensar y actuar.

Finalmente, la dificultad para observar los propios pensamientos y sentimientos genera problemas obvios al reconocer el impacto que los pensamientos, sentimientos y acciones de uno tienen en los demás. **La conceptualización inadecuada de los estados mentales puede llevar a una persona a generalizar**

en exceso a partir de evidencias únicas de expresión de intenciones por parte de otros.

Ejemplos de pseudomentalización

Pasaje al acto

Las actuaciones en pacientes límite, son una indicación de mentalizar en el modo teleológico. Una característica clave para trabajar con personas con el TLP, es que el “tratamiento” rara vez comienza y termina en el consultorio o centro de tratamiento.

Es inusual que un tratamiento no implique un conflicto entre el clínico y el paciente sobre las acciones que el paciente realiza con los demás, en relación con el clínico, o hacia él mismo.

A veces, estas acciones llevan al terapeuta a considerar al paciente “provocativo”, “manipulador” o “controlador”. Este tipo de acciones rara vez son neutrales y en su mayoría provocan ansiedad general en el terapeuta, que puede manifestarse como preocupaciones en nombre del paciente, o de hecho en nombre del clínico en términos del daño a la reputación que pueden infligir las acciones del paciente. Algunas acciones son indicadoras por sí mismas de “diagnóstico”, como autolesiones, intentos de suicidio o actos agresivos. En otras ocasiones, las acciones involucran conflictos violentos que no alcanzan el nivel de agresión física pero que, sin embargo, son inusuales en su calidad aparentemente descontrolada.

Las actuaciones, pueden ir acompañadas de incompreensión, a menudo consciente, de que, sin importar cómo responda el clínico, no existe una acción apropiada; lo que sea que él haga estará asociado con consecuencias importantes a largo plazo y, en última instancia, no aportará nada útil. La mentalización para el paciente TLP, nunca será una

respuesta adecuada a la no mentalización. Simplemente no aborda la necesidad del paciente. Involucrarse con las representaciones obliga al paciente a permanecer en un dominio mal mentalizado. Abordar directamente las razones que pueden estar detrás de las acciones del paciente tampoco es útil. Entonces, ¿cómo entendemos la necesidad frecuente de “actuar” por parte de las personas con TLP? Traducir las experiencias en acción es principalmente un proceso interpersonal. La acción es una señal de que la capacidad para mentalizar se encuentra bloqueada transitoriamente, la actuación encuentra su base en mecanismos de identificación proyectiva que intentan vanamente expulsar contenidos mentales intolerables externalizándolos en el clínico y/o en las relaciones interpersonales significativas. También puede observarse en la repetición de conductas sin el recuerdo o elaboración apropiada como bien señaló Freud (6).

Como terapeutas de pacientes límite, podemos sentirnos controlados o manipulados, pero al responder de esta manera se pierde la perspectiva del paciente: necesitan que nos sintamos asustados o indefensos para poder tolerar la sensación que hemos aparentemente generado en ellos (contraidentificación proyectiva). Los terapeutas con formación psicoanalítica pueden tener la tentación de nombrar estos sentimientos por el paciente en un intento genuino de elaborarlos.

Encontré a un paciente goteando sangre después de un acto de automutilación que había llevado a cabo en el baño de la sala de internación antes de la sesión: la vista era alarmante y generaba intensa impresión. La tentación era expresar preocupación, compartir la experiencia de conmoción y angustia, y atribuir intenciones manipuladoras al paciente para crear esta situación. En este

caso, en el contexto de la autolesión, expresar preocupación es una reacción humana natural. Pero en el contexto de la MBT, debe seguir una curiosidad genuina acerca de lo que le ocurría al paciente inmediatamente antes de que ocurriera el evento (7). Este tipo de actuaciones son difíciles de manejar precisamente porque imponen restricciones poderosas sobre la capacidad del clínico para mentalizar.

Los terapeutas MBT, aconsejan que la capacidad del clínico para mentalizar se encuentre de la forma más robusta posible antes de trabajar con el paciente deficiencias severas en la mentalización.

Empleo inadecuado de la mentalización

Esta impresión es creada por la determinación del paciente de utilizar la mentalización para controlar el comportamiento de otro individuo, a menudo de manera perjudicial para aquellos. La lectura mental (un término similar a la mentalización pero que proviene de procesos anormales en pacientes del trastorno del espectro autista) es útil para permitir al paciente “presionar los botones de otras personas” y hacer que reaccionen de manera ventajosa para el paciente (1). En otras ocasiones, la misma persona puede usar sus habilidades de mentalización para seducir o tranquilizar, anticipando las necesidades o preocupaciones de la persona con la que está interactuando, esta situación parece más frecuente en las personas con trastorno antisocial de la personalidad (8). Estos mecanismos, pueden dar la impresión de alguien con capacidades de mentalización elevadas.

Sin embargo, en estos individuos, la lectura de la mente de otra persona a menudo se produce a expensas de la capacidad de representar su propio estado mental. En el

extremo de este continuo, la persona puede saber cómo se siente otra persona, **pero no puede resonar con este sentimiento** (más frecuente en el trastorno antisocial). El mal uso de la mentalización debe evaluarse en términos de su gravedad. En el extremo más leve están las personas que utilizan la propia comprensión de los estados mentales de una manera perjudicial y egoísta, pero solamente con intenciones limitadas de controlar la mente del otro (8).

A menudo, esta forma inadecuada de mentalización implica una exageración o distorsión de los sentimientos de los demás o una tergiversación de la propia experiencia. Si bien es probable que la experiencia de no ser entendido con precisión sea displacentera, la creación de esa sensación de ser mal percibido probablemente no sea debido al mal uso de la mentalización. En el extremo, hay individuos antisociales que usan el conocimiento de los sentimientos de los demás de una manera sádica. Este tipo de manipulación es característica de dichas personalidades, que pueden usar sus capacidades de mentalización para generar confianza en otra persona para luego poder explotarlas.

Otra forma inadecuada de uso de la mentalización se encuentra frecuentemente en el tratamiento psicoterapéutico de personas con TLP, por lo que se induce al clínico a experimentar estados mentales propios del paciente en base al ya descrito mecanismo de identificación proyectiva (1, 2).

Un tema relevante también respecto de la capacidad de mentalización es el que deriva de situaciones de maltrato y trauma en niños perpetuado por adultos (frecuentemente figuras de apego), por lo general, el niño abusado responde frente a esta grave situación inhibiendo sus propios procesos de pensamiento y del desarrollo pleno de las

emociones, **resulta mejor pensar poco y sentir menos que tomar consciencia que aquella persona que debía proporcionar cuidado es la misma en la que no se puede confiar**. Puede observarse que los pacientes TLP que sufrieron este tipo de experiencias traumáticas intenten en forma no consciente, recrear en los vínculos, incluida la relación terapéutica, sentimientos de vacío o pánico como forma fallida de aliviarse de estos estados dolorosos de la mente. También frecuentemente, el empleo inadecuado de la menta-

lización en los niños con antecedentes de trauma por maltrato o abuso puede generar un mecanismo de vuelta de la agresión contra sí mismo, dejar de pensar frente a estas situaciones conduce a menudo a abuso de sustancias, automutilación o el funcionamiento en una modalidad como sí de la mentalización (capítulo 2).

En los siguientes cuadros se ejemplifican diversos estados de mentalización desde la normalidad a la patología.

Cuadro 1. Parámetros de buena capacidad de mentalización (I) (Modificado de referencia 2, 9)

Evidencias de buena capacidad de mentalización
En relación a los pensamientos y sentimientos de los otros significativos los puntos
• Acuerdo acerca de la opacidad de los estados mentales • Ausencia de paranoia • Contemplación y reflexión • Toma de perspectiva • Interés genuino en el otro • Apertura al descubrimiento • Predictibilidad • Perdonar

Cuadro 2. Parámetros de buena capacidad de mentalización (II)

Evidencias de buena capacidad de mentalización
Percepción del propio funcionamiento mental:
• Perspectiva del desarrollo • Escepticismo realista • Acuerdo de funcionamiento preconsciente • Acordar acerca del impacto de las emociones • Continuidad autobiográfica • Valores generales y actitudes • Consideración y moderación

Cuadro 3. Mentalización extremadamente pobre

Características de la mentalización extremadamente pobre psicosis		
• Antireflexiva Hostilidad Evasión activa Reacciones no verbales	• No colaborador Falta completa de integración Falta completa de explicación	• Inapropiada Falta de lógica Significado literal de las palabras

Cuadro 4. Mentalización concreta

Comprensión concreta
• Fallas generales para comprender los sentimientos del sí mismo y de los otros, al igual que la relación entre pensamientos como sentimientos y acciones. • Falta general de atención hacia los pensamientos como sentimientos y deseos de los otros junto con la interpretación de la conducta (propia y la de los otros) en términos de la influencia de situaciones o de la comprensión completamente física en lugar de pensamientos y sentimientos (“la depresión que estoy pasando solo se debe a una cuestión química”). • Puede tener un amplio rango de variaciones.

Cuadro 5. Subtipos de mentalización. Mentalización intrusiva

Subtipos de pseudomentalización
• Intrusiva - Los contenidos opacos de los estados mentales no son respetados. - Los conocimientos y pensamientos sobrepasan contextos específicos. - Presenta pensamientos y sentimientos de forma compleja y detallada no contrastables con las evidencias reales; cuando se confronta el paciente la narrativa comienza a demostrar mayor grado de mentalización pobre.

Referencias bibliográficas

1. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford UK: Oxford University Press; 2006.
2. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment theory, research, and clinical applications. New York, London: The Guilford Press; 2018.
3. Main M, Hesse, E Goldwyn R. Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In Steele, H Steele M eds. Clinical applications of the Adult Attachment Interview (pp. 31–68). New York, NY: Guilford Press; 2008. p. 31-68.
4. Costa-Cordella S, Luyten P, Cohen D, Mena F, Fonagy P. Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. Dev. Psychopathol. 2020; 1–10. doi:10.1017/S0954579419001706
5. Chow C-C, Nolte T, Cohen D, Fearon RMP, Shmueli-Goetz Y. Reflective functioning and adolescent psychological adaptation: The validity of the Reflective Functioning Scale–Adolescent Version. Psychoanalytic Psychology. 2017; 34:404–13.
6. Freud S. Recuerdo, repetición y elaboración. Obras completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 1996.
7. Gunderson JG, Bateman A, Kernberg O. Alternative perspectives on psychodynamic Psychotherapy of borderline personality disorder: the case of “Ellen.” Am J of Psychiatry 2007; 164: 1333–39.
8. Baron-Cohen S. Zero degrees of empathy: a new theory of human cruelty. London: Penguin Books; 2012.
9. Fonagy P, Bateman A. Mentalization-based therapy basic training. Londres; 2013. Disponible en www.annafreud.org

Fase inicial del tratamiento

Diego Cohen

Resumen

Se describe la trayectoria y el proceso de la fase inicial de tratamiento. Se explicita la formulación del diagnóstico y el plan de tratamiento. Uno de los procesos más importantes es lograr la adherencia, resulta importante continuar la evaluación de la capacidad de mentalización y determinar si el paciente puede ser tratado con este método. El terapeuta, explica las posibles causas del TLP, las dificultades en la mentalización, los objetivos del tratamiento y la explicación del modelo de tratamiento individual y grupal. La alianza terapéutica resulta importante para la adherencia y continuidad del tratamiento. La ruptura y posterior reparación de la alianza terapéutica abre la oportunidad a posibles cambios psicopatológicos mayores. Sin que sea el objetivo de este volumen se orienta al lector hacia el tratamiento grupal.

Fase inicial del tratamiento

Luego de la evaluación considerada en el capítulo 4, se puede proceder a comenzar el tratamiento basado en la mentalización y el apego para pacientes límite. Esta fuera del alcance de este volumen describir en extenso las características clínicas del TLP que pueden ser consultadas en artículos y tratados ad hoc. Haré un resumen del modelo basado en DSM y CID 11 (OMS) Resulta importante señalar que la etapa de evaluación es al mismo tiempo una forma de inicio del tratamiento.

La estructura de tratamiento (idealmente) comprende las siguientes fases (1-3) (Tabla 1).

La fase inicial, incluye la evaluación de la capacidad de mentalización individual,

la formulación del diagnóstico y el funcionamiento de la personalidad, estimular la participación del paciente y lograr el inicio del compromiso con el tratamiento asociada a la posible identificación de obstáculos para el desarrollo de la terapia. Los procesos de esta fase comprenden: 1) diagnóstico, 2) comenzar con psicoeducación, 3) establecer la jerarquía de objetivos terapéuticos, estabilizar los problemas sociales y conductuales, 4) definir un plan de crisis y supervisar los resultados (1, 4).

La evaluación de la mentalización fue descripta en los capítulos correspondientes.

Formulación del diagnóstico

Más allá de la discusión teórico-clínica que representa el diagnóstico en el campo del psicoanálisis, recuerde el lector intere-

sado en el tema aquello que Freud consideró hace más de un siglo:

En el trabajo “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia Paranoides*) descrito autobiográficamente” (5) refirió: “[...] sea porque la incertidumbre del diagnóstico, no siempre fácil, justifica el ensayo terapéutico, sea porque, no obstante, la certidumbre diagnóstica, cede al ruego de los parientes y tomo por algún tiempo bajo tratamiento a uno de estos enfermos”.

Más adelante en el trabajo “*Sobre la iniciación del tratamiento*” (6): “la iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica”.

Los tres clínicos contemporáneos más importantes que tratan e investigan acerca del TLP se encuentran de acuerdo en brindar el diagnóstico de la forma más sencilla y comprensible posible sin que se transforme en un rótulo o estigma (7, 8, 11).

Kernberg lo expresó claramente: “*me di-*

Tabla 1. Resumen General de la estructura de tratamiento MBT (Modificado de ref.1)

Trayectoria	Proceso
Fase inicial Avenir el paciente al tratamiento (adherencia)	• Evaluación de la mentalización • Diagnóstico • Psicoeducación-explicación del modelo • Estabilización social • Contrato • Revisión de la medicación • Formulación • Plan de crisis
Fase intermedia • Mantener la alianza terapéutica • Reparar las rupturas eventuales de la alianza • Manejo de la contratransferencia • Integración de las perspectivas del terapeuta individual y el grupal	• Mantener la motivación del equipo • Trabajo interpersonal • Terapia individual y grupal • Técnicas específicas interpretación mentalizadora • Mentalización de la transferencia
Fase final • Conclusiones del tratamiento agudo • Seguimiento • Mantener la mentalización • Estimular cambios que favorezcan la rehabilitación	• Trabajo sobre la separación • Plan de contingencia • Prevención de las recaídas

ferencio del psicoanalista tradicional en que me parece muy importante el diagnóstico diferencial inicial y trato de ajustar el tratamiento al diagnóstico. Separo el diagnóstico del tratamiento (...) porque es fundamental para confirmar las predicciones de uno, el efecto de la técnica diferencial y para la investigación empírica” (8).

Una situación clínica frecuente que debe ser tenida en cuenta, no solo como elemento pronóstico es la presencia de comorbilidades que pueden dificultar el tratamiento. Considero que deben clarificadas y en lo posible explicadas al paciente antes de comenzar el tratamiento, por ej. se debe prestar especial atención a la “depresión refractaria” (9-11), estado emocional que se agrava en la medida que se indica más medicación (ej. un paciente típicamente TLP fue considerado depresión refractaria y recibía dos benzodiazepinas diferentes, un antipsicótico atípico y dos antidepresivos, uno de ellos mirtazapina, ya que “la mayoría de los metaanálisis, indican que es un de la drogas de elección frente a la depresión refractaria”).

Resulta importante considerar el abuso de sustancias (el THC y el alcohol en exceso inhiben áreas cerebrales que procesan la mentalización) concuerdo con Bateman en el alcance de esta explicación a pacientes que racionalizan el consumo, considerando al THC como una droga “social”. Se debe considerar la comorbilidad con otros trastornos de la personalidad que pueden complejizar el tratamiento, sin embargo, MBT ha sido extendido para pacientes con trastorno antisocial de la personalidad (ASP por sus siglas en inglés) con aparentes buenos resultados en casos leves-moderados (10).

El diagnóstico tiene que ser explicado al paciente de la forma más simple posible, asegurándonos que pueda mentalizar lo que significa el TLP y que no sea comprendido

como una formulación concreta que puede luego alegar conductas y dificultades en las relaciones interpersonales bajo la justificación “*eso le dije a mi esposa porque soy TLP, le puedo gritar a mis empleados, porque leí que la persona con TLP y el diagnóstico que me dio indica que puedo estar irritable o enojado*”.

En mi experiencia ha sido muy útil formular el diagnóstico, otorga estructura y sentido a la experiencia del paciente que considera que no es una persona extraña o difícil de tratar. De alguna manera otorga expectativa y esperanza acerca de un tratamiento posible.

El clínico puede orientarse a sí mismo y a sus pacientes con ciertas preguntas, fáciles de formular y en ocasiones difíciles de contestar para algunos pacientes TLP, por lo tanto, es recomendable que el profesional tome un tiempo considerable para establecer el diagnóstico y discutirlo con el paciente.

Algunas preguntas de orientación pueden ser las siguientes:

- ¿Cuáles son las características como persona, que la hacen diferente a los demás? (identidad).
- ¿Cambia a menudo el sentido de quién es Ud. ¿Si así fuera de qué forma cambia? (identidad).
- ¿Sabe quién y qué le gusta y todo aquello que no le gusta?
- ¿Cree que puede convertirse en lo que otros quieren que sea?
- ¿Los otros influyen fácilmente en Ud.?

- ¿Puede explicar lo que otras personas están pensando?
- ¿Busca sensaciones y actividades arriesgadas? (control de impulsos).
- ¿Es un planificador cuidadoso? (impulsos).
- ¿Piensa en las consecuencias de sus acciones antes de tomar una decisión?
- ¿La intensidad de sus emociones lo lleva a acciones de las que luego puede arrepentirse? (inestabilidad afectiva y control de impulsos).
- ¿Cómo describiría la calidad de sus relaciones?
- ¿Está siempre alerta cuando está con otras personas? (ansiedad y orientación paranoide).
- ¿Le preocupa lo que otros piensan de usted? (identidad).
- ¿Puede ser demasiado sensible? (sensibilidad al rechazo).
- ¿Cómo se siente cuándo está con otras personas y cuándo está solo? (grado de tolerancia a las experiencias de soledad).
- ¿Cómo maneja sus emociones?
- ¿El problema principal para Ud., es por lo general cuándo se relaciona con alguien, cuándo está solo o una combinación de estas situaciones? (apego).

Una actitud evitativa o de menosprecio hacia el diagnóstico puede hacer sentir al paciente inseguro y dificultar la alianza tera-

péutica, teniendo en cuenta estos factores, Bateman et al., consideran que el diagnóstico es una de las primeras medidas terapéuticas **y puede señalar el comienzo del tratamiento**. Proporciona información al paciente que puede otorgar coherencia de la experiencia de caos que vivencia, especialmente en el control de impulsos y en las relaciones interpersonales por formas de apego patológicas ya mencionadas (1-3).

Finalmente, respecto a la formulación el clínico puede orientar al paciente hacia las cuatro áreas fuertemente comprometidas en el TLP de una manera simple y comprensiva (1-3).

Criterio1: esfuerzos importantes para evitar ansiedades de abandono: como fue explicitado en el capítulo 3, las experiencias adversas tempranas y el trauma de apego, pueden condicionar la capacidad del paciente para tolerar el abandono, rechazo, o críticas que provengan de las personas importantes en su vida. Muchas veces mediante una conducta defensiva el mismo paciente abandona una relación tras otra incrementando el sentimiento de vacío y la falta de sentido acerca de su propia vida, otras veces asume actitudes controladoras o conductas hipcondríacas que previenen el abandono, pero deterioran aún más los vínculos. La conducta impulsiva puede claramente ser otra defensa frente a las ansiedades de abandono, más frecuente en adolescentes límite bajo la forma de abuso de sustancias y/o promiscuidad sexual (13).

Viñeta 1: paciente B., 23 años. Consulta porque su anterior psiquiatra “desapareció y me dejó sin paroxetina”, relata durante las entrevistas, ingesta moderada de alcohol luego del trabajo, admite que en algunas ocasiones poca cantidad de alcohol “borra

mi memoria”, refiere que en una ocasión, luego de beber se encontró en la casa de un hombre sin saber cómo había llegado hasta allí, recuerda vagamente haber tenido relaciones sexuales aparentemente sin protección. La paciente abandonó el tratamiento luego de unas pocas sesiones en las que se pudo trabajar mínimamente la puesta de límites frente a las consecuencias de conductas impulsivas.

Criterio 2: patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizadas por períodos de idealización/devaluación: evaluar con el paciente formas de relacionarse en las cuales percibe al otro como “perfecto”, “muy inteligente”, “extremadamente linda y atractiva”, la apreciación es rápida no fundamentada y basada en la modalidad de mentalización puesta en los otros antes que el sí mismo, al poco tiempo, dichas personas pueden ser calificadas como “estúpidas y aburridas” o “fea, no me gusta físicamente”. Este criterio “mayor” puede relacionarse con síntomas y conductas impulsivas, inestabilidad afectiva e identidad difusa o poco integrada.

Criterio 3: identidad difusa, representación frágil e inestable de sí mismo y los otros.

Debido a que la identidad en un constructo central tanto de la personalidad normal como patológica. Wilkinson et al., (14) proponen que la identidad integrada o “normal” comprende:

- Un sentimiento de continuidad a lo largo del tiempo.

- Un compromiso emocional con valores, roles sociales e ideales.

- Desarrollo y aceptación de una visión

del mundo que de sentido y significado a la propia vida.

- Cierta grado de reconocimiento de estos roles e ideales por parte de los otros significativos.

La identidad pobremente integrada (una característica típica de todos los trastornos de la personalidad y no exclusiva del TLP), se puede analizar mediante los siguientes criterios:

- Falta de objetivos de vida consistentes, carencia de valores, ideales y relaciones profundas.

- Una tendencia a relaciones temporarias, junto con una visión del mundo fragmentada que origina sentimientos de vacío, falta de sentido de vida e inconsistencia en la conducta a lo largo del tiempo.

- Falta de una coherencia narrativa de la historia de vida.

Finalmente se presenta el aporte original de los autores de los cuatro componentes que señalan una identidad poco integrada, al menos en nuestra cultura:

- Absorción en un rol: el individuo se identifica en exceso como miembro y cumpliendo un rol determinado dentro de ese grupo. Los pacientes tienden a autodefinirse en un único rol. Generalmente se trata de una identificación con un grupo, visto en forma negativa por el resto de la cultura, por ejemplo, adherir a un grupo estigmatizado (“soy hijo de padres alcohólicos, “fui una persona abusada”). Encubre la fragilidad de la identidad.

- Incoherencia penosa: experiencias sub-

jetivas dolorosas (por momentos) del paciente acerca de su propia identidad.

- Inconsistencia: inconsistencia objetiva, que se observa en sentimientos, pensamientos y conductas
- Falta de compromiso con valores y el trabajo.

Estos últimos cuatro criterios, pero especialmente la “incoherencia penosa” se encuentran presentes como componentes de una identidad difusa en TLP, resulta interesante que en la base de estas severas dificultades puede existir como factor etiológico episodios de **abuso sexual** (14).

Criterio 4: impulsividad en al menos tres áreas potencialmente autoperjudiciales.

Proviene de un alto estado de estrés psicosocial del cual el paciente desea librarse (en forma fallida) por todos los medios posibles. Incluye: ludopatía, promiscuidad sexual, compras compulsivas, atracones, abuso de sustancias, agresión física o verbal, conducción a altas velocidades o en forma imprudente. **Implica toda acción que se realiza sin pensarla previamente**, por lo tanto, pueden ser vistas como pérdidas o fallas temporales en la mentalización.

Criterio 5: conductas suicidas recurrentes, gestos o amenazas suicidas y/o automutilación

Otra forma fallida de mitigar el dolor emocional, incluye varias formas: sobredosis de medicamentos, cortarse, quemarse, auto golpearse reiteradamente partes del cuerpo, rascado que genera lesiones y provocar ser golpeado deliberadamente. Un sentido fundamental de esta conducta es lograr la posible ayuda de otros significativos en las relaciones del paciente para aliviar el es-

tado emocional, como se ejemplifica en la siguiente viñeta, los resultados pueden ser extremos y en ciertas ocasiones puede ser muy difícil evitar el suicidio.

Viñeta: Solicitan primero una consulta los padres de V. Derivados por una colega quien me considera “un experto en el tratamiento de los trastornos de la personalidad”. Sus padres me cuentan que su hijo de 25 años, estuvo internado hace 5 años por un intento de suicidio.

Escuchando los ladridos de la perra en la casa, la hermana se inquieta y encuentra a V. colgado, pero con vida. Fue internado durante 1 mes. El intento de suicidio tiene como antecedente inmediato la ruptura de una relación amorosa de dos años de duración. V., relató que su novia lo dejó por otro joven y que esa situación se asoció a la decepción que le produjo no poder ingresar a un prestigioso instituto universitario.

Los padres previamente habían referido que el principal problema de su hijo era la intolerancia a ser rechazado en las relaciones con sus potenciales novias. Luego de la primera internación, pocos años después vuelve a internarse por ideación suicida y “depresión”, esta vez durante 45 días. Durante las sucesivas entrevistas, no fue difícil diagnosticar TLP: intento de suicidio, relaciones interpersonales inestables, caóticas, identidad poco integrada, impulsividad, temor al rechazo y a la crítica, inestabilidad afectiva y episodios asilados de intoxicación con alcohol. Estudiaba pero el rendimiento era pobre y se encontraba de licencia en el trabajo administrativo que realizaba. Nunca presento episodios maníacos o hipomaníacos, si bien retrospectivamente era posible diagnosticar depresión mayor, se trató de un único episodio y no tenía antecedentes de recurrencia. El factor desencadenante

resultaba compatible con inestabilidad del humor de la depresión a la irritabilidad, ansiedad y luego humor estable.

V., se mostró muy cooperativo en el tratamiento durante los dos primeros años. Logró remisión de la depresión, consiguió un nuevo trabajo en el cual se lo veía más satisfecho y comenzó una relación con otra joven. Había logrado “mentalizar” que la conducta controladora y exigente del padre (más allá de la buena intención de la figura paterna) lo había perturbado durante años.

Un fin de semana viaja con su novia reciente a su ciudad natal, aparentemente ella habría decidido finalizar esta corta relación, de acuerdo con el relato de los padres, V. discute fuertemente con su novia y retorna abruptamente a la ciudad en la que residía, donde estudiaba y trabajaba. Los padres se comunican conmigo ya que muy alarmados lo observaron alterado e irritado. No contestó los llamados del padre y los míos, solo se registró un mensaje de texto en el cual le escribe a su mejor amigo que no tenía el valor suficiente para quitarse la vida, aparentemente acto seguido, el paciente se ahorca en el baño de su casa con las sábanas.

Criterio 6: inestabilidad afectiva debido a reactividad del humor o estados de anestesia emocional. Resulta importante determinar si existen factores desencadenantes por lo general debido a conflictos en las relaciones interpersonales.

Viñeta: C una joven de 20 años, fue derivada por su terapeuta para una consulta de posible tratamiento psicofarmacológico. Internación reciente por sobredosis, refiere haber sufrido diversas situaciones traumáticas de orden sexual como haber sido violada (antes de la internación) y haber sido obligada a mantener relaciones sexuales

sin su consentimiento. Consume habitualmente THC y alcohol, no se descarta que algunos de los episodios que relata hayan ocurrido en estado de intoxicación. Luego del último “episodio sexual” fue internada, ocurrió en un balneario mientras se encontraba de vacaciones con sus padres. Durante las entrevistas llama la atención la anestesia emocional (alexitimia e hipoactivación del apego), la ausencia de casi total de expresión emocional, la monotonía en el tono del habla y la vivencia de que es ajena a lo ocurrido. La paciente se encuentra casi permanentemente en una modalidad de mentalización “como sí” y en un estado de disociación emocional prolongado como forma de defenderse de posibles situaciones traumáticas severas. Más allá que en este caso no se observa inestabilidad afectiva, impresiona que la paciente “anestesió” sus estados emocionales. Cuando le solicito reflexionar acerca de su estado se observa la misma respuesta desafectivizada.

Criterio 7: sentimientos crónicos de vacío una consecuencia directa de condiciones de vida altamente conflictivas, en las cuales el paciente (no siempre mentalizando su participación) se siente decepcionado, defraudado o frustrado. Debido a estos numerosos factores el paciente puede sentir temor intenso de comprometerse con metas vitales y, en consecuencia, resulta ineludible cierto nivel de sentimiento de vacío. La viñeta precedente puede ser un ejemplo de evolución hacia el sentimiento de vacío emocional y de una vida carente de propósito. Otra fuente del sentimiento de vacío frecuente proviene de la dificultad de establecer y mantener relaciones interpersonales satisfactorias que le darían a la persona un sentimiento mayor integridad psíquica y sentido.

Criterio 8: enojo intenso e inapropiado o dificultades para controlar sentimientos de ira (muestras frecuentes de enojo, irritabilidad constante, agresiones físicas recurrentes).

El concepto de “inapropiado” puede ser clave para diferenciar la ira de los pacientes con TLP, frente a momentos de ira normales presente en todas las personas ante situaciones de frustración o desilusión. Inapropiado refiere a sentimientos que conducen en forma directa a acciones motoras impulsivas o ira desproporcionada a la causa que la motiva. La siguiente viñeta puede ser ilustrativa.

Viñeta: R, un señor de 50 años de fuerte contextura física, psicoterapia de apoyo una vez a la semana. Reacciona con intensa ira cuando un conductor estacionado no permite que retire su vehículo por falta de espacio. Insulta fuertemente al conductor, intenta agredirlo y daña parte del vehículo, el conductor parte raudamente para evitar un problema mayor. El paciente relata esta situación telefónicamente, luego se intenta mentalizar la acción para transformarla en palabras y evitar ulteriores acciones potencialmente riesgosas para sí mismo y otras personas. No volvió a repetir estos actos tan directos, pero los estados de irritabilidad en los cuales insulta y agrede verbalmente a su esposa (probablemente también TLP) e hijas continúan, refiere que la frustración intensa que genera el posible quebranto de su negocio y el “ser paciente TLP” (un mal uso del diagnóstico que fue trabajado reiteradamente) justifica sus reacciones agresivas dirigidas también a sus empleados.

Criterio 9: ideación paranoide relacionada con estrés o síntomas disociativos severos puede ser secundario a una disminución de la mentalización en la cual el paciente ex-

perimenta riesgos en forma exagerada e incorrecta, comenzando un estado paranoide que puede alcanzar proporciones delirantes de breve duración (modalidad de equivalencia psíquica).

La disociación puede ser una defensa para no sentir, no experimentar sentimientos dolorosos o no rememorar situaciones traumáticas.

Viñeta: G. una mujer de 40 años sufre una severa enfermedad vascular en miembros inferiores, TLP y depresión mayor. La respuesta a los fármacos es pobre, concurre dos veces por semana a psicoterapia individual. En los últimos meses toma mayor consciencia de las reiteradas infidelidades de su marido, meses después se divorcia. Refiere estar en forma casi permanente en un estado de ensoñación, somnolencia, lentitud de pensamiento, hipersomnia o luego insomnio. Se descarta nuevo episodio de depresión mayor y se trabaja para que logre mayor consciencia de estos estados. Comienza a estudiar para validar su título profesional en nuestro país ya que lo obtuvo en el extranjero. Mejora la adherencia a la psicoterapia y el abuso de ansiolíticos. Años después decide volver a radicarse en su país de origen, comienza a hacer planes para reiniciar su profesión y me agradece la ayuda que recibió de mi parte. La depresión remite al igual que los atracones y las migrañas.

Los trastornos de la personalidad de acuerdo con el modelo de la clasificación internacional de las enfermedades OMS (ICD)-11

Las diferencias principales del modelo (CIE)-11 respecto del americano (DSM III al DSM-5), son la ausencia de trastornos específicos de la personalidad (categorías) y la incorporación de **niveles de gravedad bajo la forma de un continuo de niveles menos graves**

a **más severos** (nivel de severidad), por tanto, permite una visión más dinámica de fluctuación sintomatológica a lo largo del tiempo y evita las complicaciones teórico-clínicas de los trastornos comórbidos (15). La CIE 11, no incorpora la distorsión de la organización del sí mismo (*self*) ya que los investigadores que propusieron el diagnóstico consideran que la evaluación de la patología del *self* resulta compleja y poco practica a los efectos de una evaluación en la práctica general.

Con la finalidad de limitar el estigma asociado al diagnóstico de trastorno de la personalidad y evaluar la necesidad de un tratamiento intensivo, el sistema permite considerar un nivel por debajo del umbral diagnóstico denominado “dificultades en la personalidad”. El sistema CIE 11, considera posible el **inicio durante la infancia y adolescencia**, sin embargo, como estas etapas de la vida resultan períodos de por sí inestables, en desarrollo o normalmente cambiantes, la distinción subclínica puede ser útil provisionalmente. El diagnóstico se completa mediante la evaluación de un agrupamiento (*cluster*) de múltiples manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales (15).

Como puede observarse en los resúmenes, varias manifestaciones de los trastornos de la personalidad coinciden con el paradigma del modelo de mentalización: 1) la dificultad para tener en cuenta la perspectiva de los otros, al paciente límite le resulta difícil concebir alternativas diferentes a sus propios pensamientos y emociones y precipitadamente extrae conclusiones, 2) todo el espectro de las conductas impulsivas (consideradas dentro del rango de desinhibición), 3) las manifestaciones emocionales y conductuales del desapego pueden ser consideradas siguiendo el modelo de mentalización como diferentes grados de activación del sistema de apego y cumplirían a mi criterio

funciones defensivas. Las manifestaciones disociales y obsesivas reflejan grados de carencia de empatía y pensamiento concreto respectivamente.

Resumen 1 (CIE)-11. Criterios generales de los trastornos de la personalidad

(CIE)-11 Concepto general de trastorno de la personalidad

- La personalidad se refiere a la modalidad general de un individuo de comportarse, experimentar la vida, percibirse e interpretarse a sí mismo, a las otras personas, los eventos y las situaciones.

- El trastorno de la personalidad es una alteración marcada en el funcionamiento de la personalidad, que casi siempre se asocia con disrupción personal y social considerable. Las manifestaciones centrales del trastorno de la personalidad son las dificultades en el funcionamiento de aspectos del sí mismo (por ejemplo, identidad, autoestima, capacidad de autodirección) y/o problemas en el funcionamiento interpersonal (por ejemplo, dificultad para desarrollar y **mantener relaciones cercanas mutuamente satisfactorias, incomprensión hacia las perspectivas de los otros y manejo de conflictos en las relaciones**). Las deficiencias en el propio funcionamiento y/o el funcionamiento interpersonal se manifiestan en patrones poco adaptativos (por ejemplo, inflexibles, rígidos o mal regulados) de cognición, experiencia y expresión emocional y comportamiento.

Nota: las negritas son del autor

Resumen 2. Clasificación de los trastornos de la personalidad (CIE)-11 OMS

- Agrupamiento de rasgos (dominios):

- **Afectos Negativos:** manifestación de un rango amplio de estados emocionales en respuesta a estresores: ansiedad, ira, irritabilidad, odio hacia sí mismo y vulnerabilidad.

- **Manifestaciones disociales:** falta de reconocimiento de las convenciones y obligaciones sociales, de los derechos y sentimientos de los otros: carencia de empatía, hostilidad y agresión, incapacidad para mantener una conducta prosocial, insensibilidad, frialdad o crueldad hacia los otros. Visión positiva de uno mismo, tendencia a ser manipulador o explotador.

- **Desinhibición:** tendencia a actuar en forma impulsiva en respuesta a estímulos externos o internos sin considerar las consecuencias de la acción. Irresponsabilidad, impulsividad, dificultades en la atención, imprudencia y temeridad.

- **Manifestaciones obsesivas:** foco en el control y regulación de la propia conducta y de los otros con la finalidad que se adecuen al ideal del individuo. Perfeccionismo, perseveración, excesivo control emocional y conductual, terquedad, cuidado por el orden y tendencia a seguir reglas y obligaciones.

- **Desapego:** distancia emocional e interpersonal, indiferencia afectiva hacia los otros, retracción social y emocional. Aislamiento hacia figuras de apego, pocas o ninguna relación de amistad, pasividad, falta de asertividad, reducción en la experiencia y expresión de las emociones que puede llegar a la anhedonia.

Brindar una explicación

Psicoeducación

El modelo MBT resulta compatible con el

componente educativo. El terapeuta, explica las posibles causas del TLP, las dificultades en la mentalización, los objetivos del tratamiento y la explicación del modelo de tratamiento individual y grupal. Pero el objetivo central durante esta fase no es educar al paciente, el propósito es comprometerlo e implicarlo en esta forma de tratamiento (16-18).

Explicación del TLP desde el apego

Debido a que en muchas ocasiones consultan pacientes que ya han tenido otros tratamientos parcialmente efectivos o que terminaron en fracaso, puede ser importante explorar junto con el paciente la comprensión de las nuevas explicaciones mencionadas más arriba. En mi experiencia los TLP fueron diagnosticados y/o tratados como pacientes pertenecientes al **“espectro bipolar”**, **“ataques de pánico”** (este último diagnóstico ya impresiona como un *cliché* de moda entre los pacientes y se refuerza por comentarios no siempre acertados de “expertos” en los medios de comunicación o en breves reseñas escritas en esos mismos medios). En el peor de los casos si se considera el primer diagnóstico el paciente TLP puede recibir tratamiento psicofarmacológico con litio (posible daño renal), anticonvulsivantes (muy bajo riesgo de un grave síndrome de reacciones adversas cutáneas por lamotrigina) junto con antipsicóticos atípicos (síndrome metabólico) (19).

Recordemos que el 12% de los pacientes TLP pueden tener trastorno bipolar, más frecuentemente tipo II, se debe hacer por lo tanto un diagnóstico riguroso diferencial (19-22). En el segundo caso el TLP puede ser medicado durante años con alprazolam (habitación, ansiedad de rebote, trastornos de la memoria) y/o drogas IRSS. Sin

embargo, como se señaló más arriba ciertos trastornos coocurren junto con TLP, más frecuentemente depresión y distimia, sin embargo, expertos como Gunderson, consideran que el tratamiento primario del TLP mejora la depresión y no a la inversa (19). El modelo basado en la mentalización ofrece la ventaja de abordar ambos trastornos, ya que si no hay cambios en los rasgos patológicos de la personalidad, es poco probable que mejore la depresión (19).

Puede ser útil conocer durante esta fase que sabe el paciente previamente acerca del trastorno límite, en tiempos actuales, la información en Internet es abundante y no siempre adecuada.

El clínico debe recordar que el terapeuta MBT asume su trabajo desde una posición de no saber (1, 2) y está lejos de ser omnisciente. Por tanto, la explicación del TLP no debería ser realizada desde una modalidad tipo profesor o maestro, sino más bien desde una postura de mentalización en la que también se ayude al paciente a mentalizar el diagnóstico y el sufrimiento para sí y los otros asociados al TLP. Una explicación tipo *cliché*, haría del paciente un individuo todavía más pasivo y facilitaría el modelo de funcionamiento teleológico. Un ejemplo fue cuando entrevistamos al esposo de una paciente TLP muy severa, impulsiva, con rasgos depresivos, pero con un sorprendente buen funcionamiento laboral, él marido (un especialista en cirugía) nos preguntó: *“no habrá algún medicamento que ayude a mi esposa, tal vez se trata solamente de un desequilibrio químico en su cerebro y eso es todo”?*

Programa de tratamiento

El programa actual de tratamiento ofrecido en el Reino Unido (de allí proviene el

modelo y luego se extendió a otros países de Europa y Norteamérica) es ambulatorio y comprende un período aproximado de 18 meses de duración, abarca una sesión individual de aproximadamente 50 minutos y una sesión grupal de 75 minutos con terapeutas diferentes.

Actualmente el tratamiento MBT acepta en pacientes externos el complemento de una terapia modalidad orientación psicoanalítica (expresiva). Bateman et al. (1-3) sugieren que las modalidades de intensidad de tratamiento MBT estén relacionadas con la gravedad del desorden, la presencia de trastornos comórbidos (incluidos los del eje II del DSM-IV) y el grado de apoyo social. El tratamiento no puede concebirse sin una adecuada relación y comunicación entre los miembros del equipo mediante reuniones semanales de análisis de informes de casos y supervisión, el terapeuta debe ser capaz de mentalizarse a sí mismo por así decirlo, para poder aplicar el tratamiento, esto no significa nuevamente, una postura omnipotente. Resulta por lo general un proceso en paralelo en el cual el terapeuta reflexiona sobre su propia mente a medida que ayuda al paciente a verse en la mente del terapeuta como se explicó en el capítulo 2.

El tratamiento individual, no excluye al grupal y solo en aquellas condiciones de reiteradas faltas al dispositivo grupal y previa discusión entre los miembros del equipo y el paciente puede darse de baja el tratamiento.

La importancia del tratamiento grupal

Ciertos contactos sociales, no son fáciles de gestionar por parte de pacientes TLP, en esas situaciones, tiende a confundir su propia mente con otras personas, como si fuera una identificación masiva asociada a cierto nivel de pérdida de los límites del

self mencionamos en capítulos anteriores el modo de funcionamiento de “equivalencia psíquica” y esta situación interpersonal sería un ejemplo al igual que la difusión de identidad, que puede generar una situación similar. Cuando esto ocurre el paciente suele sentirse solo y emerge la falta de sentido. La única salida posible es el distanciamiento emocional respecto de los miembros del grupo para evitar el colapso mental. Las interacciones sociales evocan en el TLP sentimientos penosos a pesar de que la comunicación e interacción social es un atributo central de nuestra especie.

Sin embargo, la terapia grupal basada en la mentalización puede facilitar el manejo de la ansiedad, los integrantes del grupo pueden ayudar al paciente reticente a incrementar la mentalización, el grupo intenta mantener la propia mentalización y al mismo tiempo robustecer la del resto de los integrantes. Una tarea fundamental para los miembros del grupo es aceptar realidades alternativas o directamente opuestas, tolerarlas implica claramente un aumento de la capacidad para mentalizar. Secundariamente el grupo puede ayudar a mantener la alianza terapéutica y consolidar capacidades de mentalización.

Revisión del tratamiento psicofarmacológico

Un alto número de pacientes TLP reciben algún tipo de medicación, en ocasiones durante largos períodos y en combinación con otros fármacos generando una polifarmacia irracional (18, 23).

El adecuado control de la medicación y la evaluación de la continuidad cuidadosa de esta forma de tratamiento está contenido en dos guías que pueden orientar al clínico. En el Reino Unido hay preferencia por la guía del *National Institute for Health and Clinical*

cal Excellence (NICE) publicada en 2009 y en EE.UU. por las recomendaciones de la *American Psychiatric Association* (APA) publicada en 2001 con revisiones posteriores. La guía británica, impresiona más rigurosa y selectiva para la indicación de medicación respecto de la segunda.

En forma sucinta la guía NICE señala:

“Hasta el momento de la publicación, existían 28 estudios evaluables de tratamientos farmacológicos en pacientes TLP, hay relativamente pocos estudios de cada fármaco individual, lo que hace que sea difícil sacar conclusiones firmes. No existen ensayos de benzodiazepinas o terapia electroconvulsiva (TEC) con el poder estadístico suficiente. Además, hay variaciones en las poblaciones en cada estudio, incluyendo los pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y voluntarios sintomáticos, y aquellos con y sin trastornos del Eje I. Otro problema con este conjunto de datos es el gran número de resultados reportados por cada estudio individual y la falta de escalas de evaluación del resultado del tratamiento estándar. Esto también hace que el conjunto de datos muy difíciles de analizar. Sin embargo, una proporción relativamente grande de los estudios disponibles se han publicado en los últimos años, lo que apunta a un creciente interés en la investigación en esta área. Esto es alentador para el futuro” (traducción del autor).

Existen pruebas que los tratamientos farmacológicos pueden ayudar a reducir los síntomas específicos que padecen los pacientes TLP, específicamente: ira; ansiedad; depresión, hostilidad; impulsividad síntomas psicóticos transitorios, aunque esto se basa en gran medida en los estudios no demasiado rigurosos (23, 24). Sin embargo, no hay evidencia de que alteran la

naturaleza fundamental de la enfermedad, ya sea a corto o largo plazo.

La guía APA, se basa en una serie de algoritmos que fueron publicados en 1998 y desde esa fecha ha habido algunas actualizaciones en función del surgimiento de antipsicóticos atípicos indicados en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos severos y la sobreextendida práctica de indicar anticonvulsivantes en pacientes que no son bipolares o unipolares (25).

La principal base de datos de estudios de metaanálisis la *Cochrane Library*, consideraba en 2006 (26) que todavía no era posible encontrar drogas suficientemente evaluadas en el tratamiento del TLP en función de ensayos clínicos rigurosos, sin embargo, en esa revisión consideraron en términos generales que el efecto de los antidepresivos IRSS, “podría ser considerable” y que particularmente la fluoxetina podría ser beneficiosa en el tratamiento de la agresión. Estas hipótesis, cambiaron radicalmente con la publicación de la revisión de 2010 (27) sugiere que no se encontró suficiente evidencia para el uso de antidepresivos “pero que podrían ser útiles frente a condiciones de comorbilidad”, concluye que **la severidad total del TLP no pudo ser modificada por ninguna de las drogas evaluadas hasta la fecha de esa revisión**. Sin embargo, orientan hacia el uso de aripiprazol respecto de otros antipsicóticos atípicos, resulta más seguro, no produce aumento de peso y tal vez los efectos extrapiramidales sean menores respecto de otros antipsicóticos.

Por lo general la indicación de medicación es revisada por el equipo de tratamiento al comienzo mismo de la evaluación y no resulta frecuente que se cambie en forma inmediata **excepto** por falta de efectividad o efectos adversos importantes. La medicación se revisa periódicamente y se modifica

de mutuo acuerdo cuando el psiquiatra y el equipo tienen cierta seguridad que se ha producido mejoría en el paciente.

Formulación

Luego de la fase de evaluación, se realiza una formulación inicial del caso, que puede ser entregada por escrito al paciente. De todas maneras, el terapeuta MBT, debe estar atento a la reacción emocional que la formulación inicial puede generar en el paciente TLP. Sintetizando, los objetivos de la formulación son los siguientes:

- Organizar el pensamiento tanto del terapeuta como del paciente ya que ambos pueden percibir distintas realidades mentales.
- Presentar el abordaje de tratamiento formalmente (concreto, claro y específico).
- Presentar objetivos a corto, mediano y largo plazo en términos de la adaptación social e interpersonal del paciente evaluado.
- Identificar de la mejor manera posible las estrategias de apego del paciente (ver capítulo 3).
- Historia vital del paciente ubicada en el contexto actual.
- En la medida de lo posible considerar un límite en la duración del tratamiento.

Ejemplo de una formulación

M. consultó por un estado compatible con doble depresión (actualmente episodio depresivo mayor, el entrevistador consideró posible también una historia de distimia). La paciente provenía de un país vecino y se

encontraba viviendo en Buenos Aires desde hace tres años respecto de la consulta actual.

Antecedentes

Se trata de una profesional universitaria, que hace varios años no ejerce su profesión, realizaba alguna actividad a tiempo parcial muy por debajo de su capacidad y su rango profesional. Estaba casada desde hace aproximadamente 20 años, el marido era un empleado de alto rango de una empresa multinacional y la familia debió cambiar de lugar de residencia en varias oportunidades ya que su este era asignado a filiales en distintas ciudades de Sudamérica y de EE.UU.

La paciente tiene un hijo, al momento de la consulta de 17 años, cursando el último año de la secundaria y se podía inferir que estaba padeciendo también un estado depresivo, con bajo rendimiento escolar, pobre adaptación, consumo ocasional de THC y conductas autoagresivas, en un momento del tratamiento de M., su hijo debió ser internado por un estado (de acuerdo con lo que pude inferir) de inestabilidad emocional, ideación suicida, intoxicaciones recurrentes con THC y automutilación. Permaneció internado 15 días y al egreso le comunicaron a la familia que su hijo era probablemente TLP.

Dificultades en las relaciones interpersonales

La relación con su marido era de intensa dependencia, al punto que M. dejó de trabajar y de frecuentar a sus amistades y sus actividades personales para seguirlo en el derrotero a todas las ciudades a las que era enviado para continuar con su trabajo. M. relato que sabía que su marido había tenido varias amantes y que en ocasiones una de ellas la llamó para contarle que era la aman-

te de su marido.

El marido negaba todos estos amoríos y ambos parecían tener una relación similar a una subordinada y un jefe. Una complicación adicional era el estado de salud médica de M., enfermedad oclusiva arterial moderada/severa en miembros inferiores, con claudicación intermitente, tratamiento anticoagulante y varias internaciones clínicas por complicaciones secundarias a dicha patología. Fumaba, tenía sobrepeso y sufría frecuentes migrañas. Hacia el tercer año de tratamiento basado en el modelo MBT, M se divorcia, el exmarido vuelve a su país de origen, junto con el hijo que comenzó estudios universitarios y había mejorado considerablemente los síntomas de TLP.

Formulación y evolución luego de 4 años de tratamiento

La formulación consistió en explicarle a M. el diagnóstico de TLP asociado a estados depresivos reactivos a la frustrante relación con su marido y al reconocimiento por parte de ella de *“haberlo dejado casi todo por mi familia, tanto mi familia de origen como la que formé con I.”* (su exmarido). Se le explican casi todos los criterios de TLP, empatizando con su experiencia de haber transcurrido varios años en una suerte de anestesia emocional para no percibir el dolor que le generaba su situación laboral, la dificultad para ejercer su profesión en nuestro país, las constantes mentiras, controles y manipulaciones de su exmarido que ella en parte aceptó durante varios años. **Se le explicó en detalle su conducta autodestructiva respecto de sus problemas médicos** (M. por ejemplo, fumaba tabaco en gran cantidad u “olvidaba” tomar la medicación anticoagulante).

Modalidad de funcionamiento de la mentalización como sí (*pretend*) y teleológica

Se le explico con términos que pudiera entender (más allá de su formación universitaria, no se podía dar por hecho que ella comprendería lo que significaba un estado disociativo) de qué forma bloqueaba casi toda su capacidad para experimentar estados mentales reflexivos de ella misma y los otros. El pensamiento resultaba concreto, bajo una forma de pseudomentalización que siempre la llevaba al pasado. Por momentos su experiencia mental era únicamente de dolor que la paciente relacionaba con los problemas de isquemia del miembro inferior (modalidad teleológica). Como terapeuta MBT/Apego, traté en los primeros meses del proceso que nos centráramos en reflexionar acerca de su estado actual, la dificultad para adherir a los tratamientos propuestos tanto desde las indicaciones médicas como de la psicoterapia. Al cabo de cuatro años (prolongado para una modalidad de MBT pero posible de combinar con una modalidad de tratamiento expresiva) M. comenzó con no pocas dificultades a validar su grado en una universidad local, logró separarse de su exmarido y no temer su presencia cuando por algún motivo debía viajar a nuestro país.

Se le explicó que significaba una modalidad de apego que oscilaba entre ansiosa/ambivalente (preocupada) y ansiosa evitativa (con algunas de sus conductas demostraba cierta infravaloración del tratamiento e insistía mediante una conducta masoquista en seguir autodestruyendo su vida).

Evolución: hacia el cuarto año de una modalidad combinada MBT+terapia de apoyo de orientación psicodinámica (28-31) M. como ya mencioné más arriba, había logrado integrar en cierta medida los rasgos patológicos de su personalidad, logró iniciar hasta

casi finalizar (al momento de escribir este resumen) la validación de su grado profesional y había logrado comenzar a hacer un duelo por la partida de su hijo al país de origen. La adherencia a todos los tratamientos (psicoterapia, neurológico por migraña severa y hematológico) es notablemente mayor.

Invariablemente M. “cerraba su mente” cuando trataba de explorar la posibilidad de una nueva relación amorosa y este objetivo de vida aún no ha sido alcanzado. M. no volvió a padecer (al menos hasta el momento actual) episodios depresivos, su vida social mejoró leve y regularmente viaja para visitar a su hijo, familiares o amigos en su país de origen. No logra una actividad laboral estable y refiere sentirse “incómoda” en la Universidad frente a compañeros más jóvenes que ella.

En el transcurso de la pandemia, cerca del mes de septiembre de 2020 luego de elaborarlo en terapia, llegamos a la conclusión de que vuelva a establecerse en su país de origen donde obtendría más apoyo social y podría ejercer su profesión.

Plan de crisis

A pesar de que la definición e intervención en “situación de crisis” no se encuentra del todo caracterizada y poco comprobada en algunos estudios (4), resulta claro por la experiencia que la mayoría de los pacientes experimentará alguna descompensación o crisis en determinado momento del tratamiento o de la evaluación misma, por lo tanto, resultará útil tener en cuenta esta contingencia. Desde el modelo de la MBT, resulta más conveniente ofrecer una guía antes que recomendaciones que no faciliten la mentalización y generen la posibilidad de conductas pasivas. Previamente se le solicita al paciente algunos ejemplos de crisis de

conductas potencialmente autodestructivas y/o lo hayan conducido a consultar con el servicio de emergencias. El manejo de la crisis debería ser una **responsabilidad conjunta del terapeuta y el paciente** (1-3).

Se puede solicitar al paciente que describa tres ejemplos de crisis que lo hayan conducido a solicitar la intervención de algún sistema de salud. Las conductas autodestructivas son especialmente importantes debido al riesgo que implican, pero también las conductas heteroagresivas potencialmente severas requieren mucha atención. Puede también resultar útil solicitarle al paciente que puntúe en una escala (mental) de 0 a 3 puntos, siendo 0= bajo control, 1 y 2= definido por paciente y terapeuta y finalmente 3= fuera de control, el plan es un muy buen ejemplo del proceso de “**parar y rebobinar**” ya descrito. El terapeuta puede ayudar solicitando al paciente que reflexione el modo en que los otros pueden observar el desarrollo de la crisis (claro está si el paciente en la ocasión se encuentra acompañado) y como pueden ayudar. **Esto proviene del recuerdo de situaciones similares del pasado en las cuales otras personas fueron de ayuda al mismo tiempo que permite identificar estrategias que no resultaron efectivas.**

Se propone analizar detalladamente la situación previa a la crisis mediante los siguientes abordajes:

- Caracterizar los estados emocionales.
- Sentimientos relacionados con el desencadenamiento de la crisis.
- Evaluación de la existencia de algún cambio previo de conducta.
- Evaluación de posibles cambios en los patrones de pensamiento.

La estrategia se centra en una actitud empática por parte del clínico respecto de la aparente falta de conocimiento por parte del paciente de los cambios súbitos, aunque **posiblemente duraderos** de los patrones habituales en los estados emocionales. Si este fuera el caso, se deberá insistir para lograr la mentalización de las señales de alarma, el terapeuta puede utilizar estrategias de clarificación con la finalidad de rebobinar hasta los momentos previos a la crisis y los posibles desencadenantes, en síntesis, se debe trabajar intensamente para ayudar al paciente a **reflexionar acerca de aquello que lo hace más vulnerable.**

Viñeta

La Sra. A. de 23 años sufría recurrentes estados de pánico, despersonalización e ideas de autoeliminación, en especial durante la mañana antes de salir al trabajo que detestaba. Su pareja no era de mucha ayuda para contenerla, tampoco el plan de medicación que debía ser modificado con frecuencia (las proyecciones de la paciente tenían un efecto inductor en el clínico y bloqueaban su propia capacidad de mentalización como luego se comentó durante las reuniones del equipo). Casi ningún fármaco resultaba efectivo, tampoco las sesiones semanales de terapia. Cuando emergían los síntomas la paciente concurría al servicio de urgencias del seguro médico que daba una respuesta muy inadecuada y probablemente iatrogénica para una paciente de estas características. Debía esperar largas horas en una sala de espera de la clínica o en el mejor de los casos en una habitación hasta la evaluación que generalmente finalizaba cuando le proponían la internación en un lugar que ya sabíamos era inadecuado para la paciente. A., por lo general se retiraba de la clínica previa admisión de 4 mg. de lo-

razepam vía IM.

Luego de cada “crisis” A. consultaba a su psiquiatra, quien intentaba insistentemente ayudar a la paciente a reflexionar acerca de factores desencadenantes, estados previos al episodio agudo y las propias consideraciones de A. acerca de los episodios reiterados.

A. se sentía muy poco motivada y desmoralizada por la respuesta de su psiquiatra y por las intervenciones del área de urgencias. En una de las últimas evaluaciones, A. refirió que había comenzado un nuevo ¡tratamiento! con una terapeuta y que las entrevistas duraban “horas”, también consideraba que podría ayudarla un tratamiento “homeopático”, estas últimas decisiones de A. reflejaban, como después fue discutido con el equipo, una modalidad de mentalización teleológica, concepciones concretas acerca de sus estados mentales y una capacidad de mentalización que no se pudo abordar adecuadamente. La falta absoluta de coordinación con el servicio de emergencia pudo haber contribuido al agravamiento del estado emocional de A. durante largas horas aguardando alguna resolución luego de la consulta de emergencia. Finalmente A. abandonó el tratamiento y nunca respondió a nuestros llamados.

El plan de crisis basado en la mentalización puede ayudar a que el paciente intente restablecer la capacidad de autocontrolarse y no continuar escalando estados emocionales displacenteros y potencialmente conducentes hacia la autoagresión. Se pueden evaluar estrategias previas exitosas como llamar a alguien frente a la desesperación y los sentimientos de abandono, alejarse de las situaciones provocadoras de descompensación (por ejemplo, A. no podía por razones obvias dejar su trabajo), puede ayudar que el terapeuta estimule al paciente para

reflexionar como lo ven otros frente a estas situaciones y que podrían hacer para facilitar ayuda. Esto último puede ser de gran ayuda ya que permite identificar aquello que puede ser útil y diferenciarlo de respuestas anteriores de los otros significativos que no resultaron efectivas. En el ejemplo anterior pudimos observar que la pareja de A. no disponía casi de ningún recurso mental para poder ayudarla, pero esto no significa que determinado paciente no se responsabilice de su participación en episodios de descompensación.

Consideraciones acerca de los contratos (acuerdos) de tratamiento

El contrato debe diferenciarse en dos niveles, primero el grupal, referido a ciertas reglas básicas que no sería de ayuda transgredir (1-3). El segundo es el del tratamiento individual. En mi opinión resultaría más útil considerar un término más apropiado por ejemplo **acuerdo de tratamiento** y considerar con el paciente una y otra vez la importancia de la adherencia al tratamiento tanto grupal, individual y farmacológico si fuera el caso. Me referiré luego a ciertos contratos que impresionan rígidos y por definición de la patología TLP incumplibles o puestos a prueba de un límite no tolerable por ciertos pacientes con rasgos antisociales, posibles de ser tratados con el modelo de mentalización. **Bateman (1) considera que el contrato tiene un valor relativo, puede ayudar a mantener el encuadre pero puede ser limitante y generar ataduras innecesarias tanto en el clínico como en el paciente.**

El acuerdo grupal enfatiza la mayor limitación posible al consumo de drogas, alcohol y la abstinencia de mantener relaciones sexuales entre los integrantes del grupo. Respecto de las sustancias se le

puede explicar a los pacientes de la forma más simple **como los químicos interfieren en el funcionamiento de las áreas cerebrales que sustentan la mentalización y de esta manera la inhiben, justo lo contrario que se desea lograr con el tratamiento, lo mismo ocurre con las relaciones sexuales, lo cual no supondría un problema entre personas no pertenecientes al grupo**, la situación aquí es el vínculo sexual entre los integrantes menoscaba en forma rápida la capacidad para mentalizar, ya que la relación excluye las mentes de los otros participantes. Por otra parte, recordemos que una de las capacidades centrales de la mentalización, es transformar los experiencias físicas en pensamientos y procesos psicológicos. En el caso del contrato de tratamiento individual el paciente puede acordar con este rápidamente evidenciando de esta manera una forma paradójica de escasa mentalización, por otra parte impresiona que aquellas conductas que el contrato quiere limitar, no pueden solo ser puestas en manos de responsabilidad del paciente y/o de un sistema de salud poco coordinado, abarrotado o que simplemente ignore que significan los procesos de mentalización (un ejemplo claro en este sentido es el ejemplo de la paciente A.). ¿De qué serviría que se le anunciara a un paciente que no va a continuar siendo atendido por las mismas dificultades que lo hacen sufrir a sí mismo y a los otros! Creo que sería similar que enunciarle a un paciente con cardiopatía isquémica que no continuará recibiendo atención si refiere dolores constantes.

Por otra parte, el estado mental fluctuante y variable que hemos analizado en capítulos anteriores no permite que el paciente TLP comprenda los alcances cabales de contratos complejos y amplios. Considero que un contrato rígido no es compatible con sistemas de salud poco estructurados y masivos

como los que presentan ciertos países incluido el nuestro (32-34).

Se podría considerar que algunos aspectos del contrato que proponen otros modelos de psicoterapia dinámica para TLP, resultarían discutibles: por ejemplo, en el inicio del tratamiento, “abordar las resistencias que pueden aparecer bajo la forma de conductas específicas” (32-34), el terapeuta MBT puede considerar que de hecho este es un objetivo del tratamiento y suponer que puede resultar difícil debido a la dinámica personal de cada paciente, abordar desde el comienzo (o más bien prevenir) dichas resistencias. En mi trabajo abordando pacientes con diversos niveles de gravedad, aplicando MBT no pude comprobar la utilidad de discutir ampliamente el contrato como condición *sine qua non* para comenzar el tratamiento una vez que parámetros ya mencionados fueron establecidos, esta situación podría llevar a mayor posibilidad de abandonos prematuros del tratamiento en pacientes potencialmente tratables.

Por otra parte, una de los puntos explícitos del contrato modelo TFP impone al paciente la regla de libre asociación, considero que esta forma de pensamiento se encuentra muy poco disponible en la mente del paciente ya que hemos visto la facilidad de caída en formas de prementalización al menos temporariamente, creo, que esta imposición (si se la puede denominar así) es análoga a la de un cardiólogo solicitándole a un potencial paciente con obesidad patológica y riesgo cardíaco que comience a caminar 6 kilómetros diarios. Tampoco creo sería muy sencillo, que dentro de las responsabilidades del terapeuta pueda recaer la “libre asociación”, para Fonagy et al., la actitud de mentalizar en forma recíproca, espejar las emociones u otros estados mentales y “tener en la mente al paciente” se encontrarían en

evidente contradicción con la modalidad de libre asociación (31).

La alianza terapéutica en lugar del contrato

La alianza terapéutica (AT) denominada también alianza de trabajo es uno de los procesos más discutidos en el campo del psicoanálisis (35). El concepto general de la AT implica un acuerdo mutuo consciente entre el analista y el paciente para lograr objetivos terapéuticos. Se encuentra fuera de los alcances de este capítulo, discutir la diferencia entre AT y transferencia positiva, considero que sería más práctico sistematizar el concepto de AT y lograr continuar el proceso de operacionalización, un concepto general considera que la AT implica: 1) **la calidad de la relación terapéutica** fundamental para la adherencia, 2) crear un vínculo personal con el terapeuta, 3) acordar objetivos y metas de tratamiento para lograr cambios. Todos estos factores resultan arduos en pacientes TLP por las propias características que estos presentan y la tarea muchas veces difícil y prolongada que tiene que encarar el terapeuta que trabaja con algunos de los modelos de tratamiento para el TLP. Si nos detenemos en los criterios mencionados más arriba, podemos considerarlos en mi opinión como factores más robustos respecto del acuerdo de tratamiento, aunque

no excluyentes.

Respecto de la sistematización del concepto para ser aplicado en TLP, Gunderson, explicita tres formas de AT que pueden observarse durante distintas fases durante la duración del tratamiento (11, 36).

- **Contractual** (conductual): esta forma de AT implica un acuerdo entre el terapeuta y el paciente en objetivos de tratamiento y los mecanismos para lograrlos. Puede explicitarse en las dos o tres primeras sesiones.

- **Relacional** (empática): indica la percepción del paciente respecto del terapeuta como una persona confiable, que puede brindar cuidado, genuino y agradable. Enfatiza representaciones del terapeuta desde el punto de vista objetal (el terapeuta comienza a constituir un objeto del *self* u objeto transicional. Puede desarrollarse en los primeros seis meses y persistir a lo largo de todo el tratamiento bajo una forma fluida de ruptura de la AT y posterior reparación

- **Cognitiva/motivacional**: es la más cercana al concepto clásico psicoanalítico de AT, bajo esta forma el paciente vivencia al terapeuta como un colaborador en un trabajo conjunto para conocerse a sí mismo, Gunderson considera que se forma gradualmente pero no perdura demasiado en el tiempo.

Referencias bibliográficas

1. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford UK: Oxford University Press; 2006.
2. Bateman A, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Arlington, VA: American psychiatric Association; 2012.
3. Bateman AW, Krawitz R. Borderline Personality Disorder: An evidence-based guide for generalist

mental health professionals. OUP: Oxford; 2013.

4. Borschmann R, Henderson C, Hogg J, Phillips R, Moran P. Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012.

5. Freud S. Sobre un caso de paranoia descrito biográficamente; trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu; 1986.

6. Freud S. La iniciación del tratamiento. Buenos Aires: Biblioteca Nueva; 1996

7. Gunderson JG, Bateman A, Kernberg O. Alternative Perspectives on Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: The Case of "Ellen." *Am J Psychiatry* 2007;164:1333–39.

8. Kernberg OF. Entrevista: pacientes borderline. *Confluencias y confrontaciones*. *Psicoanálisis* 1990; 12(2-3):357-71.

9. Fonagy P. An attachment theory approach to the treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin.* 1998; 62 (2): 147-69.

10. Bateman A, Fonagy P. Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *J Clin Psychol.* 2008;64(2):181–94.

11. Choi-Kain, L, Gunderson, JG. Good psychiatric management for borderline personality disorder a Practical Guide. Washington DC: American Psychiatric Association;2012.

12. Sharp C, Rossouw T. Borderline personality pathology in adolescence En: Bateman A, Fonagy P, editors. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Second edition, Wasington DC: American Psychiatric Association; 2019, p. 281–301.

13. Wilkinson-Ryan T, Westen D. Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation. *Am J Psychiatry* 2000;157: 528–41.

14. Tyrer P., Reed, GR, Crawford MJ Personality disorder 1 classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*.2015; 385, 717–26.

15. Fonagy P, Bateman A. Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 188(1):1–3.

16. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry.* 2010;9 (1):11–5.

17. Fonagy P, Bateman A. Mentalization-based Therapy: Advance Training. *Proceedings of the course*. Anna Freud Centre. 2013, London, UK.

18. Cohen DE. Pautas para el tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad (guías APA) *Psicofarmacología.* 2009; 55, 10-17.

19. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65: 1049–56.

20. Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, Grilo CM, Markowitz JC, Morey LC, et al. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75: 829–34.

21. Paris, J., Gunderson J., Weinberg, I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry.* 2007 48(2): 145-54.

22. Cohen DE, Corral MR. Can research confirm psychopathological subtypes and relationship between recurrent mood disorders and personality disorders? *Journal of Sleep Disorders & Therapy* 2015; 4: 195. doi 10.4172/2167-0277.1000195.

23. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patient with Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association,2001.

24. Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management. London: Royal College of Psychiatrists; 92n.d.

25. Soloff PH. Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin.*1998; 62, 195-214.

26. Binks CA., et al. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 25;(1):CD005653.
27. Stoffers, J., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006, 16(6).
28. Kernberg OF. *Transtornos graves de la personalidad.* México D.F.: El Manual Moderno; 1987.
29. Appelbaum, A. H. Supportive psychoanalytic psychotherapy for borderline patients: An empirical approach. *Am J Psychoanal.* 2006; 66(4), 317-332.
30. Rockland LH. *Supportive therapy: a psychodynamic approach.* New York: Basic Books; 1989.
31. Fonagy, P Utilidad de la mentalización en el proceso psicoanalítico. *Ciencias Psicológicas* 2015; 9 Número Especial: 179-196.
32. Yeomans FE, Selzer, M, Clarkin, J. (1992). *Treating the borderline patient.* New York: Basic Books.
33. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *Psicoterapia centrada en la transferencia su aplicación al trastorno límite de la personalidad: manual clínico para profesionales.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2016.
34. Yeomans FE, Selzer, M, Clarkin, J. *Treating the borderline patient.* New York: Basic Books;2012.
35. Gabbard GO, Horwitz L., Frieswyk S.; Allen JG, Colson DB., Newsom G, Coyne L. The effect of therapist Interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. 1988; *JAPA*, 36:697-27.
36. Gunderson J, Najavits L, Leonhard C, Sullivan C, Sabo A. Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychoter Res*1997;7:301-9.

Fase intermedia y final del tratamiento MBT basado en el apego

Diego Cohen

Resumen

Se desarrollan los temas y técnicas esenciales para la continuidad del tratamiento hasta la finalización. Se brinda un panorama esquemático, práctico a modo de guía. La cercanía emocional del terapeuta, el manejo de la transferencia y contratransferencia, diferenciándolas del modelo clásico del psicoanálisis. Estas fases representan el trabajo central y más arduo para mejorar la mentalización y mantenerla en pacientes TLP. Se ilustra con ejemplos.

Introducción

Durante esta fase, se desarrolla el tratamiento más intenso e importante para lograr mayor capacidad de mentalización y reflexión. Primero se centra en las técnicas del clínico y en la participación activa del paciente en la exploración conjunta de **procesos mentales** en lugar de los contenidos que se “encuentran” en la mente.

El terapeuta MBT debe considerar en forma continua su propia capacidad mentalizadora y si fuera el caso, tener en cuenta el momento de haberla suspendido o perdido transitoriamente, frente a estas situaciones, es recomendable la indicación de Allen (1) ya tantas veces mencionada en este volumen de “parar y rebobinar” esta pausa permite que paciente TLP y el terapeuta retomen la actitud de mentalización.

La atención conjunta se centra en el **momento actual** de la experiencia y sus aspectos conscientes, “intervenciones cercanas a

la experiencia” (2). De nada servirían (excepto para descompensar al paciente) las intervenciones complejas, lejos de la comprensión verbal y emocional, que Bateman et al., consideran potencialmente iatrogénicas (2). La práctica de MBT, se focaliza en mayor medida en los **estados emocionales** respecto de la conducta, enfocando la experiencia subjetiva del paciente, recurriendo a la empatía y evitando interpretaciones complejas. Es muy útil incluir el análisis de las relaciones interpersonales y la actividad mental cognitiva.

La tarea del terapeuta es centrarse en el nivel de activación afectiva (*arousal*) del paciente, ya sea esta alta o baja, estos estados mentales deben abordarse en primer lugar, ya que en esas instancias resulta difícil mentalizar por el deslizamiento a modalidades de mentalización de equivalencia psíquica o teleológica asociadas a estados mentales emocionales poco regulados que indican los déficits en la mentalización.

El nivel de *arousal* bajo (como fue ejemplificado en el capítulo anterior en las viñetas de las pacientes C. y A.) puede abordarse mediante clarificación y la atención una y otra vez hacia la “mente” del paciente para reflexionar en forma continua, observar y clarificar este bajo nivel de activación aún frente a situaciones dramáticas. Bateman y Fonagy, enfatizan que el nivel de activación dentro de la sesión es **responsabilidad última del terapeuta**, que más allá de la psicopatología presente puede hacer mucho para regularlo y bastante poco para descompensar al paciente (2) (Cuadro 1).

En la siguiente viñeta relatada por la paciente F. (confiando en la honestidad de la comunicación) podemos observar un breve ejemplo que ilustra el punto anterior (actitud interesada y activa del terapeuta):

Viñeta 1: F. una mujer de 40 años, soltera, profesional, refiere en la primera consulta: *“he concurrido a dos terapeutas antes de verlo a usted, me sentí muy incómoda durante esas entrevistas, relataba mis problemas y ambos terapeutas permanecieron callados y parecían impasibles, la falta de feedback, me hizo sentir muy incómoda, los silencios.... ya no sabía que decir, ha-*

cia el final de la entrevista el terapeuta hizo un breve resumen de mis problemas y me agendó un segundo turno para la próxima entrevista. Salí muy mal y me angustié en la calle, decidí no volver más”.

Comentario: resulta importante el rol activo del terapeuta, en mayor medida si se trata de un paciente límite, resulta probable que no todos los terapeutas puedan mantener una actitud de espejamiento y empatía, con el consecuente sentimiento de falta de apoyo por parte del paciente (3).

Viñeta 2: Interpretación compleja de conductas parasuicidas en una sesión de terapia.

Este ejemplo fue tomado de una supervisión.

La Sra. A., en lugar de concurrir a su trabajo, pasaba largo tiempo por la mañana en la estación de tren dudando acerca de arrojarle a las vías. El terapeuta comenzó a sentir la presión de instaurar un sistema de llamadas telefónicas con A. o su marido todas las mañanas para terminar con esta conducta aparentemente suicida. En lugar de actuar en base a la emergencia (podría en este caso ser un buen ejemplo de “parar y rebobinar”) el terapeuta basado en su con-

Cuadro 1. Sistema de apego hiperreactivo en TLP. Del apego a los síntomas y conductas (modificado ref. 2)

Hiperreactividad del sistema de apego en TLP
• Sistema del apego del TLP hipersensible (se dispara muy rápidamente) • Relación con los síntomas centrales del TLP • Esfuerzos para evitar el abandono • Patrón de relaciones intensas e inestables • Movimientos muy rápidos hacia los demás, del rápido conocimiento poco reflexivo a la intimidad

tránsferencia, interpretó: “sabe que quiero que permanezca con vida, pero no puedo controlar o garantizarle eso. Lo que Ud. está haciendo es un intento de poner en mí la parte suya que está a favor de continuar viviendo y esto permite que se identifique con una parte de Ud. misma que no quiere permanecer viva y que la amenaza con destruirse”.

(Impresiona por un lado una interpretación basada en la teoría, mediante el enfoque en la escisión y de la identificación proyectiva. Por otra parte, parece una idea que en principio se le ocurre solo al terapeuta sin que se vislumbre una actitud empática y la exploración de los motivos de la conducta de la paciente, a mi criterio es una intervención poco “mentalizadora”).

“Hay varias cosas para explorar en esto (continuo el terapeuta). En primer lugar, parece tener la fantasía de en tanto que Ud. crea que yo quiero que se mantenga con vida, de alguna manera puedo salvarla (impresiona una intervención basada en una suposición que parece solamente estar en la mente del clínico). La otra es que si una parte suya cree que sobrevive a la tentativa, disfrutaría de esta situación y disfrutaría al mismo tiempo de estar muerta, cuando en realidad esa parte suya también estaría muerta (impresiona una interpretación compleja basada en suposiciones, ¿podrá la paciente comprenderla?), el terapeuta continuo: pero debo enfatizarle que el intento suyo de poner en mí la parte que quiere vivir para liberarse totalmente de la parte suya que quiere morir es una falsa opción, niega de hecho que Ud. está en conflicto (impresiona una intervención poco empática y evidente por otra parte en el sentido que la paciente se encuentra en conflicto). Pero creo que sería bueno que sepa, que su parte destructiva está ahogando la parte suya que

quiere vivir, es mi trabajo remarcarle que ambas partes están en usted y que tenemos que ver qué conflicto representa esta situación” (la intervención impresiona más empática, tal vez cercana a la experiencia de la paciente y tiene en cuenta componentes conscientes).

El terapeuta aclara durante la supervisión que de acuerdo con su “teoría” intentó involucrar a la paciente en la dinámica en sus conductas sádicas, como se presentaban en la transferencia y la tortura (masoquista) que experimentaba con estas conductas parasuicidas sádicas de su paciente

Focalizar en los estados emocionales:

Es tal vez el componente más importante de MBT teniendo en cuenta la severa desregulación afectiva de los pacientes con TLP. Es importante ayudar al paciente a clarificar los estados emocionales relacionados con determinados eventos y explorar sentimientos asociados. La experiencia afectiva en ciertas ocasiones puede abordarse como algo ocurrido “allí entonces”, no obstante, **la experiencia afectiva actual** es más importante junto con los lazos de aquellas experiencias emocionales pasadas.

Para que las emociones no sean vivenciadas de manera tan real (equivalencia psíquica), los terapeutas que practican MBT pueden equilibrar la experiencia emocional con la vertiente cognitiva de los eventos hasta lograr la calma (por ejemplo, el paciente deprimido asume pensamientos poco realistas y distorsionados “soy un desastre en todo lo que hago y las personas cercanas me lo hacen saber”).

Otro componente importante es que el terapeuta se centre en la interacción emocional con el paciente, que ocurra un foco en el afecto interpersonal. De esta manera, el

centrarse en la interacción ayuda a salir de puntos muertos o de sesiones de mentalización como sí (*pretend*) o pseudomentalización. El principio general es entonces que el énfasis debe estar enfocado en los **estados emocionales** antes que en la conducta, en la relación interpersonal o en evitar interpretaciones que podrían desestabilizar al paciente (ver viñeta precedente y la importancia de la supervisión), esta actitud del terapeuta es recomendable que se mantenga aun frente a situaciones autoagresivas o potencialmente suicidas (4, 5, 6).

Actitud del terapeuta

Cualidades y actitudes importantes de la práctica basada en la mentalización

Para poder lograr la difícil tarea de una mentalización simultánea (el terapeuta mentaliza al paciente y el paciente intenta incorporar las características mentalizadoras del terapeuta) el clínico debe tener en cuenta ciertas premisas:

- Humildad, disminuir la omnipotencia del saber.
- Paciencia para dedicar tiempo a observar las diferentes alternativas o puntos de vista.
- Aceptar perspectivas diferentes.
- Indagar detalladamente las descripciones que ofrece el paciente de las diversas situaciones que le van ocurriendo en su vida (son importantes las preguntas de tipo ¿qué?).
- Actitud curiosa del terapeuta acerca de aquello que le ocurre al paciente.
- Evitar con cuidado la necesidad de en-

tender aquello que no tiene sentido (por ejemplo, señalar explícitamente que algo no está claro). Frente a esta situación el terapeuta debe pedir clarificaciones.

- La tarea de mentalizar es una actividad colaborativa y conjunta tanto en grupos como en los miembros de la diada de terapia individual.

El reconocimiento por parte del terapeuta de la pérdida transitoria de la propia capacidad de mentalización, inducida tal vez por los propios estados mentales del paciente, representa un buen ejemplo de humildad y disminución de omnisciencia, el paciente, puede observar un terapeuta como falible y disminuir las autoacusaciones prementalizadoras de ciertos pacientes (“siempre resultó confuso”), al mismo tiempo permitiría la recomposición de la AT, un tema que fue revisado en el capítulo anterior y una buena oportunidad para reiterar el proceso de “parar y rebobinar” hasta restablecer la mentalización. Bateman y Fonagy (2, 4, 7) señalan: “prestar atención a la mente es el corazón de la [terapia] mentalización”.

A continuación voy a detallar las actitudes centrales del terapeuta mentalizador que junto con el trabajo colaborativo forma el núcleo central de **la fase intermedia** del MBT.

Estrategias de tratamiento

Posición de no saber

Si asumimos la premisa que los estados mentales son complejos y “opacos”, en estas instancias el terapeuta puede saber aún menos de lo supuestamente conocido por parte del paciente. Este proceso desalienta o simplemente excluye una posición de “**asociación libre**” y “**atención flotante**”.

El objetivo central es lograr que el paciente **monitoree en el momento actual sus estados mentales** (1). En este punto comienza el análisis de las perspectivas alternativas y la comprensión que no existen hechos únicos e indiscutibles a la manera de certezas: *“siempre fui de esa manera desde chica, tímida e inhibida, seguía a los demás, sentía como no tener una personalidad”*.

En el siguiente caso clínico tomado de la bibliografía podemos observar algunas de las posturas del terapeuta mentalizador y contrastarlas con las intervenciones de otros expertos. Este ejemplo no pretende determinar intervenciones más eficaces o una especie de metasupervisión, solamente tiene el objetivo de ejemplificación de las intervenciones (8).

Caso H (traducido por DC)

H., una mujer divorciada de 32 años, que había trabajado a medio tiempo y vivía sola. Fue remitida a psicoterapia después de una crisis en su tratamiento ambulatorio a largo plazo. Su tratamiento previo había comenzado 10 años antes, en el contexto de un **aborto involuntario y un divorcio** (Las negritas son comentarios del autor DC).

Su historia incluye varios años de conductas de automutilación, reiteradas amenazas suicidas, incluyendo varios intentos e internaciones. En los 6 años previos, el tratamiento de H. involucró principalmente una variedad de antidepresivos prescritos por el “Dr. A”, para tratar un trastorno depresivo mayor recurrente. El Dr. A controlaba la medicación de H. una vez a la semana para ajustar los psicofármacos y como apoyo, excepto en las ocasiones de sus hospitalizaciones, cuando la vio todos los días.

Durante varias de estas hospitalizaciones,

se diagnosticó TLP., debido a que los psiquiatras de hospital percibieron una transferencia “idealizada erotizada” al Dr. A. y señaló que los síntomas depresivos de H. cedieron dramáticamente en respuesta a su atención. En esas ocasiones, el diagnóstico de TLP y las respectivas recomendaciones para el inicio de una exploración psicoterapéutica más profunda, fueron resistidos tanto por H. como por el Dr. A.

La referencia de H. hacia mí (Dr. G. uno de los expertos en TLP), ocurrió después de haber sido hospitalizada nuevamente, luego de otro episodio de automutilación. Esto tuvo lugar después de una llamada el sábado por la noche al recién casado Dr. A., él había respondido con su usual sincera preocupación, pero los sonidos de una fiesta estaban de fondo. H. le había asegurado que estaría bien. Así, cuando el Dr. A me refirió el tratamiento psicoterapéutico de H., fui reconocido por ella como un experto **en TLP**, y esto representó un cambio muy significativo (**proyección de la omnipotencia y omnisciencia en la representación del Dr. G., una dificultad severa de la capacidad de mentalización asociada al modo de funcionamiento teleológico relacionado con la conducta de automutilación**).

El Dr. G refiere: *“conocí a H. en su habitación del hospital. Su brazo estaba vendado profusamente. Durante el curso de la sesión, los dos teníamos preguntas. Le pregunté si el hecho de que ella se había autoflagelado estaba conectado a la llamada telefónica al Dr. A.”* (**posible sentimiento de exclusión más la transferencia erotizada**). Ella dijo: *“no”* cuando le pregunté si no había relación con que el Dr. A se había casado recientemente, ella volvió a desestimar cualquier conexión (**Se observa pobre mentalización en la respuesta, es muy breve, poco reflexiva e indicaría inhibición voluntaria o involuntaria**).

de los estados mentales y/o dificultades para reconocerlos).

“Entendí los descargos de H. como un reflejo de su resistencia consciente a hablarme de sentirse rechazada por el Dr. A., meses después, ella pudo hablar acerca de haber tenido a menudo fantasías sexuales con el Dr. A., pero no pudo hablar con él sobre esto porque le incomodaba”.

Comentario de Bateman:

Dr. Bateman: *“sospecho que H. no tenía idea de si alguna de sus sugerencias sobre las causas del último episodio de automutilación es exacta o supuesta. En el tratamiento basado en la mentalización, nos centramos en el estado mental del paciente en la situación actual. H. puede haber estado preguntándose acerca de quién era este “experto” o por la pérdida del Dr. A. debida a la imposibilidad de éste de contenerla. Por el momento, su visita puede haber confirmado cuán enferma ella realmente estaba (o el interés que H. podía inducir en el Dr. G.). En segundo lugar, queremos explorar su estado de ánimo mucho antes de que ella llamara al Dr. A., aunque la llamada en sí misma podría haberla disgustado, ésta surge en el contexto de la falla de mentalización, siendo incapaz de procesar una experiencia emocional. Queremos estudiar los estados de ánimo de H., especialmente su **experiencia afectiva**, para encontrar el punto en que esto ocurrió. El objetivo (...) sería comprometer a H. en un proceso de atención a sus estados mentales” (En estos breves párrafos se sintetiza la postura del terapeuta y los objetivos y tareas iniciales frente a una paciente dentro de una situación muy particular).*

Dr. G.

“En nuestra reunión inicial, H. quería respuestas a dos preguntas relacionadas: si

*acaso yo creía que ella tenía trastorno límite de la personalidad, y si debía suspender la medicación indicada por el Dr. A. Con respecto a las dos preguntas, respondí diciendo que no sabía, pero que las respuestas probablemente se harían evidentes si ella decidía utilizarme para ayudarla a entender. Ella encontró esta respuesta frustrante y se quejó: “usted es médico, debería saber” (**falla severa en la mentalización, se niegan los propios conflictos y se hace una falsa atribución hacia la autoridad del Dr. G. como alguien que todo lo sabe**). También le hice saber que el Dr. A seguiría gestionando su tratamiento farmacológico.*

Dr. Bateman. *H. quería saber si ella tenía trastorno límite de la personalidad, es decir, quién era ella (identidad). Ud. “reflejó” eso al decir que tampoco lo sabía, lo que creo que la confundió y aterrizó. Esto provocó una pérdida momentánea de mentalización, y ella revirtió rápidamente a una **representación esquemática para reestabilizar la mentalización**.*

*“Usted es médico, debería saber”. Yo no creo que esto significa que usted tiene que “saber” y que debería haber dicho “sí” (**se observa la actitud inicial de no saber del terapeuta y la opacidad de los estados mentales**) Eso no habría estimulado la mentalización. En el tratamiento basado en la mentalización, hacemos comentarios sobre nuestro propio estado de incertidumbre, como Ud. lo hizo, pero luego nos centraríamos en el estado mental en que esta situación la dejó (“Creo que es difícil hablar con alguien que se supone que es un experto y parece inseguro acerca de algo tan básico”). Su confirmación acerca del rol del Dr. A. como administrador de su medicación fue importante porque habla de lo que en el tratamiento basado en la mentalización creemos que es una forma de pensar **prementalizadora**, en la*

cual “¿debo dejar de tomar la medicación?” es igual a “¿voy a dejar de ver a el Dr. A?” (**modo de funcionamiento basado en la equivalencia psíquica e intensas ansiedades de abandono**).

Evolución 3 meses después

H., tomando medicamentos antidepresivos prescritos por el Dr. A., había salido del hospital y estaba asistiendo diariamente a un grupo de apoyo, además de la terapia individual tres veces por semana. Se presentó en una sesión del lunes luciendo **desaliñada, irritada** y distraída.

Dr. G.: “te ves como una niña abandonada, como si reclamaras que alguien te cuide” (No hay respuesta). “¿Cómo estás?”. Luego de comentar su apariencia e indirectamente revelando la respuesta protectora que evocó en mí, y que esperaba evocar en los demás, me he centrado en el material interactivo aquí y ahora. Estar activo al comentar acerca del estado aparente emocional de un paciente es una forma valiosa para iniciar sesiones con los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

Dr. Bateman. “Estamos muy de acuerdo con sus comentarios acerca de la apariencia de un paciente como una forma útil de comenzar cuando hay algo obvio que está pasando. También en este punto, mantiene las cosas “**actuales**”, que es algo que el tratamiento basado en la mentalización enfatiza.”

Nota del autor: no resulta claro porque no se hizo referencia al estado mental de irritación, tal vez el aspecto desaliñado (externo) captó mayormente la atención del Dr. G.

Viñeta 2 continuación:

Paciente: “estoy deprimida... mi cerebro no funciona (**un ejemplo muy claro de pen-**

samiento teleológico poco simbolizado), no puedo dormir por la noche. He estado *inmovilizada*”. Señaló que estaba teniendo graves impulsos suicidas y que había tenido problemas tratando de no actuarlos, pero añadió: “no tengo suficiente energía para hacer nada”.

Dr. G.: “es notable la brevedad con que has vuelto a estar tan deprimida” (ella se quedó mirando por la ventana mientras esperaba una respuesta). “¿Crees que esto se relaciona con los acontecimientos de la semana pasada?” (No hay respuesta.) “Sospecho que esto es una respuesta a haberte presionado para suspender tu grupo de apoyo el miércoles pasado y después haberte enterado que tu madre está enferma” (no hay respuesta.) Continué: “estás bastante enojada conmigo porque fallé en reconocer lo importante que era que vayas a cuidar a tu madre” (yo había hecho hincapié en que su primera prioridad era aprender a cuidar de sí misma). Continué: “estoy seguro de que tanto la amenaza de pérdida de apoyo del grupo y la amenaza a la visión de ti misma como una buena cuidadora dada al no estar con tu madre han llevado a tu estado de tu depresión actual”.

Comencé asumiendo que los síntomas de H. tenían un componente comunicativo intencional (**una característica central de la mentalización**). Esto asigna significado a los síntomas del paciente y los introduce a verse a sí mismos en un rol en la causa y en la solución de su problema. En esta ocasión, H. parecía *impasible* ante mi esfuerzo por vincular la depresión a los acontecimientos recientes. Tampoco parecía receptiva a mis esfuerzos interpretativos, es decir, cómo la imagen de sí misma siendo buena, fue conectada a ser una cuidadora. No le pedí que confirme mis conexiones causales, creyendo que incluso si ella sabía que lo que estaba

diciendo era correcto, ella se sentiría demasiado avergonzada o derrotada al admitirlo.

Dr. Bateman. *Usted le estaba brindando una forma de explicar las cosas que fue desarrollada por su cuenta en lugar de estimular un proceso en el que ella estuviera preocupada por la comprensión de su propia mente; es posible que haya alentado la “pseudomentalización”. Sólo después de un proceso de atención conjunta se estableció que sería deseable mentalizar interpretativamente la transferencia (“estabas bastante enojada conmigo el viernes”). Usamos la **transferencia** para mostrar a los pacientes cómo el mismo comportamiento pueden ser experimentado de manera diferente y puede ser visto de manera disímil por diferentes pacientes.*

Dr. G. *Ellen parecía oír lo que dije, pero se mantuvo desinteresada en responder. Si ella no estuviera de acuerdo, yo habría sentido que ella estaba comprometida conmigo y con sus problemas. “Vas a necesitar que tu cerebro funcione bien antes de que puedas pensar con claridad acerca de los problemas que enfrentarás” (¿otra explicación teleológica esta vez de parte del terapeuta?). Entonces le pregunté acerca de sus problemas para comer y dormir. A continuación, me hice proactivo trayendo a colación los factores de estrés. “En la medida que estés de acuerdo en que tu depresión se debió, en parte, a la propuesta acerca de los recortes en la terapia de grupo, deberías informar a tu líder de grupo que sientes miedo de irte”. Añadí: “Sería bueno que lo hagas tu misma, pero en caso de que te sientas demasiado avergonzada de tus temores, voy a hablar con el líder del grupo para subrayar cuán difícil se presenta la propuesta de cambio. Tal vez lo más importante, realmente deberías llamar a casa para averiguar si las necesidades de tu madre están siendo adecuadamente atendidas”.*

*Creo que H. estaba avergonzada porque creía que irse de la terapia de grupo no debería ser una pérdida y ella realmente creía que **no debía cuidar de sí** misma en lugar de su madre. Así que yo no acepté sus negativas necesariamente como un reflejo de lo que sabía o creía, más de lo que acepté sus declaraciones iniciales de que no veía relación entre el autoflagelo de su brazo y el reciente matrimonio del Dr. A. No le pedí que “confesara”. Simplemente traté de normalizar estas reacciones como si, para mí, fueran esperables y predecibles.*

Dr. Bateman. *Estas son excelentes intervenciones de mentalización. Para algunos pacientes, puede ser demasiado largo y complicado, pero en este caso, se aproximó a la vulnerabilidad de la paciente y se mantuvo junto a ella de una manera que le dio apoyo real. Por lo tanto, ella respondió muy positivamente a medida que transcurrió la sesión.*

Dr. G. *Acerca de mi último comentario sobre su madre, H. finalmente respondió. Dijo que ya había llamado y le preguntó si necesitaba que ella vaya a su casa. H conto que su madre había dicho: “me sentiría muy mal si yo fuera responsable de la interrupción de tu tratamiento”.*

Terapeuta: *“No lo puedo saber. ¿Eso significa que ella quiere que vayas o no?”.*

Paciente: (Observando con ironía) *“En realidad la respuesta de mi madre fue ambigua al respecto”.*

Terapeuta: (me sentí tranquilizado por esta respuesta, porque significaba que las sutilezas de las posibles intenciones de su madre eran claras para ella). *“Por desgracia, su respuesta deja la responsabilidad de decidir si ir o no sobre tus hombros. Sospecho que te sentirás mal hagas lo que hagas.”*

Dr. Bateman. Excelente intervención de mentalización: al punto, al foco afectado, capturó su estado atrapado.

Conclusiones iniciales de Bateman

*En el tratamiento basado en la mentalización invertimos el orden, utilizamos interpretaciones sólo después de que el trabajo de apoyo está hecho. No podríamos formular la respuesta posterior a su intervención debido a lo que usted llama una “promulgación de transferencia.” Más bien, sugeriríamos que sus intervenciones han generado un proceso de mentalización en el que ella fue capaz no sólo de controlar su estado interno, sino también para sentir curiosidad por la ambigüedad de la respuesta de su madre. A diferencia de la sesión anterior, cuando inicialmente no podría hablar con usted sobre su “affaire” con el Dr. A., **H. se dio cuenta de que usted entendía cuán reales estos estados mentales eran para ella y que pudiera revelarlos sin desestabilizarse** (8).*

“Estamos de acuerdo en que las depresiones no deben ser tratadas simplemente como trastornos comórbidos. La experiencia de depresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad es aterradora porque las cogniciones relacionadas con el sí mismo y los afectos se experimentan excesivamente reales: “sentirse mal” se convierte en “soy malo” (5). En este estado mental, el desafío o el debate sobre la realidad de los estados negativos es infructuoso, posiblemente perjudicial, y simplemente hace que el paciente se sienta incomprendido.

Comentario final acerca del abordaje de la agresión en MBT

En el tratamiento basado en la mentali-

zación (en el ejemplo de la paciente H. que se presentó con ira en una sesión) Bateman sostiene (2):

“No asignamos a la ira un papel central en el desarrollo o la terapia del trastorno límite de la personalidad. Dentro de la terapia, es muy fácil de interpretar estados mentales de irreflexión, desesperación y terror como ira. La ira suele confundirse con la motivación y a menudo se le otorga un sentido inadecuado, por ejemplo, “él hizo esto para atacarme”, etcétera. Desde la perspectiva de la mentalización, la ira es generalmente vista como una respuesta a una acción o un comentario por parte del terapeuta. En lugar de tomar el significado y la centralidad de la ira expresada, el terapeuta que aplica el tratamiento basado en la mentalización tendrá que considerar lo que ha hecho para provocar dicha ira” (4).

Para el modelo MBT, la agresión del paciente proviene también de fallas en los vínculos de apego debido a la incapacidad para internalizar representaciones empáticas por parte del cuidador. El sí mismo central del niño no puede integrarse en forma coherente generándose de esta manera núcleos mentales no metabolizados que pueden ser proyectados como agresión, más aún en relaciones interpersonales inadecuadas o por fallas no buscadas durante las intervenciones terapéuticas (ver el capítulo 3). El modelo MBT/apego, no considera (al igual que Winnicott y Kohut por ejemplo) la agresión innata como el problema central del TLP. Si la experiencia interna del infante no es comprendida, permanece innombrada, confusa y la experiencia emocional resulta desregulada (9). La única forma de lograr cierta coherencia del sí mismo es mediante la expulsión violenta de estados mentales no metabolizados (introyectados) o la alternativa de la autodestrucción por suicidio, Bateman et al.,

sostienen: “...el ataque al otro es un gesto de esperanza, el deseo de un nuevo comienzo, un intento desesperado de restablecer una relación o coherencia del sí mismo, aun si esa relación termina trágicamente” (9).

Utilización de la transferencia durante la fase intermedia de tratamiento

Una aclaración previa acerca de este tema resulta importante. En el tratamiento MBT, la transferencia no significa una repetición más o menos distorsionada de una serie de relaciones pasadas con objetos actuales. En el TLP la transferencia (debido al funcionamiento de modalidades de prementalización) es experimentada como real, precisa y actual y debería ser aceptada por el terapeuta bajo estas características (4, 7).

El modelo MBT, no utiliza el concepto de transferencia en sentido clásico, debido a fallas en los procesos de simbolización que dificultan identificar al terapeuta como un objeto como sí y es visto como una persona real debido a la poca diferenciación representacional ya mencionada en el TLP.

La transferencia en este modelo tiene una comprensión más amplia, más allá de sucesivas repeticiones, involucra la relación con el terapeuta y la externalización de las partes ajenas del sí mismo, evocadas por la relación actual. Resulta entonces una nueva experiencia influenciada por el pasado (7) (Cuadro 2).

La transferencia en el paciente límite tiene una expresión inductora hacia el terapeuta para provocar reacciones que en forma fallida el paciente utiliza para estabilizar sus estados mentales hasta que logren clarificarse en el curso del tratamiento (5) (Cuadro 3).

En forma concisa, Bateman y Fonagy resumen las características más frecuentes de la transferencia en casos TLP (2-5, 9, 10).

- No debe ser vista como una simple repetición o desplazamiento del pasado en el presente.

- No se interpreta la transferencia bajo esta modalidad.

- Es interpretada como actual, real y precisa por el paciente TLP.

- **La transferencia tiene el valor importante de representación de puntos de vista alternativos y no como una concepción rígida inmodificable** (ver el caso clínico de la Sra. A. en el capítulo 1).

Trazadores transferenciales:

- Son intervenciones que se usan en la fase temprana del tratamiento, ponen de relieve áreas problemáticas en la vida del paciente y comienzan a tratarse las perspectivas alternativas.

- Focalizan gradualmente la relación con el terapeuta para identificar patrones de conducta y formas de relacionarse con los otros.

- No utiliza la técnica de confrontación y no se propone desafiar al paciente, es el comienzo del análisis de los diferentes puntos de vista posibles para facilitar la disminución de los pensamientos y emociones vivenciadas en forma concreta.

En resumen, la tarea inicial desde la transferencia es en primer lugar identificar los temas comunes en las relaciones problemáticas y tentativamente relacionarlas durante la relación terapéutica y el proceso de tratamiento, en un comienzo puede comenzar con el análisis de las relaciones extratransferenciales o hacia los miembros del equipo

de tratamiento. Hacia el final del proceso terapéutico puede resultar útil (cuando se han establecido representaciones más estables y predomina la forma madura de mentalización en oposición a modos de prementalización) el análisis de la relación en niveles altos de activación emocional (2, 5, 6).

Estas estrategias propuestas por Bateman et al. no significan eludir la transferencia u

ocultarla, como dicen los autores, no están sugiriendo evitar la transferencia, sino más bien utilizarla lentamente a medida que se afianza la relación y el nivel de ansiedad del paciente es menor (4). Recordemos que en el paciente diagnosticado TLP la realidad externa-interna no está sólidamente establecida, las emociones y pensamientos no pueden ser representados en forma integrada.

Cuadro 2. Componentes de la mentalización de la transferencia (modificado ref. 2)

Componentes de la mentalización de la transferencia
• Validación de la experiencia • Exploración en la relación actual (extratransferencial o transferencial) • Aceptación y exploración de las actuaciones (incluye la participación y propia distorsión) del terapeuta • Colaboración mutua para llegar a un entendimiento de las actuaciones y estados mentales dolorosos • Monitorear la reacción del paciente • Explorar la reacción del paciente a este nuevo entendimiento

Cuadro 3. Mentalizando la transferencia

Mentalizando la transferencia
• Énfasis en situaciones actuales • Demostración de distintos puntos de vista o perspectivas alternativas (“¿pudo su novio tener otros motivos para hacer lo que usted me relató?”) • Enlazarla hacia aspectos de la situación de tratamiento (que pueden estar sensibilizadas por experiencias pasadas) o hacia el terapeuta • Resaltar las motivaciones subyacentes tal como se evidencia en terapia

Reteniendo la cercanía mental con el paciente durante el proceso

Significa el proceso de comprender los estados mentales y las representaciones acompañantes, implica conocer el nivel afectivo del paciente al igual que la capacidad del terapeuta para diferenciar sus propios estados mentales respecto de sus pacientes, manteniendo activa su capacidad para mentalizar como ya fue mencionada en otros capítulos. Esta cercanía no puede ser perfecta y resulta útil parafraseando a Winnicott que sea “suficientemente buena”, una discrepancia leve entre los estados mentales de la diada no es necesariamente mala y puede favorecer el proceso de desarrollo del tratamiento mediante clarificaciones y la comprensión contratransferencial.

Viñeta: el terapeuta B. siente fastidio e irritabilidad frente al paciente P., no logra desentrañar los procesos de hipermentalización de P. y hacia dónde quiere llegar mediante su ayuda. P. parece llegar a sus propias conclusiones omnipotentes sin tener en cuenta las intervenciones del terapeuta quien permanece luego de la sesión en un estado de impotencia sin poder comprender que desea cambiar P. El proceso de supervisión llega a la conclusión que P. (un hombre añoso con múltiples situaciones traumáticas en su vida de relación, por ejemplo, suicidio de la hija y de la esposa) parece que quisiera permanecer refugiado en un estado de espléndido aislamiento pero que paradójicamente lo hace sufrir y sentir abandono y en soledad, en la terapia se trata de centrar en estos estados emocionales que P. solo reconoce parcialmente.

Contratransferencia

Se encuentra fuera del objetivo de este volumen una comprensión detallada del importante concepto de contratransferencia (CT), uno de los temas centrales de la teoría, la clínica y la técnica psicoanalítica. Se remite al lector a las obras más relevantes acerca del tema, entre ellas los trabajos de Racker, Sandler, Kernberg y Gabbard entre otros (3). El propósito más relevante para el modelo de mentalización es considerar la CT **como una serie más de los innumerables** estados mentales presentes en los terapeutas debido a sus propias características de la personalidad, en los pacientes que trata y en las interacciones que surgen entre ambos en la terapia individual y grupal.

Dentro del marco de tratamiento MBT el terapeuta debe mantener una escisión “normal” intrapsíquica para lograr una constante dialéctica entre el pensar y el sentir, entre él mismo y el paciente; entre sus experiencias y lo que el paciente está sintiendo, en términos básicos un proceso de diferenciación de modalidades de funcionamiento de la mentalización (7).

Este proceso guarda relación con aquello que Sandler (11) denominó “identificación primaria” y lo relacionó (creo al igual que Freud) con un estado de indiferenciación del sí mismo con el objeto, los límites representacionales *self*-objeto se desdibujan o se fusionan. Si bien es un proceso que Freud (12), consideró normal durante una etapa del desarrollo, suele relacionarse con procesos presentes en condiciones psicopatológicas graves como la esquizofrenia o en ciertos episodios psicóticos en los trastornos de la personalidad y/o por la acción de ciertas drogas de abuso. Por tanto si el terapeuta (como en la viñeta anterior), tiene una reacción emocional directa a las reacciones

del paciente o la conducta, debería ser vista como un proceso cercano a la identificación primaria, si estas reacciones estimulan conflictos inconscientes no resueltos, pueden resultar en la instauración de defensas, la generación de puntos ciegos en la terapia y un distanciamiento en la relación con la posibilidad de una finalización prematura del proceso o actitudes sobreprotectoras por parte del terapeuta que no permitirían la libre exploración de la mente del paciente.

En la terapia de mentalización la CT es considerada, en parte, un autoconocimiento del clínico basado en procesos de mentalización hacia el polo afectivo, sí mismo-objeto y tal vez se origina en parte en procesos basados en memorias emocionales y procedurales (por ejemplo, el miedo que puede percibirse al entrevistar a un paciente antisocial en el que se perciben fuertes componentes agresivos, ver capítulo 2 dimensiones de la mentalización).

El modelo MBT/apego no es considerado como un proceso que permita una base para interpretaciones, basta para este conocimiento la doble capacidad del terapeuta, como ya fue señalado, para mantener (no resulta sencillo) su propia capacidad para mentalizar al paciente, al mismo tiempo que

le “marca” (habla desde su propia perspectiva) a estos los estados mentales que van surgiendo, es decir estimula la capacidad reflexiva del paciente y casi al mismo tiempo mentaliza la relación, de allí creo surge el mencionado concepto de una escisión normal, operativa y en lo posible concurrente con cierta capacidad de los pacientes límite para mantener cierto grado de estados de autoobservación reflexiva (4, 7, 13).

En esencia el trabajo utilizando la CT se lleva a cabo de acuerdo con Fonagy et al., hacia los procesos de reflexión, una y otra vez acerca de la mente sobre la cual estamos trabajando (dicho esto metafóricamente ya que no podemos trabajar exclusivamente sobre una mente, de por sí un concepto abstracto y de confusas connotaciones filosóficas y hasta religiosas) ¿es nuestra mente, la del paciente o la combinación e interacción de ambas mentes? (7).

La forma de trabajar con la CT es esencialmente, aplicando un término muy actual, poner en cuarentena los propios sentimientos (esto no significa transformarse en un autómatas aun no siendo intencional sino más bien defensivo, sería iatrogénico). La CT no es utilizada para comprender al paciente a partir de aquello “que el paciente

Cuadro 4. Componentes de mentalización de la contratransferencia

- **Monitorear estados de confusión, perplejidad o desconcierto**
- **Compartir la experiencia de no saber**
- **Evitar la experiencia de omnipotencia**
- **Atribuir sentimientos negativos a la terapia y a la situación actual en lugar de hacerlo al paciente y terapeuta (la menos inicialmente)**
- **Objetivo hacia lograr un entendimiento acerca de la fuente de negatividad o excesiva preocupación**

por su forma de ser me hace sentir” (existen creo, medios más fiables empíricamente hablando para esta finalidad) no lo es más que todas aquellas técnicas señaladas a lo largo del capítulo (Cuadro 4).

Viñeta 1: un terapeuta en formación comienza a tratar a una paciente TLP con fuertes componentes narcisistas que estaba cursando una depresión aguda moderada. El terapeuta hizo todos los arreglos necesarios, excediendo sus límites y roles para que la paciente no tuviera que “preocuparse” por nada más que recibir el tratamiento antidepresivo agudo que requería una venoclisis para administrar clomipramina. La paciente manifestando desdén, expresó su satisfacción por no tener que ocuparse de nada respecto de su tratamiento (se observa en esta viñeta la falta del componente de autoobservación por parte del terapeuta haciéndose cargo de algo que no le correspondía también puede informar acerca de una paciente pasiva, poco reflexiva).

Viñeta 2: Lara, una joven estudiante de 23 años, consultó a uno de los miembros del equipo, un psiquiatra con varios años de formación en MBT. Fue derivada por la psicóloga que la trataba hace más de dos años ya que no podía encontrar alivio de ciertos estados emocionales: altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional y momentos transitorios de ira hacia sus padres. Estudiante universitaria, disfrutaba de sus proyectos, pero el rendimiento era irregular. La paciente mejoró un tiempo con dosis bajas de venlafaxina, luego (asociado) debido a la larga cuarentena en nuestro país, su actividad diaria comenzó a perder estructura y los síntomas empeoraron, comenzó con atracones frecuentes con culpa posterior, esta conducta repetitiva era la que más la perturbaba.

El aumento de la dosis de venlafaxina no fue tolerado, las llamadas y consultas de Lara eran cada vez más frecuentes. Ella se contradecía frecuentemente considerando que ya estaba “mejor”, pero rápidamente recaía, la capacidad de concentración comenzaba a disminuir y se sentía realmente abrumada.

El psiquiatra administrador comenzó a sentir impotencia y frustración (sentimientos CT parcialmente concordantes con aquellos de Lara), llegó a considerar que a la paciente nada le era útil, comenzó un tratamiento con topiramato para reducir los atracones, siguió manifestando la inutilidad de esa nueva prescripción y mostraba una fuerte ambivalencia entre continuar los tratamientos o abandonarlo todo.

El clínico mediante el proceso de “pausar y rebobinar” consideró que los tratamientos farmacológicos iban a ser poco efectivos. Sin apelar a “confesiones” contratransferenciales, fue empático y sincero con la paciente manifestándole que por ahora no era el momento de seguir con ensayos y errores en el tratamiento farmacológico. Le propuso reforzar el modelo educativo y conductual para promover el autocontrol de los atracones (aquello que más la desestabilizaba) considerando con mucha paciencia la reformulación de una estructura que la aliviara de los efectos de la cuarentena y enfatizando las medidas de autocontrol para evitar los atracones: no comprar alimentos ricos en carbohidratos y grasas, no tener en su casa alimentos con esas propiedades, reenfocarse en los estudios y en la actividad física.

Trabajando con estados mentales actuales

El modelo MBT, considera que resulta muy poco beneficioso para los pacientes TLP (al menos en las fases iniciales e in-

termedias del tratamiento) enfocarse en situaciones del pasado, que favorecen la intelectualización, no tienen una aplicación práctica y tal vez sirvan solo para continuar victimizándose (13). Si el paciente insistentemente retorna al pasado, el terapeuta debe relacionarlo con el presente, conducir la terapia al **aquí ahora** y considerar la experiencia presente (véase la viñeta de la paciente H.). Resulta central mantener la experiencia emocional actual (muy probablemente relacionada con el pasado) para permitir continuar explorando dicha experiencia (que luego indefectiblemente llevara al pasado traumático), gradualmente, esta estrategia permitirá al paciente comprender sus estados emocionales actuales, por lo general los pacientes TLP resultan confundidos con una reconstrucción del pasado en los momentos iniciales de la terapia, la ira, frustración y depresión pueden ir en aumento, es por tanto más útil focalizarse en el estado actual y sus desencadenantes.

Para trabajar con los estados mentales actuales resulta esencial reconocer aquellos procesos mentales del paciente que están siendo proyectados, cuales no corresponden a dicho proceso y en particular resulta importante que el terapeuta mantenga la postura mentalizadora en todo momento, si esto fuera posible y la diferenciación de los propios estados mentales respecto de los del paciente.

La contribución del modelo de mentalización y apego para generar cambios en pacientes TLP

La relación individual y grupal con el terapeuta, genera un espacio libre para explorar la mente sin temores pasados, mediante una relación segura basada en el apego y evitar la proyección de partes extrañas del sí mismo que dañan y controlan al paciente y sus relaciones. Es de gran ayuda que

a lo largo del proceso y en forma continua, el paciente **pueda imaginarse en la mente del terapeuta**. Estos procesos dependen también de la capacidad de mentalización del clínico, su experiencia, circunstancias de vida o sus propios factores constitucionales (factores innatos de la personalidad) que pueden favorecerla o perjudicarla.

Los cambios mediante el modelo de mentalización, como en parte señalé anteriormente, se logran y afianzan mediante estrategias y actitudes del terapeuta tanto en los grupos como en el proceso individual, a continuación, haré referencia a estas “posiciones” del terapeuta como señalan Fonagy et al.

Cercanía emocional durante las sesiones

El grado de cercanía emocional y compromiso con el paciente límite es tal vez uno de los factores cruciales del proceso, paradójicamente durante algunos momentos de la terapia el intento de comprender en forma empática y de validar la experiencia emocional del paciente, puede **activar** en exceso el sistema de apego, contribuyendo a que el paciente falle en los procesos de mentalización, como fue señalado en el capítulo 2, las relaciones intensas que establecen algunos pacientes limítrofes crea en ellos un *arousal* que resulta difícil de sostener en el tiempo.

Recordemos que el terapeuta formula preguntas, estimula sentimientos y recuerdos situaciones que pueden generar ansiedad y perturbar la mentalización, esto no significa que el terapeuta permanezca pasivo o indiferente, situación que también podría perjudicarlo. El tiempo y la forma para intervenir es guiado la apreciación del terapeuta de la pérdida de la capacidad de mentalización momento a momento durante la sesión. En esta situación el terapeuta puede retraerse, estimular otros procesos de orden cognitivo

para restablecer la mentalización y disminuir la activación emocional, esta es la situación paradójica de la aproximación emocional hacia el paciente, cuando el terapeuta debería acercarse al estado emocional se recomienda que se aleje, vuelva a centrarse en sus propios procesos de mentalización para evitar una activación emocional excesiva por activación del sistema de apego.

El paciente puede sentir “que hago ahora con todo esto que hemos visto, cuando falta poco para terminar la sesión y no volveremos a vernos en unos días”. En estas circunstancias cuando el paciente **se vuelve intensamente emocional**, Bateman et al. (4, 7) recomiendan que el terapeuta tome una distancia, reduzca un tanto la empatía y active un modo de mentalización más cognitivo al menos temporalmente, en síntesis, que disminuya el *arousal* que bloquea la mentalización.

Cuando la mentalización puede ser recordada, el clínico vuelve a centrarse en los procesos emocionales (mentalización afectiva), preguntar, centrarse en la actitud empática y en la relación con el paciente. Evaluando nuevamente si esta situación activa el sistema de apego. Estos movimientos del terapeuta pueden parecer contraintuitivos con todo aquello que aprendimos acerca del apoyo emocional, *holding* y capacidad de contención, se supone que el terapeuta debe ser cálido, atento y expresivo, pero en el caso de los pacientes límite el estado de hipersensibilidad y reactividad emocional, orienta a ser cauto con estas actitudes, ya que la hiperactivación del apego reduce la mentalización.

Ciertas actitudes y acciones del terapeuta pueden evitar el acercamiento favoreciendo la desestabilización de la mentalización.

Meares et al. (14), consideran a la psicoterapia dinámica como una especie de con-

versación, un componente importante del dialogo es la actividad imaginativa (mentalización en un sentido actual) mediante el interjuego del pensamiento directo y el asociativo. Considera que el terapeuta puede dañar la mente de su paciente mediante seis mecanismos en una relación que puede volverse persecutoria: 1) **intrusión**: avanzar sobre el espacio personal del paciente, mediante preguntas que semejan interrogatorios y un entendimiento prematuro de la mente del paciente y forzando la “confesión” de secretos experimentados por el paciente como esenciales de su “*sí mismo central*”; 2) **actitud derogatoria**: es un término amplio que indica como el terapeuta puede debilitar la autoestima del paciente; 3) **invalidar la experiencia emocional del paciente**: ocurre cuando el analista no respeta aquello que el paciente manifiesta y responde evasivamente o categorizando en lugar de elaborando, amplificando emociones, imágenes y memorias (nuevamente procesos de mentalización); 4) **el terapeuta distante o evitativo**: bajo la premisa de mantener la neutralidad, niega la relación emocional en el marco de la relación interpersonal con un ritmo de distancia y silencio, 5) **la situación insostenible**: promueve confusión, desamparo y dificultad para explorar la mente mediante: a) falta de claridad acerca de la estructura del tratamiento, b) imponiendo requerimientos incumplibles, c) emitiendo mensajes y demandas conflictivas; 6) se genera un **espiral persecutorio**, que conduce a una posible interacción destructiva, en la cual los integrantes de la diada se sienten perseguidos. Los componentes de la técnica que pueden favorecer estas situaciones son el terapeuta que todo lo sabe (omnipotencia vs. humildad), autoritarismo, rigidez teórica asociadas a las actitudes y creencias sectarias por parte del terapeuta.

En el capítulo 2, hice referencia a las diferentes modalidades de mentalización, los movimientos contrarios (tabal 1) representan estrategias para robustecer la mentalización, cuando el clínico advierte que el paciente mantiene el foco en aspectos cognitivos que impresionan procesos de pseudomentalización y crean una atmosfera emocionalmente pobre o distante, el terapeuta debería centrarse en el trabajo sobre la modalidad afectiva. El terapeuta focaliza al paciente en el exterior y en los otros cuando lo observa centrado en el interior y en sí mismo respectivamente, los mismo ocurriría si lo observa en una modalidad predominantemente implícita (impulsividad, actuar sin pensar), emocionalmente distante (centrado en la modalidad cognitiva) o como fue dicho anteriormente cargado emocionalmente. El terapeuta que logra identificar estos mecanismos mentales, debería poder percibir que las sesiones se hacen más fluidas y comienzan a centrarse en procesos más que en contenidos mentales. Un ejemplo puede ser la reconducción mediante algunas preguntas, *¿cómo cree que se sintió su novia cuando advirtió que usted prestaba mucha atención a otra mujer durante la reunión de amigos?*, *“veamos porque se siente siempre*

afectado por esos comentarios de su madre acerca del rendimiento en los estudios” (movimiento contrario del foco en el otro hacia el sí mismo).

Viñeta: F. un paciente varón de 30 años, todavía estudiante universitario, se encuentra en tratamiento hace 2 años. Muy pocas veces logra controlar el alto consumo de alcohol los fines de semana y el ocasional consumo de marihuana (THC). El terapeuta que lleva a cabo el proceso, intenta centrarse una y otra vez en explorar aquello que subyace previamente a desencadenar estas conductas de abuso de sustancias: el entendimiento que logra el paciente acerca de la ansiedad que le produce ciertos contactos sociales, el sentimiento de soledad durante los fines de semana y los “premios” que se adjudicaba para consumir un fin de semana luego de haber hecho un esfuerzo de control del consumo o de haber aprobado un examen parecían haber llegado a un punto suficientemente claro de comprensión (mentalización) y el terapeuta comienza a notar cierto estancamiento en el tratamiento.

F. rechaza sistemáticamente las ayudas alternativas ofrecidas como AA o consultas al servicio de toxicología. Desde una pers-

Tabla 1. Movimientos contrarios durante la sesión (ref. 5)

PACIENTE / TERAPEUTA	TERAPEUTA / PACIENTE
Saber omnipotente	No saber-Clarificar
Autoreflexión	Reflexión acerca de los otros
Distanciamiento emocional	Acercamiento emocional
Certeza	Duda

pectiva psicoeducativa que forma parte de MBT, se le explicó la acción inhibitoria mediada químicamente del alcohol y THC sobre los procesos de la mentalización (7).

El clínico comienza a focalizar en las relaciones interpersonales especialmente con potenciales mujeres que él desea. Se observa y reflexiona con el paciente acerca de estas relaciones fragmentadas, poco profundas y fugaces, excepto cuando F. cumplía alguna función paterna sustitutiva y se relacionaba con alguna mujer divorciada con hijos varones.

Durante varias sesiones el terapeuta se centró en trabajar acerca de la mentalización en sí mismo antes que en los otros referida a los reiterados episodios de impotencia sexual con algunas mujeres que conocía en forma casual y previamente “sabía” que no continuaría la relación. F. autoobservaba permanentemente su “rendimiento” sexual en cuanto a la erección sin mostrarse interesado en lo que sentía su ocasional “acompañante”. En esta situación, el enfoque basado en la mentalización se centró en tratar de ayudarlo a pensar en forma más empática para que pueda conocer las reacciones y emociones que inducía en los otros, en la situación ejemplificada con aquellas mujeres con las que en parte deseaba relacionarse. En esos momentos de la MBT, el foco pasaba del sí mismo a lo que ocurría con los otros.

Fase final del tratamiento MBT

La fase final comienza luego del año de tratamiento, cuando todavía faltarán 6 meses para concluirlo. El objetivo es trabajar el núcleo más duro de la patología TLP que a la vez es el más difícil de modificar: A) las relaciones interpersonales y B) ciertos aspectos del funcionamiento social. Durante la fase final resulta crucial trabajar acerca

de **la separación** considerada en el plan de tratamiento inicial. Las dificultades para gestionar la separación por parte de ambos miembros participantes del tratamiento, puede incurrir en la reemergencia de modalidades previa a la mentalización madura, conductas regresivas y profundos sentimientos de soledad. Es bueno que el terapeuta “olvide” la noción clásica del funcionamiento atemporal del inconsciente.

Viñeta: paciente G., esta paciente a la que ya he hecho mención en otro capítulo se encontraba frente a un claro dilema, si bien el tratamiento MBT basado en el apego duró tres años, se produjo un divorcio, su hijo estuvo internado por consultas de automutilación, intento revalidar su grado para poder ejercer en la Argentina, el plan no pudo ser instrumentado y ella continuaba sola, aislada y poco motivada. Durante esos momentos ocurrió la cuarentena por la epidemia de Covid19 (la paciente tenía factores de riesgo vasculares). Comenzamos a trabajar hacia la mitad de la cuarentena que el regreso a su país de origen podría facilitar una mejor vida social, le cercanía con su hijo adolescente y demás cuestiones legales acerca de su herencia que estaba en disputa con la hermana.

Consideramos de común acuerdo que el retorno a su país de origen la podría hacer sentir más contenida y con un mejor funcionamiento laboral responsable, los meses previos a los arreglos para la partida, me propuse trabajar en la despedida, considerando el trabajo interno intenso que se produjo durante el proceso, la situación fue verbalizada y observé una conducta de serena resignación y de validación que su experiencia en nuestro país estaba al menos por ahora concluida. Procure que obtuviera datos para las consultas de seguimiento, que

incluían cuán útil resultaba el tratamiento farmacológico, le propuse continuar algunas entrevistas por vía remota que la paciente aceptó hasta que pudiera consolidarse en su nueva situación.

En resumen, los objetivos de la fase final abarcan:

- Aumentar la autonomía y el funcionamiento independiente del paciente.
- Consolidar la estabilidad social.
- Desarrollar en conjunto un plan de seguimiento del tratamiento si es requerido.
- Centrarse en los estados emocionales que significa la finalización y la pérdida.

Seguimiento

Formalmente el programa MBT/apego ofrece un plan de seguimiento, pero es com-

prensible que ciertos pacientes que se encuentran en un nivel alto de gravedad que se manifiesta en diversas situaciones, no puedan lograr mayor integración de la personalidad luego de 18 meses. Varios de estos pacientes requieren más apoyo para lograr adaptarse a la vida luego del tratamiento. El seguimiento por lo general no incluye una nueva versión de terapia individual. Se ofrece terapia grupal, de pareja, asesoramiento educativo.

Resumen de los objetivos de seguimiento:

- Mantener los progresos obtenidos en el programa de tratamiento.
- Estimular si fuera posible mayores cambios que favorezcan la rehabilitación.
- Apoyar la estabilidad vocacional-laboral.
- Evaluar y tratar reemergencias de problemas interpersonales y sociales.

Referencias bibliográficas

1. Allen JG, Fonagy P, Bateman A. Mentalizing in clinical practice. Arlington, Virginia: American Psychiatric Publishing; 2008.
2. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford (UK): Oxford University Press; 2006.
3. Gunderson JG, Gabbard GO. Psychotherapy of personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
4. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based Treatment. Oxford medical publications: Oxford University Press; 2004.
5. Bateman A, Fonagy P. Borderline personality disorder. En: Bateman A, Fonagy P, editores. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychaitric Association Publisihing. p.273-289.
6. Bateman A, Gunderson JG, Mulder R. Treatment of personality disorder. Lancet. 2015; 385: 735-43.
7. Bateman A, Fonagy, P. Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad.

Desclée De Brouwer: Bilbao; 2016.

8. Gunderson JG, Bateman A, Kernberg OF. Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of "Ellen". *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 1333-39.
9. Bateman A, Fonagy, P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord*. 2004; 18(1), 36-51.
10. Verheugt-Pleiter A, Deben-Mager M. Transference focused psychotherapy and mentalization-based treatment: brother and sister? *Psychoanal Psychother*. 2006; 20(4):297-315.
11. Sandler J. Projection, identification, projective identification. International Universities Press, INC.: Madison; 1987.
12. Freud S. El "Yo" y el "Ello". Biblioteca Nueva: Madrid; 1996.
13. Eizirik M, Fonagy, P. Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(1):72-5.
14. Meares R, Hobson, R. The persecutory therapist. *Br J Med Psychol*. 1977; 50: 349-59.

Práctica del tratamiento MBT/apego: posición del terapeuta

Diego Cohen

Resumen

Se analizan las contribuciones del terapeuta y un modelo de encuadre (posición de mentalización) para llevar a cabo el proceso intermedio y final de MBT/apego. Se aprecia la humildad del terapeuta, la autenticidad, la reformulación de la contratransferencia (contrarelación) que se desarrollará inevitablemente en todo el proceso. Se ejemplifican los movimientos contrarios que estimulan la mentalización y la importancia de las diferentes alternativas frente a una situación conflictiva para evitar modalidades de funcionamiento de prementalización.

Cuatro componentes son esenciales para trabajar con pacientes TLP en el marco de la mentalización: firmeza, humildad, empatía y la capacidad del terapeuta para aprender de sus pacientes (1-3). La humildad le permite admitir sus equivocaciones en intervenciones involuntariamente desacertadas. El terapeuta construye permanentemente en su mente, el estado mental del paciente, contribuyendo a generar lo que considere en capítulos anteriores: el espejamiento, el paciente debe poder verse en la mente del terapeuta y cómo es percibido por este. Por tanto, el terapeuta debe ayudar a su paciente a aprehender aquello que le sucede y que está sintiendo en el momento del encuentro. También el terapeuta debe poder verse en la mente del paciente (1, 2). La tarea no resultará nada sencilla, pero pondría al paciente en el conocimiento de sus propios estados mentales.

Los pacientes TLP son especialmente hábiles para captar la dimensión de mentalización externa y el foco afectivo, por tanto, algunos de ellos son muy sensibles a las intervenciones, las sienten de forma persecutoria o pueden desencadenar reacciones de ira (2). La **intuición** es otro componente importante, evita ser rígido e inflexible adherido a conceptos teóricos preconcebidos.

El proceso de mentalización tiene una trayectoria circular e interconectada: narración del evento → aquello experimentado en ese momento → sentimiento actual del evento → lo que se experimenta hablando acerca de eso en la terapia → perspectiva alternativa (3).

Mantener o recuperar la función mentalizadora del terapeuta

Si el terapeuta por cualquier motivo que sea, incluida la relación con un paciente di-

fácil no es capaz de pensar o reflexionar la terapia se hace imposible. Si se ha perdido la capacidad de mentalización, lo mejor es detener la sesión, hasta que el terapeuta pueda recuperar la ilación, pensar y seguir lo que el paciente dice:

- Detenerse y explorar cuando todo es confuso y no se puede pensar (mentalizar).

- Es clave que el terapeuta pueda controlar su capacidad mentalizadora, si observa dificultades, debe poder expresarlo siempre que se implique en el proceso de recuperar la postura mentalizadora.

- Podemos sintetizar la posición mentalizadora mediante los siguientes indicadores: a) la MBT/apego es una terapia que focaliza en la atención conjunta, el objeto de atención son los estados mentales del paciente (ver procesos del desarrollo que facilitan la mentalización, capítulo 1), b) el terapeuta construye y reconstruye una imagen del paciente para que pueda conocerse a sí mismo, c) ambos experimentan interacciones impresionistas (aparentes), d) se identifican las diferencias, e) se estimulan las perspectivas alternativas y f) indagación activa al paciente pidiéndole descripciones detalladas de las experiencias (la pregunta es el “qué”) en lugar de explicaciones (la pregunta es el “por qué”) y e) evitar con cuidado la necesidad de entender aquello que no tiene sentido.

- Un componente importante del proceso de tratamiento es la actitud de humildad, la capacidad de reconocer errores. Estos procesos, tiende a disminuir la activación de paciente (*arousal*) ya que el terapeuta asume la responsabilidad de las dificultades interpersonales y brinda la oportunidad de

comprender los malentendidos frecuentes en las relaciones sociales de los pacientes límite, de acuerdo con Bateman (3) todo aquello que no se comprende es una experiencia aversiva para los TLP. Resulta importante entender que los terapeutas MBT/apego necesitan hechos y focalizarse en procesos y estados mentales antes que en contenidos. Prestar atención a la mente del paciente constituye el elemento central de la MBT (4).

Actitud del terapeuta

Intenta mostrar que los estados mentales son opacos o poco claros y que el clínico muchas veces puede no saber que ocurre en la mente del paciente, la intención es entonces ayudar a los pacientes a dilucidar que ocurre en su propia mente, que los moviliza y los motivos que subyacen a sus problemas. Esto no puede hacerse sin una indagación minuciosa de los hechos y estados mentales. Para Bateman et al. (4) el objetivo es que el paciente “conozca *online* sus estados”. El trabajo es reconocer las perspectivas alternativas que al no serlo “transforman la mente” en una estructura rígida cercana al fanatismo.

La actitud del terapeuta resulta central ya que mediante su capacidad para presentarle al paciente un modelo (imperfecto) y los procesos de identificación, el objetivo es que el paciente pueda internalizar estas actitudes, lograr lentamente conformar y tener curiosidades por sus propios estados mentales y el de las otras personas.

La reelaboración continua de distintas perspectivas que provienen de ambos componentes de la díada resulta de suma importancia para el proceso de cambio ya que el foco de la terapia es el análisis del presente.

Cuando las diferencias en las perspectivas

sean aparentemente insalvables, deben ser identificadas, aceptadas hasta que puede alcanzarse una resolución.

Autenticidad

Los procesos mentales del terapeuta tienen que ser accesibles al paciente, recordemos que en los pacientes con TLP, predomina cierto grado de mentalización externa,

al mismo tiempo que son sensibles a las expresiones faciales de las personas con las cuales interactúa y suposiciones de los estados internos de los otros (incluido el terapeuta). Por todas estas razones, el terapeuta debería permitir que sus procesos mentales sean accesibles al paciente con TLP. Esta situación requiere franqueza, autenticidad, honestidad intelectual de lo que el terapeuta siente y piensa. Solamente se requiere

Cuadro 1. Posición básica del terapeuta MBT

Posición del terapeuta MBT / apego
• Posición de no saber: tanto el terapeuta como el paciente experimentan interacciones que no son más que impresiones • Aceptación de diferentes perspectivas • Cuestionamiento activo. • Evite la posición de entenderlo todo, no hay obligación de entender lo previamente confuso • Monitorear los propios errores, honestidad para reconocerlos, oportunidad para conocer y saber más del paciente al aclararlos

Cuadro 2. Ejemplos de perspectivas alternativas en la transferencia (modificado de ref. 1)

Ejemplos de perspectivas alternativas en la transferencia
• Veo lo que ocurre de autocontrolarse antes que de atacarme (explicación del paciente) ¿puede pensar acerca de esto un momento? • Parece creer que no le caigo bien, no estoy seguro de eso, ¿qué le hace pensar que no me cae bien? • Ahora parece que tampoco puede confiar en mí, ya que desconfía de todos alrededor suyo, porque no puede predecir cómo van a responderle. • Tiene que verme a mí como a alguien que lo critica, ¿de esa manera siente justificado rechazar lo que le digo?

considerar que la mente del terapeuta está disponible. El clínico, debe estar preparado para recibir preguntas o afirmaciones que pueden generar en él una postura defensiva (véase la viñeta de la Sra. A. en el capítulo 1), peor sería que el terapeuta invalide la correcta o supuesta percepción del paciente por sentirse por caso avergonzado y/o incómodo. Si la percepción del paciente del estado mental del terapeuta resulta correcta, se requiere una validación.

Está cansado de venir a las sesiones, ¿es cierto?

Los pacientes pueden actuar o verbalizar así un ejemplo de funcionamiento en modo equivalencia psíquica en la cual rápidamente asumen que el terapeuta debe sentir estados similares, ya que los límites entre este y el paciente tienden a confundirse, atribuyendo lo interno a lo externo (5).

Si el terapeuta se siente aburrido por caso, es importante que lo explore en el marco de la interacción con el paciente. En este ejemplo, el terapeuta deberá mentalizar su participación en “una terapia aburrida” y tratar de focalizar ese sentimiento en la terapia. Por el contrario, si no se siente aburrido, debe poder expresarlo para abrir la posibilidad de explorar el sentimiento junto con el paciente. Resulta muy importante que el terapeuta se abra en la mayor medida posible a sus propios sentimientos mentalizándolos en lugar de estimular las fantasías del paciente acerca del hipotético aburrimiento. **Esto es un principio básico de MBT: no realizar intervenciones hasta estar seguro de que el paciente está al menos mentalizando, aunque en un nivel bajo** (4). Resulta altamente recomendable que el terapeuta comunique al paciente lo que está experimentando, en ese momento, en el marco de la terapia. El ob-

jetivo es esclarecer las perspectivas alternativas, por ejemplo: aburrido vs. confundido, aburrido vs. distraído y no conectado totalmente con el paciente. En forma resumida podemos considerar los indicadores de mentalización del terapeuta que le permitiría salir del entrapamiento de dos mentes con baja mentalización. El objetivo nuevamente es lograr perspectivas alternativas como ya fue dicho y ayudar al paciente a lograr una mentalización más robusta.

- ¿Hubo algo de lo que dije que pudo haberme hecho sentir del modo que lo estás expresando?

- No estoy seguro de haber dicho eso, déjeme recordarlo.

- Creo haber podido equivocarme, no puedo entender como he llegado a decir eso ¿puede ayudarme a recordar a lo que sucedió antes de equivocarme?

- ¿He pasado por alto algo obvio?

Contrarelación (contratransferencia), sentimientos generados en el terapeuta y marcación de los estados mentales

En MBT, conceptualmente la contratransferencia hace referencia a los sentimientos experimentados por el terapeuta, vinculados a su autorreflexión, que abarca al polo afectivo de la relación, por esta razón el clínico MBT/apego utiliza el término contrarelación (ver el capítulo 6 para un análisis más detallado y ejemplos) y “sentimientos del paciente con relación al terapeuta” (1, 4). **La actitud del terapeuta es evitar la contratransferencia “por defecto”, en el sentido de que todo aquello que siente se debe a proyecciones del paciente.**

Es importante considerar que nuestros propios estados mentales contribuyen a la situación de contrarelación, modificando la comprensión que podemos lograr del paciente y sin fundamento equiparar nuestros propios estados mentales con los de nuestros pacientes. Es por ello que Bateman et al. (1), recomiendan “poner en cuarentena” cuando se trabaja con la contrarelación, los propios sentimientos y sugieren simplemente actuar como lo haría una persona normal, desde este punto de vista el terapeuta habla abiertamente desde su propia perspectiva (se denomina marcar). Este proceso es altamente importante ya que permite diferenciar lo que ocurre en la mente del terapeuta y en la del paciente ¿es nuestra propia mente, la representación del estado mental del paciente o una combinación de ambas?

En síntesis: el terapeuta tiene que poner en pausa sentimientos que se refieren tanto a experiencias cognitivas y afectivas que surgen en las sesiones que permiten conocer más que le ocurre al paciente o al proceso tratamiento. El paciente, debe tener en cuenta los efectos que provoca en la mente de los demás. La cuestión para el terapeuta consiste en aclarar que aspecto de sí mismo contribuyó a lo ocurrido en determinada sesión y que aspecto del paciente facilita la situación. Puede concluirse que la contrarelación es una creación conjunta basada en estados mentales y modos de funcionamiento psíquico (4).

Es poco probable que un terapeuta distante, frío o desapegado ayude al paciente en el proceso de espejamiento de poder verse en la mente del terapeuta. Recordemos que los pacientes con TLP tienen déficits en el reconocimiento de las emociones de los demás y los estados subjetivos de aquellas personas significativas. Resulta probable que esa modalidad del terapeuta provoque reacciones

paranoides o de rechazo severas por parte del paciente.

La tarea puede ser ardua y difícil ya que el terapeuta necesita convertirse en lo que el paciente necesita que sea, sentir aquello que el paciente quiere que sienta, pero ser al mismo tiempo él mismo (separación de las mentes) al tiempo que preserva parte de su mente para reflexionar acerca del estado interior de su paciente.

Cercanía emocional durante las sesiones

En el tratamiento de los pacientes con TLP, puede ocurrir una situación paradójica, la comprensión y cercanía afectiva por parte del terapeuta, puede activar el sistema de apego e **inhibir los procesos de mentalización**. El apego se activa ya que naturalmente el terapeuta empatiza con el paciente, le efectúa preguntas entre otras formas de acercamiento, en síntesis, si hay honestidad se “preocupa” por sus pacientes. Frente a esta situación se recomienda que la aproximación calibre el momento cercano a la posible pérdida de la mentalización y se detenga en ese punto enfocando más en el polo cognitivo, este proceso se denomina **movimiento contrario** (ver capítulo anterior). Se recomienda al terapeuta que en estas situaciones se aleje del polo afectivo, en un movimiento contrario de la capacidad de mentalización inhibida por la activación del sistema de apego. Una vez recobrada la mentalización el terapeuta puede volver a centrarse en las emociones. El relativo alejamiento emocional no significa transformarse en un clínico distante, debe recordar que la atención que se muestra como afabilidad, preocupación y comprensión menoscaba la mentalización solamente si activa el sistema de apego.

Una paciente relata a su terapeuta: “us-

ted, parece muy comprensivo hacia mí, más que otras veces, seguramente debe estar muy contento porque se acercan sus vacaciones” (la paciente verbaliza su temor al abandono luego de haber sentido que el terapeuta empatizaba con sus sentimientos de soledad, mediante un comentario irónico (atenuadamente agresivo)).

Cuándo el paciente está excesivamente fijado en el foco externo, atraerlo hacia el foco interno para promover la mentalización, lo mismo ocurre cuando el paciente hace extensas referencias centradas en la modalidad cognitiva, lentamente se deben empezar a considerar los estados emocionales, ciertos momentos de centrado en el foco interno pueden resultar útiles para facilitar la reflexión, sin embargo el excesivo foco interno puede generar en el paciente pensamientos punitivos, negativos o vergonzoso, pero también en esta situación se puede dejar de lado el foco externo que no favorece la relación interpersonal.

Preguntas formuladas en forma sencilla pueden ser de ayuda ¿porque crees que ella reacciona así en esa situación?, ¿que pudo haber ocurrido que la llevo a eso? Si no se logran resultados el terapeuta debe ser insistir hasta lograr un panorama más claro que permita que el paciente se sienta involucrado en el proceso.

Dilucidar el alejamiento emocional del paciente respecto del terapeuta, debe ser tenido en cuenta para favorecer un acercamiento emocional mayor y de esta manera continuar con el balance de los modos de mentalización. Se intenta el acercamiento cuando se percibe que el paciente se aleja y viceversa, este movimiento en particular puede favorecer la alianza terapéutica y la confianza en el tratamiento.

Viñeta

Un psiquiatra que recién comenzaba el entrenamiento en MBT, entrevistó a una paciente joven que se encontraba internada por una sobredosis de paracetamol (tóxico hepático en dosis altas, riesgo de insuficiencia hepática). Comenzó a entrevistar a la paciente, tratando de clarificar la situación previa a la acción autodestructiva. La paciente casi no respondía y el polo afectivo era notablemente pobre (la paciente parecía como una mujer de cera) o la paciente no deseaba mostrarlo para ayudar a comprender el motivo de su acción, el terapeuta no se mostró demasiado insistente frente a la frialdad emocional de la paciente que no ofrecía ninguna pista para acceder a los estados mentales previos a la acción. El terapeuta sintiéndose tal vez excluido o inhábil en la entrevista no insistía a fin de analizar la situación. Si bien corría riesgo de mayor activación del apego, por la discusión que llevaba al fin de la relación que ella mantenía con su novio, en el proceso de supervisión se sugirió que el terapeuta no insistió suficientemente para clarificar la conducta autoagresiva.

Durante el proceso de movimientos contrarios, el terapeuta debe permanecer atento y evaluar la situación bajo la cual se encuentra el paciente, si este permanece firmemente en una modalidad de equivalencia psíquica, la insistencia en la exploración podría ser contraproducente ya que el paciente no estará muy dispuesto a reflexionar debido a que equipara el mundo interno a la realidad externa, por lo tanto podría estimular al paciente a decir las mismas cosas fijándolo en el modo equivalencia psíquica.

Referencias bibliográficas

1. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. Oxford; Oxford University Press; 2007.
2. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. Washington DC: American Psychiatric Press; 2008.
3. Bateman AW, Fonagy P. Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía clínica. Bilbao:Desclée de Brouwer; 2016.
4. Allen JG, Fonagy P. The handbook of mentalization-based treatment. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
5. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Dev and Psychopatol. 2009; 21: 1355-81.

Principios para el terapeuta mentalizador y modos de intervención

Diego Cohen

Resumen

Este capítulo se centra en técnicas que pueden ayudar al paciente a identificar y modificar sus relaciones asociadas a estados emocionales. Se trata de un proceso prolongado que comienza nuevamente con la identificación de la capacidad de mentalización del paciente. Se explican y describen las intervenciones del terapeuta, luego de lograr una sólida alianza terapéutica. El objetivo principal es alcanzar niveles superiores de mentalización en el plano de las relaciones (transferenciales y extratransferenciales) y en el reconocimiento de los estados emocionales a fin de lograr integrar y equilibrar las diversas modalidades de mentalización (idealmente). Las intervenciones deben ser simples, comprensibles para el paciente, haciendo foco en su propia mente y no tanto en los contenidos mentales y centradas en el aquí y ahora hasta alcanzar una mentalización robusta.

Identificar la capacidad de mentalización del paciente

Significa prestar atención a las dimensiones y modos de no mentalización ya expuestos, se evita si el terapeuta inadvertidamente no induce con sus intervenciones dichas modalidades. Un enfoque alejado del conocimiento consciente del paciente favorece la pseudomentalización, resulta más útil adherirse al conocimiento consciente o memoria de trabajo (una forma de memoria de corto plazo) para luego revelar el significado de los estados emocionales no mentalizados.

El objetivo no es dirigir las intervenciones hacia la comprensión profunda sino fortalecer la mentalización, por el contrario, la intervención más profunda generaría confu-

sión por la debilidad del sí mismo y el déficit en la mentalización propia del TLP más grave (1-4). El terapeuta debería en lo posible no emplear metáforas, analogías, símbolos y se centrará más en el proceso de afianzar la mentalización. El paciente límite puede responder con idealización, envidia, rechazo a la intervención o funcionamiento en el modo como sí (asociadas a las reacciones mencionadas más arriba pueden generar una sensación de caos y confusión en las sesiones).

En el TLP las intervenciones profundas alejadas de aquello que es accesible a la conciencia inmediata del paciente pueden generar falta de integración e incoherencia experimentada en el sí mismo, la explicación de motivos, conflictos de ambivalencia y las motivaciones no conscientes genera-

rían más confusión y no facilitan la integración. Esto es debido al predominio de modos de prementalización (1-4).

Cuando el paciente se encuentra en un modo de no mentalización, le resulta un trabajo psicológico arduo separar sus propios pensamientos y sentimientos respecto de los otros significativos y diferenciar distintas perspectivas por lo tanto puede confundir sus relaciones interpersonales incluido el terapeuta, al no poder diferenciarse “ecualiza” su propio sí mismo con el del terapeuta, frente a esta situación es útil nuevamente parar y rebobinar en lugar de contrastar los estados mentales o explorar la autocomprensión (4).

En el caso que el paciente se encuentre en modalidad equivalencia psíquica lo más aconsejable es empatizar y clarificar tratando de facilitar el restablecimiento de la coherencia del sí mismo, por ejemplo, expresando curiosidad: ¿cómo llegó a esa conclusión? y presentación del desconcierto del terapeuta. Sería contraproducente discutir con el paciente o focalizarse excesivamente en él (véase ejemplo capítulo 1 la Sra. A.).

Si el paciente cambiara hacia una modalidad teleológica esta se presentaría clínicamente mediante algunos de estos ejemplos: urgencia de que *“hay que hacer algo”*, la comprensión está basada en cambios en el mundo físico antes que en los estados mentales: *“tome una sobredosis nada puede cambiar lo que me pasa, solo las acciones pueden cambiar la pena que siento”* (el paciente intenta prolongar la duración de la sesión en los casos más leves) el paciente reafirma que es más importante *“lo que se hace que aquello que se dice”*. El terapeuta puede experimentar inseguridad y ansiedad, se encuentra impulsado a hacer algo, por ejemplo, revisión de la medicación, en casos más graves transgredir los límites del

encuadre (abrazos u otro contacto físico). Otro ejemplo pueden ser las llamadas telefónicas frecuentes. El cuadro 1 sintetiza el modelo general de las intervenciones.

Viñeta: G. una paciente límite muy severa, con antecedentes de varias internaciones, llamaba telefónicamente muy frecuentemente a su terapeuta, pocas de esas llamadas tenían que ver con una situación de emergencia, reflejaban en mayor medida una necesidad de contacto concreto, ya que algunas llamadas eran por asuntos triviales o situaciones que la paciente podía resolver por sí misma aplicando los principios de la mentalización. El terapeuta decidió poner un límite a estas llamadas preguntando previamente si era una situación urgente o algo que pudiera resolver ella misma o con apoyo externo de su familia. Por último, se clarifico con la paciente el modo de funcionamiento teleológico, hablar con su terapeuta, significaba que ambos estaban vivos y que ella ya era capaz de generar una representación benévola de su terapeuta, aunque no estuviera físicamente presente.

La intervención aconsejada es nuevamente la validación empática hacer algo o no hacerlo evaluando la necesidad, por ejemplo, el paciente sufre gran ansiedad y agitación motora puede resultar útil un llamado telefónico, establecer el foco afectivo frente al dilema de hacer (3, 4).

Si el paciente se encuentra principalmente en un modo “como sí” puede presentar una narrativa inconsecuente, realizando inferencias no fundamentadas acerca de los estados mentales, se observa desafectivización y una narrativa que parece llevar a una calle sin salida. Puede presentar autolesiones para evitar la falta de sentido. El terapeuta puede experimentar aburrimiento,

desapego o bien que el paciente coincide con las ideas y conceptos del clínico, una falsa sensación que la terapia hace progresos, las intervenciones inadecuadas como aquellas orientadas al *insight* empeoran esta modalidad de funcionamiento.

En situaciones en las cuales el terapeuta mantiene su capacidad de mentalización y no resulta así en el paciente, puede verse tentado a ofrecer soluciones concretas que no serían útiles si aquel se encuentra por ejemplo en una modalidad teleológica de funcionamiento, la técnica del terapeuta frente a estas situaciones puede consistir en ayudar al paciente a “etiquetar” sus emociones. Cuando se clarifica lo que el paciente refiere en forma confusa o cuando identifica los mecanismos de proyección para identificar una emoción, solo en estas situaciones la mentalización del terapeuta se hace cargo de las dificultades de la mentalización del paciente (3). En estos casos el terapeuta debe ser consciente de la situación y ser cauteloso frente a este proceso debido a que la necesidad real del paciente continúa sin resolverse.

Intervenciones

Idealmente deberían ser claras, simples y breves, recuerde el lector que el objetivo principal de la MBT/apego no es alcanzar la comprensión profunda de los conflictos o recuperar recuerdos del pasado, en MBT el objetivo central es recuperar capacidades de mentalización y estabilizarlas (4). Las intervenciones se focalizan más en los afectos que en la conducta, el objetivo es el estado mental del paciente, resulta importante abordar las cogniciones como parte de un proceso y no un contenido. Se trabaja sobre las relaciones interpersonales actuales y como fue dicho en otro capítulo se orientan a la experiencia actual, a aquello más cercano a la consciencia (Cuadro 1).

Recordemos que la capacidad de mentalizar depende en los pacientes límite de la activación del sistema de apego, a mayor activación, menos posibilidad de mentalizar. El cuadro 1 resume las características de las intervenciones “mentalizadoras”.

MBT propone un trabajo de la superficie a la profundidad de los estados mentales

Cuadro 1. Principios generales de las intervenciones mentalizadoras (modificado ref. 2)

Principios generales de intervenciones MBT / apego
• Simples y breves • Focalizadas en el afecto (amor, deseo, daño, catástrofe, excitación) • Focalizada en la mente del paciente (no en la conducta) • Relacionadas con el evento actual y realidad mental (basadas en evidencias) • Evitar las explicaciones que revelan contenidos inconscientes y dirigirlas a contenidos cercanos a la consciencia

desde intervenciones más simples a las más complejas.

Las más simples comprenden **empatía y apoyo**, las de mayor complejidad involucran la relación con el paciente en un marco de mentalización (mentalizar la transferencia). Frente a la duda puede ser pertinente comenzar con la validación empática y las intervenciones de apoyo. El cuadro 2 resume el tipo y nivel de intervenciones posibles, teniendo en cuenta la capacidad de mentalización y el estado emocional del paciente.

Foco en los estados emocionales

El estado emocional compartido por paciente y terapeuta que no siempre resulta evidente o bien permanece fuera de la mentalización explícita, genera un clima evidente en la relación, pero puede permanecer sin ser expresado, metafóricamente, Bateman et al., (1) se refieren a esta situación como el **“elefante en la habitación”**. El foco en el afecto hace referencia importante a explicitar la mentalización implícita o bien llegar a un equilibrio entre estas dos modalidades de mentalización (ver capítulo 2). El objetivo es aumentar la complejidad, profundidad e intimidad de la relación, generan repre-

sentaciones mentales de segundo orden o más complejas mientras se regulan afectos en otras relaciones interpersonales, de esta manera la mentalización del polo afectivo se torna más robusta. Recordemos que de acuerdo con los desarrollos de la teoría del apego el paciente TLP muestra una tendencia a debilitar la mentalización mientras las relaciones se tornan más cercanas y profundas (2, 3).

El foco en los afectos, aunque genere cierta ansiedad permite llegar a una base para la mentalización, mientras el paciente no se sienta abrumado por la carga afectiva en la relación de apego.

La apertura hacia las relaciones genera más confianza y favorece una conexión más profunda, hacia alguien en quien se puede confiar proceso que Fonagy et al., comenzaron a denominar recientemente “confianza epistémica”, veremos estos conceptos en el próximo capítulo al abordar los mecanismos de cambio que genera la MBT/apego con la finalidad de estabilizar al paciente.

Manejo de la activación afectiva (*arousal*)

El paciente puede evidenciar un predominio de desafectivización que no facilita los

Cuadro 2. Niveles de intervenciones

Niveles de intervenciones en MBT
• Validación empática: reaseguro, apoyo y empatía • Mentalización básica (I): exploración confrontación y desafío • Mentalización básica (II): identificación y foco en los afectos • Mentalización de la relación

procesos basados en el apego, se observa entonces que el tratamiento toma un matiz predominantemente cognitivo y de desapego en la relación terapéutica, esta situación suele presentarse en la modalidad “como sí”, en estos casos puede resultar útil desafiar las estrategias defensivas evitativas, para generar cierta ansiedad que active al paciente.

El exceso de *arousal* (activación emocional) también bloquea la capacidad de mentalización, el terapeuta debe primero reducirlo para proceder con los procesos de mentalización (“esperar hasta que el hierro caliente se enfíe”). La función del terapeuta es mantener el equilibrio cuantitativo del *arousal*: si en la sesión predominan procesos cognitivos resulta conveniente recurrir a un incremento de intervenciones basadas en el afecto, lo inverso ocurre cuando el nivel de activación del paciente es alto y se debe recurrir a la introducción de procesos de orden cognitivo (ver más adelante los movimientos contrarios). Bateman et al. sostienen, por lo general (considero que esto es importante) que los cambios en el nivel de activación

que ocurren en las sesiones son responsabilidad de intervenciones **inadecuadas** del terapeuta, este debe preguntarse internamente que habría hecho para desregular el estado emocional del paciente (1-3).

Clarificación

Significa ordenar, dar significado y contexto a las conductas que debilitaron la mentalización. Resulta importante para disminuir las siguientes situaciones: 1) ambigüedad y malos entendidos, pretende estimular al paciente para que aclare los hechos relacionados con los eventos, resulta importante rastrear hasta llegar a los hechos confusos y los sentimientos asociados, 2) situaciones caóticas en la vida cotidiana, 3) relaciones interpersonales inestables caracterizadas por acercamientos y alejamientos. Puede ayudar realizar preguntas abiertas y poner el foco, momento a momento en los eventos junto con las intervenciones mencionadas anteriormente.

Cuadro 3. Espectro de las intervenciones en MBT / apego

Espectro de intervenciones en MBT / apego
• Reaseguramiento, apoyo y empatía • Clarificación, desafía • Mentalización básica • Mentalización interpretativa • Interpretaciones no mentalizadoras (usarlas con cuidado)

Foco en las emociones y sentimientos. Elaboración de los estados emocionales

Significa ayudar al paciente a relacionar, clarificar y comprender las emociones asociadas a situaciones o eventos importantes. Como prioridad se **analiza y etiqueta** el estado emocional actual para evitar el modo “como sí” y se presta especial atención a que el paciente describa los hechos sin volver a experimentarlos ya que estimularía el funcionamiento del modo equivalencia psíquica, para evitarlo, el terapeuta puede tener en cuenta algo del afecto pasado, pero haciendo hincapié el estado emocional actual. Un concepto importante, es que el paciente comprenda la importancia de los afectos como fuente de comunicación y el impacto en la mentalización (3). Por tanto, las emociones (o algunas de ellas) pueden servir como un sistema de alarma que adquiere prioridad para ser mentalizado.

Otra técnica importante es ayudar al paciente a identificar la relación emocional entre ambos, lo que equivale a **mantener el foco en la relación afectiva de la díada**, la cuestión central es mantener la relación del afecto en la situación presente y actual, facilitando que aquello que estaba implícito comience a transformarse en explícito (ver capítulo 2).

En MBT se abordan las emociones básicas (facilitan la supervivencia). El modelo MBT/apego, por razones de amplitud y rigurosidad en la investigación sigue el modelo de clasificación de los afectos de Panksepp (4-6):

- **Interés:** conducta exploradora y curiosidad: que motiva a buscar información útil en el entorno (¿dónde hay alimentos?, compañero sexual disponible, lugar para evitar depredadores, etcétera) de búsqueda de seguridad.

- **Miedo:** conocimiento acerca de aquello que puede resultar peligroso, reconocer un rival más fuerte, el miedo desencadena respuestas de lucha/huida o bien de parálisis (*freezing*) o simulación de estar muerto. En el sistema de apego es un fuerte impulsor.

- **Ira:** identifica algo que se interpone a la necesidad y deseo y que debe ser removido, el enfado puede ser la primera respuesta, si no se logran cambios sobreviene la agresión y ataque.

- **Lujuria:** destinada a la reproducción y transmisión de los genes.

- **Amor/cariño:** motiva a cuidar a nuestros hijos, familiares y pareja, en parte es una emoción ligada al apego.

- **Ansiedad / tristeza de separación:** es también un pedido de ayuda frente al desvalimiento, se comunica a los cuidadores potenciales que estamos en riesgo y requiere protección, que ha quedado aislado del grupo/familiar o que ha **perdido** a alguien cercano que ofrecía dependencia y seguridad. Se puede observar junto a la emoción anterior la base en el apego.

- **Juego/alegría:** implica relacionarse con los demás, permite durante la infancia lidiar con la ira en forma simulada mediante juegos violentos regulados (en especial en varones).

Todas las emociones básicas son programas para la acción y la supervivencia, cuando son reiteradas, algunas de ellas generan problemas severos en pacientes TLP: ira, abandono/separación, ansiedad de cualidad hipocondríaca, ataques de pánico, depresión por abandono, conducta de automuti-

lación y/o suicidio. El TLP puede sentir algunos de estos estados emocionales o bien comenzar con las actuaciones para no sufrir las emociones referidas, el paciente TLP hace uso/abuso de ciertas sustancias pueden momentáneamente aliviar los estados referidos, razón de la alta comorbilidad entre TLP y abuso de sustancias, un ejemplo muy frecuente es el abuso de opioides.

Elaboración de los estados emocionales

En primer lugar, antes de trabajar con los afectos es importante que el paciente los reconozca **como sistemas comunicacionales** y la estrecha relación con la mentalización. Otro punto importante (ya reconocido por Freud bajo el nombre de “angustia señal”) es que las emociones avisan acerca de potenciales situaciones conflictivas. Una hipótesis interesante es que en los TLP la “angustia señal” ya sea por cuestiones constitucionales o del desarrollo puede no estar presente conduciendo al TLP a un estado de desamparo y profundo terror (Basili comunicación personal 2012). En estos casos predomina la angustia traumática, cercana a la aniquilación y hermana del desamparo (1-3).

Bateman et al., (1) consideran que una emoción básica importante para MBT es la **curiosidad** (un afecto similar al interés que señala Panksepp), el paciente necesita ayuda para reconocer su propia curiosidad y la de otros. Bateman et al. sostienen “*que sin curiosidad no pueden existir relaciones íntimas y constructivas*”. La elaboración de afectos permite que los pacientes se sientan “normales” en lugar de personas “monstruosas” o desagradables. Resulta importante que mediante la elaboración de afectos la persona comience a sentirse normal aunque sensible (hipersensibilidad a las experiencias afectivas especialmente en las relacio-

nes interpersonales).

Etiquetado con calificación

Es una forma del terapeuta de “no saber”, ya que como ya fue dicho en capítulos anteriores, los estados emocionales son opacos y por lo tanto el clínico debe formular preguntas; pero también no realizar tantas preguntas cuando la situación es más clara, es importante para no facilitar la pseudo-mentalización. Cuando el terapeuta ya tiene una postura e insiste en preguntar, puede crear una interacción fingida. Las declaraciones del tipo ¿me pregunto si...? serían útiles para asegurarse de aquello que está sintiendo.

El proceso de la MBT / apego

Puede tener lugar si el paciente no se aferra a representaciones rígidas y esquemáticas, aquello que se quiere enfatizar, es la explicación de estados emocionales, incorporados a la relación actual, esto genera una “sensación sentida” en la cual el paciente se siente apoyado, afirmado y validado (3).

La gestión de una reacción terapéutica negativa, la ruptura de la alianza terapéutica o la desregulación emocional rápida son ejemplos del proceso que requieren especial atención. Recordemos que los dos primeros pueden intervenir en las rupturas de la relación terapéutica, resulta posible que los terapeutas que recuperan rápidamente la mentalización, pueden recomponer más fácilmente la relación (1) la posibilidad de generar múltiples perspectivas acerca de una relación, permite al paciente no quedar estancado en representaciones primarias rígidas, el proceso resulta esencial para recuperar representaciones secundarias metarepresentaciones, simbolizar y puede

enriquecer el mundo interno del paciente y las relaciones interpersonales, por eso vuelvo a hacer hincapié en el proceso de “detención y rebobinado” y luego avanzar hasta el punto donde se produjo la ruptura.

En cada sesión individual se establece un foco de exploración y se continúa con varias perspectivas, la perspectiva en la que ocurrió el problema, la actual en la sesión y eventos similares que pueden ocurrir en el futuro. Si fuera posible en forma sincrónica, se trabaja la **trayectoria** de la intervención y luego se hace un resumen.

Identificación de las emociones

Numerosos pacientes con TLP tienen dificultades en reconocer y denominar sus emociones (alexitimia), en estos casos la tranquilización mental puede que sea imposible, para que la evocación y reconocimiento de emociones pueda tener lugar, el terapeuta toma una posición contingente, que como expliqué en el capítulo 2, implica espejamiento: que el paciente se pueda ver en la mente del terapeuta, puede también ser útil que el clínico “etiquete” las emociones “sí me hubiera ocurrido a mí me sentiría enojada”, impresiona que con este tipo de intervenciones nos hacemos cargo de la mentalización del paciente entorpeciendo el reconocimiento de emociones, pero se trata de una excepción cuando percibimos un paciente muy comprometido para nominar sus emociones.

Otro punto importante es que en este caso, el terapeuta se centra en el estado emocional “aquí ahora” en el momento de la sesión entre el terapeuta y el paciente. Los sentimientos pasados recordados, se pueden traer a colación para demostrar como las emociones intensas dificultan la mentalización.

Si el paciente trata de elaborar las emociones estando en el modo equivalencia psíquica, esta situación puede ser aterradora, ya que lo que está adentro resulta igual a lo que está afuera, esto puede desencadenar pánico y agitación motora. El terapeuta puede centrarse en la experiencia corporal del paciente, es decir identificar los sentimientos y sus componentes corporales y ubicarlos en el contexto correspondiente puede disminuir la perplejidad que siente el paciente.

Normalizar de las emociones

Se trata de que los pacientes no se consideren extraños o incomprendidos y en mayor medida como personas sensibles que experimentan las emociones de manera muy intensa. El principio general es que no se trata de normalizar las emociones excesivas, sino los sentimientos en sí, por ejemplo “es normal que sientas celos cuando ves a tu novia hablando con otro hombre” o “es normal sentirse enojado por haber perdido el concurso cuando te había preparado intensamente”. Si los sentimientos son experimentados en el modo equivalencia psíquica, se cuestiona la veracidad y se trabaja con una postura de “no saber”, por el solo hecho de sentir que se sienta o piensa algo, no significa que realmente lo esté pensando o sintiendo. Por eso se le pide al paciente que trate de comprobarlo.

La ausencia de emociones motivadoras o positivas

El TLP se caracteriza por presentar un predominio de emociones negativas, sin embargo, algunas emociones positivas se encuentran presentes, la abundancia de emociones negativas podría deberse a un rápido olvido

de la positivas y de las experiencias placenteras. La ausencia de emociones placenteras y su exploración son tareas importantes para la terapia, disfrutar de los placeres de la vida es igual de importante que trabajar para disminuir el caos emocional. En MBT esta situación puede trabajarse de dos maneras: en primer lugar, el terapeuta **se focaliza en el afecto** y luego puede “desafiar” la posición en el polo afectivo de la relación.

Viñeta: G. una paciente de 42 años divorciada, se involucró en una relación romántica con un hombre a quien idealizaba y admiraba. Esta relación finalizo, pero no fue decisión de G. Cada vez que lograba salir con otros hombres, las comparaciones le resultaban inevitables, no podía disfrutar de las salidas o no las continuaba alegando excusas. Se sentía competente y cariñosa con sus hijos, pero al mismo tiempo se reprochaba no poder estar más tiempo con ellos por la gran demanda laboral que su puesto le exigía. Sentía que no era eficaz en su trabajo a pesar de las muy buenas evaluaciones que recibía.

El terapeuta considera una posición empática y centrarse en el **polo afectivo**.

G: Necesito sacarme a Claudio de mi cabeza, tendré que aceptarlo, pero ¿cómo?, necesito herramientas para olvidarme de él [impresionaba que la paciente pedía consejos tal vez por cierto déficit en la dimensión de mentalización afectiva/cognitiva y la dimensión sí mismo/otros].

Terapeuta: creo que se debe sentir frustrada y al mismo tiempo enojada por no lograr lo que usted cree que merece [empatía inicial]. Estoy también pensando en estos sentimientos estoy aquí con usted porque todas sus potenciales parejas terminan inevitable-

mente en una comparación con una relación que parece imposible... todo esto nos va a llevar tiempo.

G: tiempo, siem pre es lo mismo el tiempo...

Terapeuta: parece necesario que nos centremos en otras perspectivas frente a lo que usted considera su constante inseguridad (se trata de que la paciente pueda considerar otras perspectivas o alternativas).

El terapeuta trabaja sobre las emociones actuales y focaliza en el plano interpersonal (si bien es claro que tienen un origen temprano). Aborda la interacción actual en el sentido que parece hacer referencia que la terapia es lenta y conducirá siempre a las mismas condiciones, en este caso el tiempo.

El foco en la mentalización: gestión del proceso

Durante el inicio de la sesión, se desarrolla un foco específico, se lo analiza desde distintas perspectivas, el momento en el cual ocurrió la situación específica, la actual durante la sesión y la posibilidad de hechos similares que puedan ocurrir en el futuro.

Las técnicas para avanzar en este proceso van nuevamente desde lo más simple a lo más complejo, validación empática, exploración del afecto y mentalización de la relación, puede volverse nuevamente a la validación empática y finalmente el resumen de la sesión.

Nuevamente durante todo el ciclo se aplica la técnica de “rebobinar, pensar y explorar”, hasta lograr restablecer la mentalización, perdida en algún momento o en todo caso, promover la continuidad de la mentalización.

Exploración I: parar, rebobinar y explorar

Se trata de otra técnica útil cuando se ha debilitado o detenido la mentalización hasta

lograr comprender aquello aparentemente incomprensible acerca de los estados mentales. Resulta central intentar lentamente reconstruir los hechos que llevaron a las fallas en la mentalización, retrocediendo (en el aquí y ahora) hasta que el paciente pueda pensar en sí mismo y en el caos de las relaciones interpersonales que menoscaban la mentalización. La técnica puede utilizarse también cuando el terapeuta observa que la sesión se hace incontrolable, por ejemplo, cuando el paciente demuestra un discurso muy agresivo. La actitud del terapeuta debiera ser activa y empática desde la ya mencionada posición de “no saber”.

Exploración II: parar, escuchar y mirar

Esta intervención es pertinente cuando la mentalización se ve seriamente afectada. Se reconocen los momentos de no mentalización y se los aborda detalladamente mediante las técnicas mencionadas (ver caso H.).

Se da en un marco de equilibrio entre mantener la actitud de mentalización al mismo tiempo que escucha con atención para entender la complejidad y dar lugar al foco afectivo que este interfiriendo en la capacidad del paciente para comprenderse a sí mismo y las relaciones interpersonales a menudo caóticas de los pacientes TLP.

Motivación

Mantener el interés en el proceso de tratamiento, supone un desafío importante para el paciente, el tratamiento resulta intenso y exige desde el comienzo cambios de las conductas disfuncionales y de otros síntomas relevantes acordados entre el paciente y terapeuta (1). El cambio no es solo función del terapeuta, sino que debe ser un cambio acordado entre ambos, pero la respon-

sabilidad final recae sobre el terapeuta. La responsabilidad por la falta de progreso es compartida entre paciente y terapeuta, aunque este último debe asumir un nivel mayor de responsabilidad, sin embargo, debería ser el paciente (por ejemplo, en base a los objetivos fijados inicialmente) el que reconozca el progreso. En MBT/apego los objetivos del tratamiento se plantean idealmente al inicio del proceso y se evalúan trimestralmente, esto permite estructurar el tratamiento y no perder de vista los objetivos de cambio.

Algunas estrategias para mantener la motivación pueden ser en forma resumida las siguientes:

- *Demostrar apoyo, confianza y empatía mientras se desarrolla la relación.*
- *Identificar las discrepancias entre los estados ideales del paciente y el lugar donde se encuentra actualmente frente a lo que quisiera ser y como se observa actualmente.*
- *Reevaluar los progresos e identificar áreas problemáticas permanentes y no resueltas.*
- *Resaltar las competencias y prestar atención a las fortalezas de la mentalización.*

Resulta esencial mantener la motivación frente a un desorden crónico, severo y que produce extenso sufrimiento a sí mismo, las relaciones interpersonales y finalmente a nivel social. Si bien el TLP es heterogéneo, existe un grupo de pacientes que puede lograr remisión (no cumple con los criterios típicos del trastorno) pero la recuperación (ciertos rasgos y síntomas permanecen) no siempre es posible (7, 8, 9).

Las tasas de abandono del tratamiento continúan siendo relativamente altas, aunque

dependen de tratamientos estructurados, el nivel de conocimiento alcanzado tanto biológicamente como socialmente acerca del TLP.

Análisis Funcional de la mentalización

Es frecuente realizar este proceso cuando el paciente se presenta con autolesiones o intentos de suicidio, permite comprender el significado de estos actos, es clave centrarse en los eventos, aunque el paciente no lo desee o se muestre evitativo, pero también debemos estar alertas si la insistencia en la exploración despierta gran ansiedad. Resulta esencial reconocer que sucedía inmediatamente antes de las conductas de automutilación o los intentos de suicidio.

Se trata de explorar el punto de vulnerabilidad en el cual el paciente se encuentra en una espiral que lo lleva al descontrol, el núcleo del análisis funcional en estas situaciones es identificar modos de no mentalización.

El objetivo principal del análisis funcional es el cambio del estado mental del paciente y las interacciones potenciales generadoras de distrés con la realidad externa. La conducta autodestructiva es una estrategia ineficaz para gestionar el estrés en las relaciones interpersonales. En MBT/apago, se aborda la conducta nuevamente de la superficie a la profundidad comenzando con los determinantes conscientes.

El foco relacional de la mentalización y los indicadores transferenciales

Transferencia

Recordemos que por lo general el paciente TLP no vivencia la relación transferencial en un nivel más simbólico como podría ocurrir en un paciente neurótico, sino que la experimenta como una relación directa, con-

creta, sin lazos con el pasado en el cual el terapeuta no es visto como un representante histórico, es decir la transferencia en el TLP no se vivencia como un desplazamiento, es vivida como un fenómeno actual y real. Contemporáneamente en los pacientes límite la transferencia es vista como un proceso de significados latentes, evocados por la nueva relación terapéutica. Por lo tanto, la transferencia ha adquirido un concepto más amplio que evoca la interrelación con el terapeuta que refleja relaciones de objeto internalizadas.

Resulta esencial que el abordaje de la transferencia en MBT, sea reflejo de experiencias actuales, formuladas en forma simple y comprensible para el paciente, ambos paciente y terapeuta parten nuevamente desde una postura de no saber, pero intentado entender y reconocer los estados mentales que ya he señalado en otros capítulos como una postura central del terapeuta “mentalizador” en este sentido, Bateman et al., prefieren referirse a “marcadores” o “indicadores transferenciales”.

Indicadores transferenciales (1)

Los “indicadores transferenciales” son intervenciones que vinculan el contenido y proceso de la sesión con la relación terapéutica (indicadores internos) o con la vida externa del paciente (indicadores externos), señalan el camino para mentalizar las relaciones interpersonales (incluida la relación terapéutica), orientarlas al aquí y ahora, identificar los patrones de apego y sus consecuencias, en síntesis vinculan el presente exterior (la realidad externa) con el proceso **actual** de tratamiento o desplaza las emociones de la sesión hacia la vida externa del paciente (Cuadro 4).

Los indicadores nos ponen en la pista acerca de situaciones externas que ocurren

actualmente en la vida del paciente ya sean reales o distorsionadas y la “exportación” de estas situaciones a la situación actual en terapia. Por lo tanto, es importante recordarlas ya que se presentarán (no en idéntica forma) en el tratamiento MBT.

Los objetivos son aclarar estados mentales puestos en juego en los vínculos y comenzar a trabajar perspectivas alternativas: ciertos sucesos no son unívocos o simples respuestas de causa efecto. No se emplea la **confrontación** y no desafía al paciente.

Cuánto más encendida sea la sesión es recomendable conducirla a un nivel bajo de intensidad al menos durante un tiempo, como forma de evaluar si el paciente puede tolerar mayores **niveles** de activación.

Mentalizar la transferencia o mentalizar la relación

Uno de los investigadores y terapeutas MBT, prefiere por las razones enunciadas, referirse a “mentalizar la relación” (1).

El terapeuta se enfoca en la situación actual:

- *Relacionan declaraciones y relaciones:*

“cuando sucede algo similar comenzás a sentirte devaluado y sentís que no le gustás”

- *Identificar patrones: “cuando te sentís lastimado o deprimido comenzás a tratar mal a la gente, eso genera problemas, debemos considerar lo que hemos identificado”*

- *Efectuar “sugerencias” transferenciales: “entiendo que puedas sentirte mal si algo de lo que digo te hiere”.*

- *Indican la pertenencia a la terapia: “esas conductas pueden interferir con la continuidad del trabajo en la terapia”.*

Mentalización integradora

Se trata de recomponer el caos que puede surgir de la narrativa del paciente, las intervenciones básicas implican elaboración y presentar alternativas más detalladas y complejas. Se introduce luego de cierto proceso de elaboración, es decir la amplificación de los estados emocionales, este trabajo identifica las emociones conectadas. **En la mentalización integradora el terapeuta relaciona la**

Cuadro 4. Marcadores transferenciales (Modificado de referencia 1)

Marcadores transferenciales
• Mostrar pistas transferenciales: “puedo entender que puede pasar en el tratamiento si algo que le señalo puede ser doloroso” • Identificación de patrones: parece que cuando se siente en problemas, es agresivo con las personas y les grita, esto lo lleva a problemas. En lo posible debemos ver que pasa con usted en esos momentos” • Marcar la relevancia para la terapia: “esto puede interferir el trabajo que hacemos en conjunto”

actitud del paciente con un determinado estado mental tanto cognitivo como afectivo.

Los pasos de la mentalización integradora son los siguientes:

- Clarificación y elaboración tanto de la emoción como de la experiencia.

- Identificar el fallo en la mentalización y alentar la mentalización activa en dichas situaciones.

- Presentar una visión alternativa.

Referencias bibliográficas

1. Bateman AW, Fonagy P. Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2016.
2. Gunderson JO. The borderline patient's intolerance of aloneness: nsecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:752-758.
3. Hopwood CJ, Swenson C, Bateman A, Yeomans FE, Gunderson JG. Approaches to psychotherapy for borderline personality: Demonstrations by four master clinicians. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2014; 5: 108-116.
3. Gunderson JO, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environmental- model. *J Pers Disord*. 2008; 22 (1): 22-41.
4. Panksepp, J. At the interface of the affective, behavioral, and cognitive neurosciences: decoding the emotional feelings of the brain. *Brain and Cogn*. 2003; 52: 4-14.
5. Panksepp, J. Affective consciousness: core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness Cogn*. 2005; 14 (1), 30-80.
6. Panksepp J, Lane RD, Solms M, Smith R. Reconciling cognitive and affective neuroscience perspectives on the brain basis of emotional experience. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 ;76(Pt B):187-215.
7. Paris J. The outcome of borderline personality disorder: good for most but not all patients. *Am J Psychiatry*. 2012; 169: 445-446.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G: Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:476-483.
9. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68:827-837.

Mecanismos de cambio mediante el proceso MBT/apego enfoque teórico-clínico

Diego Cohen

Resumen

Los estados deficitarios parciales (TLP) o permanentes (trastornos del espectro autista y esquizofrenia crónica) de la capacidad de mentalización son altamente prevalentes y pueden ser factores de vulnerabilidad para el desarrollo de otros desórdenes mentales tanto agudos como crónicos (ej. trastornos de la alimentación y depresión). Los cambios que generan beneficios terapéuticos mediante el tratamiento MBT/Apego, se han modificado desde una perspectiva fuertemente relacionada con alteraciones en los vínculos tempranos que favorecen el desarrollo (apego), hacia una formulación de fallas en la comunicación duraderas y sostenidas entre las familias, grupos de pares y sistemas socioculturales, que culminan en algunas de las psicopatologías mencionadas (vía final común). La confianza, en los otros es una capacidad de la mente, innata, para creer en los demás como fuentes de información social fiable: confianza epistémica. Sin embargo, la confianza epistémica como fenómeno normal continua inexorablemente ligada al apego seguro, situación poco frecuente en pacientes TLP, en especial en aquellas condiciones de abuso emocional que crean y mantienen un proceso adverso de vigilancia epistémica con la consiguiente dificultad de relajar los procesos mentales.

Se subraya una nueva consideración del TLP como un proceso de rigidez caracterológica, falta de fluidez mental, resiliencia debilitada y dificultades importantes en la comunicación con los otros significativos. Las posibilidades de recuperación se apoyan fuertemente en lograr que estas relaciones estén imbuidas e impulsadas por la confianza epistémica desarrollada en etapas tempranas de la vida que continúan en la adultez. De todas maneras, este modelo, requiere mayor investigación futura.

La mentalización se presenta como un concepto transdiagnóstico y transteórico, el primero, resulta de las distintas aplicaciones del modelo de tratamiento a la depresión, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastorno antisocial de la personalidad (ASPD por sus siglas en inglés) y

TLP. Es transteórico ya que aplica diferentes modelos del desarrollo partiendo de: 1- apego normal y patológico junto con la teoría de las relaciones de objeto, 2- ciertos conceptos de la teoría de la comunicación (que se expondrán en este capítulo) y 3) algunos conceptos del modelo cognitivo-conductual.

La importancia de este tema es que nuestra especie tiene una capacidad específica para la rápida transmisión de información que sugiere que el Homo sapiens posee un mecanismo rápido para el reseteo de mecanismos relacionados con el apego (1) (el apego es un instinto sujeto a cambios a diferencia de lo que creía Bowlby).

Los autores lo plantean de la siguiente manera (Traducido por DC):

“La adquisición de esta capacidad [transmitir información en forma rápida] tuvo importantes ventajas evolutivas para los humanos y probablemente surgió por primera vez durante el Pleistoceno. En lugar de tener que desarrollar el conocimiento cultural uno mismo, un proceso que requiere mucho tiempo, es difícil y, a menudo, imposible: el destinatario de la información (por ejemplo, un niño pequeño) puede, a través de la confianza epistémica, confiar en la autoridad y la confiabilidad percibida de la persona que comunica esa información (por ejemplo, un cuidador o maestro). La confianza epistémica permite un tipo particular de vínculo específico de la especie: implica la codificación del conocimiento ofrecido por otros como significativos, relevantes para el receptor y socialmente generalizables”.

Desde la investigación, se acumulan cada vez más evidencias del origen temprano del TLP (2, 3). Las teorías comunicacionales en parte abarcadas por el apego; un modelo basado en el procesamiento cognitivo respecto de la mente de los otros (ToM) y recientemente los procesos neurobiológicos involucrados contribuyen a completar el modelo transteórico (2, 3). La etiología multicausal de los trastornos de la personalidad resulta cada vez más evidente.

Los objetivos del presente capítulo son considerar cuáles son los mecanismos que favorecen el cambio hacia una personalidad más coherente y madura, partiendo del mundo caótico de algunos pacientes TLP.

En capítulos anteriores se analizaron las intervenciones y la posición del terapeuta que pueden facilitar la mentalización: empatía, apoyo, psicoeducación, etc., por tanto, remito al lector a un repaso de esos mecanismos que sientan las bases para permitir los cambios que faciliten transformaciones hacia una forma más madura de funcionamiento modificando los modos de prementalización y las polaridades expuestas. Se considera la importancia especial que tiene el marcado y la actitud contingente hacia los estados emocionales por parte de la figura de apego.

Si bien los amplios y rigurosos estudios de Zanarini et al. en pacientes con TLP, encuentran una alta tasa de remisión, esto significa que el paciente luego de meses o años no presenta criterios DSM-IV para TLP (4), el tratamiento resulta arduo, prolongado y con altas tasas de abandono de acuerdo con la metodología empleada en los estudios controlados (5, 6).

Hay acuerdo entre varios autores y así lo demuestra la experiencia clínica que la **rigidez caracterológica** es un marcador importante en la conformación y presentación clínica de la mayoría de los trastornos de la personalidad, esta parece ser defensiva, aunque en grado patológico. La posibilidad de cambio y la consideración de perspectivas alternativas, junto con la separación de las mentes, la prominencia de sentimientos de soledad y abandono asociada a compromiso del desarrollo debido a experiencias adversas tempranas, contribuyen a la mencionada rigidez caracterológica (2, 3, 7).

Por otra parte, la dimensión de graves dificultades en las relaciones interpersonales dentro del contexto social es un factor común para comprender y dirigir intervenciones significativas en el TLP. Fonagy et al. (2, 3), sostienen que la falta de flexibilidad (derivada de la rigidez) **es un criterio mayor para definir a los trastornos de la personalidad**. Otros autores, que tratan pacientes con el mismo diagnóstico acuerdan con esta característica (8, 9). La rigidez se encuentra emparentada con el modelo de rasgos de personalidad. **Desde el punto de vista de Fonagy et al. la personalidad es una amalgama, un conjunto de capacidades interactivas sustentadas por componentes neurobiológicos** (2).

Estos autores británicos, favorecen una teoría dinámica de la personalidad y sus trastornos sustentada en una serie de procesos biográficos, sociales y biológicos en interacción a lo largo de la vida. En este sentido la rigidez sería al mismo tiempo que una defensa, una metapsicología del desarrollo, se refiere al funcionamiento de la personalidad y no debería estar comprometida o mínimamente presente si la persona progresa en forma fluida y adaptada a lo largo de las fases de desarrollo. La perturbación severa para confiar en las relaciones y en el conocimiento social, definen un componente crucial de los trastornos de la personalidad.

Resulta difícil para el paciente límite confiar y construir relaciones que involucren

reciprocidad. Fonagy et al. (2, 10) enmarcan estos importantes componentes dentro de una vulnerabilidad específica de los pacientes límite mediante el paradigma de **“confianza epistémica”**: la capacidad de un individuo para considerar un nuevo conocimiento proveniente de otra persona como confiable, generalizable y relevante para el sí mismo (*self*). **La confianza epistémica se sostiene en relaciones de apego seguras que se transmiten entre generaciones**. El cuadro 1 resume el concepto de confianza epistémica.

Pedagogía natural y confianza epistémica

Estas ideas desarrolladas por Csibra et al., (11) postulan una adaptación social-cognitiva impulsada por señales mutuas que garantizan una transferencia altamente eficaz de conocimientos culturalmente relevantes entre seres humanos. Argumentan que la comunicación humana es una evolución producto de la necesidad de transmitir conocimientos culturales “cognitivamente opacos” (11): conocimiento genérico poco conocido inicialmente (opaco, no generalizable y poco abstracto) que es resistente a la interferencia, y se experimenta como compartido, en el sentido que genera inmediatamente una expectativa de que otros pertenecientes al mismo grupo social poseen el mismo conocimiento y se accede al sentido de la comprensión mental mutua.

Cuadro 1. Confianza epistémica (ref. 1, 2)

Confianza epistémica

La capacidad de un individuo para considerar un nuevo conocimiento proveniente de otra persona de forma confiable, generalizable y relevante para el sí mismo (*self*).

Depende de historia y apego seguro.

La transmisión de este conocimiento opaco, de acuerdo con Csibra et al., es el resultado de la selección de los homínidos consecuencia del uso repetido de herramientas que confrontan al observador que aprende de los contenidos opacos de información que debe adquirir. Luego esta información es transmitida intergeneracionalmente como nuevas habilidades y prácticas innovadoras. Los niños son indudablemente los principales destinatarios y receptores de la transmisión de esta forma de información pedagógica (de allí el nombre pedagogía natural).

Debe existir siempre otro ser humano generoso y un sistema de cooperación de la transmisión de la información. Estas señales también pueden servir para moderar la **vigilancia epistémica natural**: la sospecha hacia la información proveniente de otros que puede ser potencialmente dañina, engañosa o inexacta. La información ostensiva y relevante puede ser almacenada en las memorias procedurales, semánticas y al igual que el apego transmitidas intergeneracionalmente (12).

La información denominada por Csibra et al. (11) como “**ostensiva**” incluye en primer lugar el **contacto visual** (en niños esto es muy útil para procesar información) resulta interesante como mencionan Csibra et al., que el niño utiliza el seguimiento de la mirada del adulto como un importante canal de comunicación. El uso de una entonación vocal especial parece introducir nuevos conocimientos en el niño, utilizando estas señales ostensivas sumadas a: 1) regulación emocional, 2) apego, 3) atención conjunta e 4) interacción pedagógica (ver capítulo 1). Mediante la atención conjunta, marcado y actitud contingente del cuidador las personas se reconocen como agentes intencionales es decir con la capacidad de expresar estados mentales propios y comprender los

ajenos (Cuadro 2).

Cuando el niño presta especial atención a estos estímulos, comienza a confiar en la información recibida, adopta una actitud de **confianza epistémica** y se encuentra en condiciones de recibir información del mundo social que va más allá de la experiencia específica. Estos conceptos, inevitablemente me llevan a pensar en el ambiente de *holding* por parte de la madre que menciona Winnicott. Tengamos en cuenta que para este clínico británico dicha capacidad se extiende al padre, la familia ampliada y el grupo social. La capacidad de reverie, ya señalada en otro capítulo que considera Bion parece más ligada a la relación con la madre.

Se abre de esta manera la mente (disminuye la rigidez y esta se hace más fluida) y se previene la vigilancia epistémica (orientación paranoide y en un sentido normal la creencia autoprotectiva defensiva acerca de información potencialmente dañina o inexacta). La confianza epistémica tiene su base **en el apego** que transmite protección cuidado y confianza, información cultural relevante y otras formas de conocimiento para favorecer información del mundo personal y social (10). Para sobrevivir, el infante debe sobrepasar una tendencia natural al temor y a las barreras autopreservativas, estos mecanismos que mantienen una **vigilancia epistémica** deben relajarse mediante los mecanismos descritos en capítulos anteriores para dejar “lugar” a recibir información culturalmente relevante (2, 3, 10).

Es importante aquí mencionar el rol del marcado y contingencia de los estados emocionales que provienen del cuidador, el espejamiento (ser tendido en cuenta por la mente de la figura de apego y que el niño se vea reflejado en la madre como un ser que recibe cuidado y protección son desarrollos que pueden llevar varios años en nuestra

especie). Mencionado en capítulos anteriores estos procesos, contribuyen a crear confianza en la figura de apego, la información afectiva puede ser relevante y generalizable: “mírame así es como te sientes, es una sensación fea y voy a tratar de aliviarla” (congruencia en las emociones, contención y espejamiento al igual que transmisión de información emocionalmente significativa). Fonagy et al., (2) consideran que la disminución del distrés emocional mediante la cercanía física permite la calma, un vínculo duradero y la capacidad de transmitir esta información a futuras generaciones (10-12).

Por el contrario, la conexión epistemológica provista por la evolución para aprender de la experiencia, permanece cerrada en aquellos niños que se relacionaron con sus padres en un marco de apego inseguro, por tanto, el apego seguro **es una condición necesaria pero no suficiente para generar confianza epistémica, aunque este proceso impre-**

sione circular y tautológico.

En síntesis: los niños tienen que aprender una gran cantidad de conocimientos culturales. Esto es apoyado por mecanismos eficientes de aprendizaje que aprovechan los sesgos innatos, regularidades estadísticas extraídas del entorno aportada por los padres y en las capacidades para construir nuevas representaciones mentales y modelos relacionales como el apego.

Las evidencias aportadas por Csibra et al., indican que los bebés también están preparados para aprender tipos genéricos de información relevante directamente y de una fuente específica bajo el marco de apego seguro, los cuales manifiestan conocimientos genéricos “para ellos” que serían de difícil (si no imposible) adquisición sin tal apoyo como el apego seguro y por lo tanto la “salutogenésis” que mencionan Fonagy y Luyten entre otros.

Cuadro 2. Señales ostensibles para generar confianza epistémica

La respuesta emocional de un **cuidador** sensible se expresa mediante al contacto visual, respuesta contingente acorde (tiempo, tono y contexto) y uso frecuente de un tono comunicacional especial que da cuenta del conjunto de experiencias del niño

Cuadro 3. Ejemplos de información ostensible (ref 8)

¡Mirame! (expresión **marcada**). Esto es lo que estás sintiendo! (**autoconocimiento** transmitido culturalmente)

Se abre un canal de transmisión de la información acerca del mundo social y personal

¿Qué debe ocurrir con estos procesos para que se conviertan en factor de riesgo etiológico para el desarrollo de TLP?, la demostración errónea de señales ostensivas, o mal uso de estas señales, conduce al niño a generar información personal mediante un estado de hipersensibilidad o confusión, seguida de transmisión de información disruptiva o aún destructiva. Esto genera un estado de **hipervigilancia epistémica** con falta de confianza hacia la información transmitida, facilitando un estado paranoide en el TLP. **Fonagy et al. plantean que en el TLP existe una destrucción del conocimiento social como un elemento central en el desarrollo de la patología límite** (1, 8) (Cuadro 3).

Desconfianza y alta vigilancia epistémica en el contexto de la psicopatología límite

Los siguientes son procesos del desarrollo que conducen al quiebre de la confianza epistémica y por ende a la dificultad para cambiar si no son abordados.

Experiencias adversas tempranas: el trauma de apego es una condición esencial (ver capítulo 1). Estas experiencias pueden ser la forma más frecuente de daño a la capacidad de confiar otros y funcionamiento anormal de los circuitos y las áreas cerebrales que procesan la teoría de la mente (12-14).

Existen investigaciones que concluyen que en los pacientes TLP las experiencias adversas fueron cuatro veces más frecuentes que en el grupo control y generaron cambios en estructuras y circuitos cerebrales de procesamiento de la mentalización (7, 13). Si bien otros trastornos de la personalidad y las psicosis pueden compartir el mismo factor etiológico de experiencias adversas tempranas. Una revisión extensa y rigurosa de Ball et al. (15) consideran a las experiencias

adversas tempranas como un factor de riesgo etiológico importante para el desarrollo de TLP.

En síntesis, no solo el abuso sexual sino el maltrato, la falta de apoyo emocional y las perturbaciones en el apego, junto con la desconfianza epistémica son factores etiológicos significativos, más allá de las experiencias de abuso sexual (13, 14, 16). De hecho, de acuerdo con Fonagy et al. dicha desconfianza resulta el efecto más perturbador de las experiencias adversas tempranas, la desconfianza epistémica genera un estado de hiper o pseudomentalización (32) (cuadros 4 y 5). Fonagy et al., continúan considerando el rol del apego en el TLP, pero modificando el modelo hacia la comprensión del desorden en el apego como una forma deficitaria de comunicación extraída del medio social (32). Otro factor importante es el rol genético, durante la infancia no sería importante y la crianza sería fundamental, mientras que, en la adolescencia, aumenta considerablemente y predice 35% y 38% de seguridad o inseguridad en el apego respectivamente (1, 32, 33).

Predisposición genética a hipermentalizar: la desconfianza epistémica puede generar niveles altos de **vigilancia epistémica** especialmente en la población adolescente, conduciendo a excesiva interpretación de los motivos de los otros con una consecuente postura paranoide.

La tendencia a hipermentalizar puede generar emociones negativas. Esta forma de pensar puede tener base genética más que un desencadenante ambiental, aunque los autores no ofrecen pruebas al respecto. El resultado es **una inadecuada atribución de estados mentales (me mira con intenso odio por lo que dije en la sesión grupal de ayer)**, los vínculos y la información pueden ser

malinterpretadas como amenazantes e incrementar la vigilancia epistémica (17). Por supuesto, la tendencia a atribuir malas intenciones y asumir hipervigilancia epistémica tiene como consecuencia más importante no poder asumir el proceso de modificar creencias estables en uno mismo en relación con los demás, si no hay confianza epistémica la posibilidad de actualizar la realidad disminuye y la rigidez de la personalidad aumenta (difusión de identidad).

En síntesis y textualmente (traducción DC) Fonagy et al. (32), aportan una nueva conceptualización del TLP: *“puede ser más preciso caracterizar al TLP como una “modo emergente” de comprensión social en el que la hipervigilancia epistémica, la desconfianza o la congelación epistémica es una consecuencia adaptativa del entorno social del individuo. Por varias razones posibles el individuo ha adoptado una valoración negativa mediante un mecanismo por defecto. Esta es una orientación social sobre la psicopatología personal. La clave. El argumento es que el TLP (u otras manifestaciones de ausencia de la resiliencia psicológica) es el resultado de las formas en que el individuo ha aprendido a responder a la transmisión del conocimiento social dentro de su propio ambiente”*.

Es sabido que las comunicaciones y relaciones fundamentalmente malignas, son un aspecto de paranoia, que es común en una

variedad de diagnósticos de trastornos de la personalidad. Fonagy et al. (2) lo expresan enfáticamente: *“por lo tanto en base a los datos existentes creemos que una falta de confianza en la comunicación de parte de los pacientes TLP es entendible... El TLP no debe ser visto como otra cosa que un fallo en las relaciones”* (traducción de DC).

En el contexto clínico la ausencia de confianza epistémica suele manifestarse temporalmente como falta de capacidad de aprender de la experiencia, utilizando un término no muy afín en entre nosotros el paciente se hace difícil de comprender, inaccesible para lograr una relación terapéutica (el término empleado por Fonagy es *“hard to reach”*). Si bien Fonagy et al. consideran esta dificultad como una defensa o adaptación frente a un ambiente psicosocial invalidante y la información brindada por las figuras de apego como incoherentes o carente de valor (2).

Desconfianza epistémica en el contexto clínico: el paciente duda del terapeuta como fuente confiable de las intervenciones y por ende de la comunicación. Por el contrario, podría encontrarse un paciente que percibe incertidumbre en sus experiencias personales, “voracidad epistémica” combinada con desconfianza, que significa una necesidad urgente de obtener validación de la propia experiencia. En este sentido ciertos pacientes TLP pueden ser vistos en un estado de

Cuadro 4. Trauma temprano y confianza epistémica

Las adversidades en el desarrollo y el trauma de apego desencadenan una profunda desconfianza y/o destrucción de la posible confianza

inaccesibilidad social, aislamiento de las relaciones amorosas, con el terapeuta y maestros, todo ello en función de la desconfianza epistémica y el apego inseguro. No pueden cambiar ya que no consideran que la información que reciben provenga de una “fuente confiable”. Sería deseable que algunos criterios de desconfianza epistémica sean incluidos como criterios esenciales del TLP junto con los criterios “mayores” del TLP de acuerdo con el DSM-IV (Cuadro 5).

La eficacia de la MBT/apego en el contexto clínico

El concepto central para tener en cuenta es que los pacientes TLP pueden mejorar mediante los siguientes mecanismos y procesos:

- 1. La experiencia del niño de verse reflejado y reconocido en la mente materna la incluyendo la terapeuta, amigos, grupo de terapia para el TLP es decir un grupo amplia de relaciones. La mentalización mejora al paciente ya que se centra en la capacidad de este de considerar los estados mentales como intencionales: las conductas están motivadas por estados mentales en uno mismo y en los otros (18-20).
- 2. La mentalización es un proceso innato y aprendido de establecer confianza con el objetivo de liberar a la persona de la rigidez, para que pueda comenzar a aprender de la experiencia y lograr un cambio en la comprensión de las relaciones sociales de las que forman parte y su propio comportamiento y acciones. Tener la experiencia de

Cuadro 5. TLP desconfianza epistémica y criterios esenciales TLP DSM-IV

Características esenciales del TLP

- Impulsividad
- Inestabilidad
- Disfunción social

} Síntomas

- Dificultad para adaptarse a contextos sociales cambiantes (E)
- Dificultad en extraer información social relevante de su actual contexto interpersonal (E)
- Desconfianza en la autenticidad y relevancia de los conocimientos transmitidos en forma interpersonal
- Dificultad para “aprender de la experiencia”, para adquisición de información e internalización de nuevos valores (E)

emica

- Estado de desconfianza epistémica crónica

comprender nuestra subjetividad es clave para abrirnos al aprendizaje interpersonal, una enseñanza que tiene el potencial de cambiar nuestra percepción del mundo social e intrapsíquico (20).

3. Mentalizar no es psicoterapia en sentido estricto; es un método para acceder a mecanismos establecidos biológicamente para modificar estructuras duraderas de conocimiento sobre el mundo y las relaciones importantes que mantenemos. Como tal, es parte del proceso central que sustenta la transmisión de información de generación en generación.

Uno de los aportes más recientes en la teoría de los autores se centra en el proceso de cambio: ciertas intervenciones no son solamente efectivas en el encuadre de tratamiento, sino en los cambios que el paciente pueda hacer en su ambiente social y en el restablecimiento del aprendizaje social, la ya referida confianza epistémica (2, 3).

El cuadro 6 sintetiza los logros de la confianza epistémica. El cuadro 7, resume el constructo de confianza epistémica.

Cuadro 6. Logros de la confianza epistémica

- Disminuir la rigidez conductual
- El paciente puede aprender nuevas formas de experiencias
- Adquirir conocimiento de sus relaciones sociales y de la experiencia interpersonal
- Acceder al mundo subjetivo del paciente
- Reencender la capacidad del paciente para aprender de las situaciones sociales
- El paciente logra “encontrarse” en la mente del terapeuta
- Restauración de la confianza para aprender de la experiencia social

Cuadro 7. Síntesis del concepto de confianza epistémica

La confianza epistémica (poder aprender del otro y de la experiencia social) es menor en aquellos que sufrieron trauma de apego y/o apego inseguro

El paciente resulta difícil de alcanzar y/o inaccesible

¿Por qué puede ser efectiva la psicoterapia en el MBT/apego en el TLP?

Fonagy et al. (18, 19, 20) proponen que la posibilidad de cambio psíquico proviene de las modificaciones de tres sistemas de comunicación, se considera que estos sistemas, se encuentran interrelacionados y que pueden presentar fallas como consecuencia de traumas complejos muy frecuentes en el TLP (ver capítulo 2).

Sistema de comunicación 1 el sistema de enseñanza y aprendizaje de contenido: *el terapeuta, le propone al paciente un modelo mental provisto de significado, que favorece confianza y reconocimiento, estos procesos relajan la vigilancia epistémica e incrementan la confianza del paciente (la fuente de información es confiable y segura). Resulta importante la mentalización mutua, es decir el reconocimiento diádico de las perspectivas alternativas (toma de perspectivas). En términos generales todas las formas de terapia brindan al paciente un modelo de la mente, del trastorno que padece y proceso de cambio consistente y preciso que le permite al paciente ser reconocido como un agente es decir como una persona “dueña” de sus propias acciones, decisiones y funcionamiento. Este sistema es comunicacional, porque relaciona al paciente con necesidades específicas, sus problemas con las relaciones interpersonales, la regulación de afectos, el inadecuado conocimiento de sí mismo u otras vulnerabilidades específicas. El paciente de esta manera puede comenzar a confiar en las relaciones y en la información transmitida, puede relajar la desconfianza epistémica y lograr un proceso de confianza más sólido con la ayuda del terapeuta.*

Sistema de comunicación 2 reemergencia de una sólida mentalización: *tiene por finalidad favorecer los mecanismos de aprendizaje social, es la incorporación más reciente del proceso de mentalización que inicialmente se centraba en el modelo del apego. Se activa por la confianza epistémica, la que inspira el terapeuta y la experiencia social que implica la terapia. Promueve la apertura hacia dicho aprendizaje, junto a la confianza epistémica, facilita la adquisición de nuevas habilidades sociales comunicacionales y reestructura las anteriores disfuncionales, permite adquirir nuevos conocimientos y reestructurar los modelos internos de trabajo (ver capítulo 1). Este nuevo aprendizaje genera un círculo virtuoso de mayor salud mental: la capacidad del paciente para beneficiarse de las nuevas influencias sociales positivas tanto en la terapia como en el mundo externo real. En el contexto facilitador de un ambiente abierto y una situación social confiable, permiten una mejor comprensión de las creencias, deseos y anhelos puede lograr apuntalar las acciones de los demás y de uno mismo. Esta a su vez permite una relación interpersonal más confiada y menos persecutoria en el marco de la terapia (1). Los autores se refieren a un proceso extraño a nuestro léxico lo denominan “salutogénesis”. Por esta razón preferí nominarlo mecanismos que promueven la salud mental.*

Sistema de comunicación 3 Fonagy et al. hipotetizan (18) que “tener” la mente del otro en muestra propia mente produce la apertura de un sistema biológico capaz de transmitir información que puede ser personalmente relevante y generalizable. Significa poder ser entendido por el terapeuta, como tratamos en capítulos anteriores: mentalizar es comprender la mente del otro en términos cognitivos y emocionales y per-

mitiría gradualmente al paciente vincularse nuevamente al ámbito social, el paciente se libra de su estado de aislamiento temporal o crónico al ser mentalizado por el terapeuta (ver el concepto de espejamiento que emplea Fonagy) también incrementa la capacidad de aprender por parte del paciente y esto le permite al paciente crecer en el contexto de relaciones fuera de la terapia. La situación terapéutica enseña acerca de fuentes de información y provee situaciones de confianza con la capacidad de desactivar antiguas fuentes de información, disminuir la rigidez y disolver el aislamiento epistémico (por tanto, disminuir actitudes paranoicas hacia los demás y torturantes hacia sí mismo).

Fonagy et al, (2, 3, 32) sostienen que al producirse la relajación de la vigilancia epistémica el paciente comienza a recibir información psíquica relevante, el paciente recíprocamente adquiere nuevos modos de entender y relacionarse con los otros, este es el último sistema que se abre en la medida que el paciente pueda ser ayudado a mejorar los procesos de mentalización. El cambio comienza a notarse no tanto por lo que ocurre en las sesiones sino por lo que el paciente construye **en el mundo externo, en el ambiente social**. Este nivel implica que los cambios ocurren entre sesiones como consecuencia del aprendizaje generado por el terapeuta mentalizador.

La capacidad de reestructuración de antiguas y nuevas relaciones facilita al paciente una mejor adaptación al medio de un modo diferente al que tenía habitualmente (rígido). El cambio por lo tanto no ocurre en gran medida por lo que ocurre sesión tras sesión, es el proceso que permite que el paciente use y cambie su ambiente social y que pueda verse en la mente del otro.

Principios generales de la MBT en pacientes TLP: los principios pueden sintetizarse usando el ayuda memoria de las cuatro C (2). La primera es la **“coherencia”**, la predisposición a ofrecer al paciente una explicación acerca de la enfermedad y la cura, infundiendo genuina y real esperanza. La segunda es **“consistencia”** significa **ofrecer un buen balance acerca de la teoría del trastorno y su “curación”**, la tercera es **“continuidad”** muy importante para el paciente TLP ya que implica la adherencia al tratamiento. La cuarta es **“comunicación”**, la cualidad de la comunicación es aquello que revista especial atención e influencia en los procesos de curación. Recordemos que Fonagy et al. consideran al TLP como un desorden de la **comunicación**.

En resumen, MBT/apego promueven una estructura en la cual no es necesario el aprendizaje de principios dinámicos profundos, bastaría con saber mantener una conversación con el paciente acerca de su experiencia actual.

Una vez expuestos estos temas y debido a su complejidad, creo resulta conveniente para el lector un resumen del mecanismo de cambio psíquico que ofrece el modelo MBT/apego:

1. **La alianza terapéutica tanto en su construcción como en la “reparación” de las rupturas es uno de los mecanismos importantes.**

2. El terapeuta adopta una posición que es al mismo tiempo de curiosidad y relativo desconocimiento acerca de los fenómenos mentales.

3. Las intervenciones de MBT/apego ofrecen una estructura de tratamiento manua-

lizada que hace foco en un tratamiento de naturaleza coherente, continuo, basado en la participación de múltiples terapeutas que deben comunicarse entre sí, consistente y comunicacional como fue expuesto más arriba. Estas cualidades son de especial importancia para pacientes con una estructura lábil como los TLP.

4. El modelo socioecológico MBT hace especial hincapié en el proceso de generación de salud mental (denominado por Fonagy et al., “salutogenesis”) promoviendo resiliencia.

5. Uno de los cambios más recientes en la teoría de los autores se centra en el proceso de cambio: ciertas intervenciones no son solamente efectivas en el encuadre de tratamiento, sino en los cambios que el paciente pueda hacer en su ambiente social.

6. Otra de las posibles fortalezas de MBT son que tiene bajas tasas de falta de adherencia al tratamiento (20) y puede ser más efectivo respecto de las intervenciones no especializadas en pacientes más graves (22). Estos factores pueden disminuir la tasa de abandono.

7. Una parte importante de este modelo es que puede brindar un sistema mentalizador de apoyo para aquellos profesionales que tratan frecuentemente a pacientes graves como los TLP.

8. MBT/apego no se propone cambios estructurales o profundos, el objetivo central es mejora el funcionamiento social que favorezca la transmisión interpersonal de información (2).

9. Casi todas las formas psicopatológicas comprenden el trabajo terapéutico de una

triada: apego, mentalización y la ruptura temporaria o crónica de la confianza epistémica asociada a los cambios en el aprendizaje social que se ven favorecidos cuando se desarrollan en forma relativamente normal.

10. Fonagy et al. (21), sostienen que sino todas, la mayoría de las terapias, se caracterizan por la pérdida temporal o permanente de la confianza epistémica.

11. El logro o recuperación de la confianza epistémica debería estar presente más allá de los modelos teóricos de psicoterapia y podría ser un factor común para todos los modelos de psicoterapia (21).

12. La hipervigilancia o *congelamiento epistémico* deriva de serios intentos de establecer la confianza epistémica y confiar en la información recibida en el marco del apego seguro (ver el capítulo que ejemplifica el paciente con múltiples intentos de suicida e ideas agresivas severas).

Otros posibles mecanismos de cambio. Aportes de la neurociencia al apego y las relaciones interpersonales

El apego, los mecanismos de recompensa y la relación con los cambios en la psicoterapia. Breve consideración de los sistemas neurobiológicos.

Dos regiones de cerebrales y sus respectivas conexiones, vinculan procesos psicológicos de especial relevancia para la psicoterapia del TLP: (a) circuitos de recompensa y apego y (b) disfunciones en la mentalización y las relaciones interpersonales.

Los sistemas reconocidos son: A) **el de recompensa y apego** que intervienen en las conductas adictivas y que de alguna mane-

ra se superpone con el circuito de **apego**, esto ha conducido a algunos investigadores a considerar ciertos vínculos sociales como adictivos (21-23).

La distribución anatómica del circuito A, comprende fibras dopaminérgicas (DA) que parten del área tegmental ventral (ATV), hacen relevo en núcleos amigdalinos (núcleo de la estría terminal) de allí se dirigen al núcleo accumbens, pálido ventral, tálamo, corteza cingulada anterior (ACC) y finalmente PFC (regiones laterales y orbitales); estos circuitos son recíprocos de entrada y salida con control de retroalimentación. El rol central de la neurotransmisión DA dentro del circuito, sería considerado un mecanismo seleccionado por la evolución que favorece la motivación, la unión reproductiva, el cuidado materno y la supervivencia de la cría (25, 26). B) **El segundo sistema**, comprende el funcionamiento de áreas corticales y subcorticales desactivadas por la activación del sistema de apego, abarca los polos temporales, la unión parietal-temporal, amígdala y PFC mesial (PFCM). La activación de estas áreas se correlaciona con afectos negativos principalmente hostilidad y agresión (24), juicios acerca de la confianza social (epistémica como fue señalado a lo largo de este capítulo) y moralidad, teoría de la mente (ToM), atención hacia las propias emociones y, particularmente, a regiones de la actividad de **mentalizar e identificar estados mentales** (21).

Importancia de los sistemas de apego, recompensa y mentalización para los mecanismos de cambio en TLP

La situación paradójica que enfrenta el clínico es la **inevitable activación del sistema de apego** durante la terapia, con lapsos momentáneos de déficit en la mentalización,

otra predicción empírica que puede surgir de estas ideas e interacciones de los mencionados circuitos es que aquellos individuos que pueden mantener una activación relativamente alta de los circuitos que sirven a la mentalización: la región PFC mesial, la unión temporoparietal y los polos temporales (descrito como segundo sistema) en presencia de activación del circuito DA mesolímbico (sistemas de apego y recompensa) son aquellos que luego son clasificados como seguros en los vínculos de apego (25).

Recordemos que el objetivo central del modelo de terapia MBT es incrementar la consciencia de los estados mentales y cómo estos se expresan en las relaciones interpersonales, en el contexto del apego. Tanto en la terapia grupal como individual, **el clínico activa el sistema de apego por diversos mecanismos**: 1) el trabajo terapéutico de las relaciones de apego actuales, 2) la discusión de relaciones de apego pasadas, 3) la creación en la terapia de un ambiente de contención, el terapeuta crea un ámbito seguro para permitir la regulación de afectos que al mismo tiempo estimula, pero regula el apego con el terapeuta.

Fonagy et al. (25), consideran que trabajo con las emociones y el mundo interno del paciente, favorece la situación paradójica de un modelo de terapia que activa dos sistemas cerebrales mutuamente inhibitorios.

Otra situación posible que probablemente mantenga este sistema de activación paradójica comprende: 1) la activación gradual de emociones negativas en la medida que el terapeuta trabaja experiencias adversas traumáticas, 2) el estímulo para traer a la memoria consciente memorias episódicas cargadas de afectos, mediante estos mecanismos, el paciente límite es apoyado para contrarrestar el patrón normal de desactivación mediante el apego de la mentalización de emociones negativas junto con juicios

morales y sociales (funciones de la mentalización). Para lograr que la hiperactivación del apego paradójicamente inhiba procesos de mentalización, el modelo MBT/apego regula el patrón de activación cercano al nivel del apego seguro mediante el balance de la intensidad de las relaciones de apego y la complejidad de la mentalización requerida por cada paciente (25).

En síntesis, al mismo tiempo que se fortalece el sistema de mentalización, el patrón de apego se hace más seguro, para lograr esto el terapeuta, reitero debe ser hábil y prudente **para equilibrar** la intensidad de la relación y la complejidad de mentalización evaluada en el paciente. Resulta muy importante considerar que el objetivo del terapeuta es reducir una respuesta de ansiedad catastrófica al introducir la necesidad de pensar acerca del estado mental de las figuras de apego, las cuales como vimos a lo largo de distintos capítulos muy frecuentemente eran las perpetradoras de situaciones traumáticas severas y al mismo tiempo la única figura a la cual el paciente podía acudir (desconfianza epistémica).

Una visión general del proceso de cambio en la terapia

Fonagy et al. (25) especulan que todas las psicoterapias actúan de alguna manera aprovechando la activación simultánea de los dos sistemas neurobiológicos descritos como A y B (no corresponde al nombre real, Fonagy los denomina de esta manera para simplificar). Resulta posible que las psicoterapias funcionen ya que activan el sistema de apego por la relación terapéutica al mismo tiempo que los clínicos implementan técnicas y procesos que facilitan la mentalización como fue descrito a lo largo de esta obra. El pensar acerca de los sentimientos,

creencias y pensamientos en el contexto del apego resulta útil ya que crea un estado paradójico en ciertas áreas cerebrales que da lugar a contextualizar de otra manera el contenido la mente de los otros y la del sí mismo, bajo una forma más integrada y ligada a la confianza epistémica y un ambiente de “*holding*”.

El trabajo con el apego crea la posibilidad de repensar, considerar nuevas alternativas y reconfigurar la experiencia subjetiva (25), también esta alternativa enriquece el modelo transteórico y transdiagnóstico como fue mencionado al principio de este capítulo.

El TLP conceptualizado como un desorden relacionado con la resiliencia. El rol de los vínculos primarios

Las diferencias parentales en la regulación del estrés (entre ellas las experiencias adversas tempranas) impactan en las estrategias futuras del niño para regular nuevas experiencias generadoras de estrés. Bajo este principio es posible establecer factores de riesgo que afecten la capacidad reflexiva o bien ante una buena regulación, la capacidad de resiliencia para el desarrollo de patología límite (27). Otro aspecto importante del apego seguro **es promover la resiliencia**, por vía neuroquímica modificando el estrés por el efecto ansiolítico de la OXY (28). Por otra parte, los estudios animales y en humanos de respuesta al estrés hipotetizan que el apego seguro conduce a un estado de hipoactividad adaptativa del eje HPA que permite regular la secreción de cortisol y la respuesta al estrés incrementando la resiliencia (29).

Otro aspecto importante de las relaciones de apego seguro es que favorecen nuevos estímulos para sucesivas relaciones de apego seguras en la vida adulta. El concepto actual es que las relaciones seguras, funcio-

nan como un mecanismo de “amplificación y construcción” cíclico (29), en las cuales las experiencias emocionales contribuyen a dar seguridad y ampliar el campo de nuevas relaciones (construcción) que conducen al individuo a lograr mayor adaptación a nuevas experiencias, es más las nuevas experiencias pueden conducir a relaciones de apoyo que promueven mayor resiliencia frente a situaciones de estrés muy frecuentes en pacientes límite (31).

El TLP como una falla de los mecanismos de resiliencia

Kalish propone varias definiciones de resiliencia: a) una observación empírica, un fenómeno por el cual alguien no desarrolla problemas de salud mental duraderos aunque sufra adversidades, estas se entienden en un sentido más amplio y a corto plazo (agudo) o factores estresantes a largo plazo (crónicos), sociales o físicos, b) al funcionamiento estable del individuo a todo lo largo del proceso c) disfunciones temporarias que luego retornan a un curso normal, entendido esto como recuperación, la disfunción persistente facilitaría el estrés crónico, d) para cualquier trayectoria adversa que eventualmente conduce a niveles de funcionamiento que son comparables o incluso mejores que al principio del proceso.

Dentro de esta comprensión novedosa acerca de la etiología del TLP, es importante la relación entre el ambiente social como un sistema, por un lado, en combinación con la capacidad para la comunicación social (confianza epistémica) que puede ser considerado un modelo etiológico (ambiente x TLP). Los intentos para no intervenir en estos mecanismos en el curso de la psicoterapia, explican de acuerdo a Fonagy et al, frecuentes fracasos en el tratamiento de los TLP (33).

Los trastornos de la personalidad no deberían ser vistos solamente como estados y mecanismos deficitarios, se tratarían de adaptaciones complejas hacia estímulos traumáticos, estresantes provenientes del ambiente social en interacción con predisposiciones genéticas.

Fonagy et al., consideran que en particular la “mente *borderline*” sería el resultado del tipo de problemas comunicacionales dispuestos a lo largo de la vulnerabilidad a la patología grave (32).

En síntesis, la patología límite puede ser considerada desde la inflexibilidad para la capacidad de comunicación frente a experiencias adversas en la relación con los otros. Los estudios, por cierto, indican que el maltrato incrementa la posibilidad de la mayoría de las enfermedades mentales del adulto al igual que empeoran su curso. Recientemente, se hipotetizó que el maltrato infantil representa un ecofenotipo asociado a inicio de psicopatología en la edad temprana, mayor severidad, comorbilidad, mayor riesgo de suicidio y lo más importante pobre respuesta al tratamiento (33).

En pacientes TLP la presencia de ciertos polimorfismos genéticos (descripción que va más allá de los objetivos de este volumen) asociado a vulnerabilidad biológica, generan un gran esfuerzo o distrés en los mecanismos de viabilidad de resiliencia y por tanto de confianza epistémica (23).

Fonagy et al., consideran que la capacidad de mentalización genera mayores posibilidades de resiliencia ya que en términos generales provee una clara ventana de tiempo para facilitar la eficiencia de la actividad cerebral, ciertas unidades de procesamiento cerebral pueden ser más eficientes que otras y proveer de outputs que pueden ser tomadas por otras unidades, sin embargo, ciertas circunstancias pueden disminuir la eficien-

cia de estas unidades. La reconsideración es la apropiada valoración, estimación y monitoreo de factores sociales externos y de las mencionadas unidades de procesamiento internas.

La resiliencia depende de la cognición más evolucionada (*higher order cognition*) es una capacidad del desarrollo basada en las relaciones tempranas, renovadas constantemente en contextos sociales cambiantes para valorar la eficiencia del funcionamiento que esencialmente es de orden intersubjetivo y permite dicha valoración, resiliencia implica también la capacidad para anticipar la reacción de las otras personas, regular la atención o implementar planes de acción, propiedades debido a necesidades superiores de supervivencia en el contexto de las interacciones sociales.

La consciencia, el mecanismo de resiliencia de los sistemas cognitivos y de control, parece haber evolucionado para tener máxima resiliencia por sí misma.

Las fallas en la resiliencia acontecen cuando el individuo se encuentra limitado de sistemas de procesamiento suficientemente flexibles para mantener un resultado óptimo a pesar de las circunstancias cambiantes, cuando el individuo no puede “desengancharse” de un sistema de procesamiento que ya no es apropiado para una tarea muestra falta de flexibilidad que al mismo tiempo crea vulnerabilidad, Rudrauf sostiene (34) “que la consciencia por sí misma puede ser interpretada como un algoritmo general para la resiliencia seleccionada por la evolución” (p.22).

TLP y el modelo PASTOR (*Positive appraisal style theory*, por sus siglas en inglés) de resiliencia

En TLP el mecanismo de valoración/apreciación/evaluación de una amenaza poten-

cial (PASTOR) falla en términos del significado para el funcionamiento del organismo, debido en gran parte a las dificultades en la mentalización o por el quiebre de la confianza epistémica que permiten aprender nuevas formas de mentalizar (la dificultad de cambiar la comprensión de la amenaza luego del evento) el resultado es la falta de resiliencia característica del TLP, el TLP pierde la capacidad de comprender la conducta plena de significado y predecible, el proceso normal de reconstrucción de los estados mentales a partir de los actos se encuentra bloqueado.

EL TLP debido a estos mecanismos, se encuentra al menos parcialmente desprovisto del proceso de valoración, necesario para reducir el estrés de las experiencias psicosociales adversas, lo cual los deja confusos y vulnerables. En resumen se encuentran frecuentemente desconcertados por las acciones de los otros y víctima de atribuciones erróneas, la falta de resiliencia en algunos TLP se debe a grandes dificultades para interpretar las conductas de los otros como plenas de sentido y tienden a malinterpretar las acciones como amenazantes, agresivas o bajo la forma paranoide (*appraisal* negativo) en resumen el perfil de mentalización de un TLP prototipo es una hipersensibilidad hacia las situaciones interpersonales que presentan dificultades.

El trabajo con esta forma de funcionamiento puede ser de gran utilidad ya que la valoración-apreciación es un mecanismo dinámico e interactivo, debido a la necesidad de integrar continuamente nueva información que ingresa al sistema (incluida aquella relativa al propio estado emocional) que requiere ajustes y cambios *online*.

Luego de una situación estresante resulta difícil para el TLP contextualizarla, darle sentido o alejar de la memoria situaciones

traumáticas, lo cual puede facilitar tormentas afectivas, la incapacidad para la mentalización reflexiva priva a los TLP de una herramienta importante para reducir el estrés.

Los TLP pueden tener dificultades en la valoración o estimación de una situación estresante debido a la debilidad de los mecanismos de valoración, apreciación e interpretación de situaciones actuales o pasadas que pueden erosionar la capacidad de resiliencia. Una situación aversiva se convierte a posteriori en traumática cuando el paciente siente que su experiencia emocional no es compartida y la “mente se encuentra sola” (33). El ejemplo del estudio de Freud de la infancia del “Hombre de los lobos” y sus experiencias adversas reiteradas y múltiples, junto a la evolución posterior nos muestra un excelente ejemplo (34). El terapeuta puede ayudar a la reconsideración de las situaciones dificultosas que atraviesan los TLP ya que algunos mecanismos de valoración son de acuerdo con Kalish inconscientes, automáticos y rápidos por tanto favorecen conductas impulsivas muy frecuentes en los TLP. EL clínico puede mediante la reconsideración retrospectiva y la mentalización a modo cognitivo, hacia sí mismo y los otros (posterior consideración de dichas experien-

cias) de la capacidad de mentalización de cada paciente en particular, cambiar la modalidad típica de mentalización del TLP más centrada en 1) el estado externo en mayor medida que el interno de los otros significativos, 2) el predominio de mentalización automática, 3) un desbalance entre afecto y cognición y 4) dificultades para separar al sí mismo de los otros.

Estos conceptos se encuentran emparentados y cercanos a las ideas de la teoría de la hipersensibilidad en TLP que proponen Gunderson y Lyons Ruth (35), dicha hipersensibilidad es consecuencia de la falta de valoración luego de situaciones sociales estresantes.

Para poner en perspectiva una experiencia terrorífica traumática, el proceso puede ser abordado por el concepto ya mencionado de ciclo de ampliación-construcción (30) el cual está más disponible en aquellos pacientes TLP abiertos a la influencia social de otras mentes más benignas y comprensivas. Por ejemplo, construir relaciones basadas en la confianza epistémica para evitar repetir ciclos y relaciones de retraumatización y de allí pasar entre otras dificultades a la inestabilidad afectiva y la desregulación emocional.

Esquema 1. Resiliencia y representaciones mentales (modificado de ref. 32)



Referencias bibliográficas

1. Fearon P, Shmueli-Goetz Y, Viding E, Fonagy P, Plomin R. Genetic environmental influences on adolescents attachment. 2013; *J Child Psychol Psychiatry*. 55: 1033-41.
2. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord*. 2015;29(5):575-9.
3. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The mentalizing approach to psychopathology: state of the art and future directions. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2020; Downloaded from www.annualreviews.org/org. Access provided by 80.179.127.203 on 04/25/20. HYPERLINK “<http://www.annualreviews.org/>”org.
4. Zanarini M, Frankenburg FR, Bradford Reich B, Fitzmaurice, G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 6 –year prospective follow -up study. *Am J Psychiatry*. 2012; 169: 476-83.
5. Andersen C, Poulsen S, Fog-Petersen C, Jørgensen M, Simonsen E. Dropout from mentalization-based group treatment for adolescents with borderline personality features: A qualitative study. *Psychother Res*. 2020; 1-13.
6. Berghuis H, Bandell C, Krueger R. Predicting dropout using DSM–5 Section II personality disorders, and DSM–5 Section III personality traits, in a (day) clinical sample of personality disorders. *Personality Disord*. 2020;doi/10.1037/per0000429
7. Johnson JG., Cohen P, Brown J, Smailes EM. Bernstein, DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 600-5.
8. Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F, Levy, KN Kernberg OF. An object relation model of borderline pathology. *J Pers Disord*. 2007; 21(5): 474–9.
9. Yeomans F, Clarkin J, Kernberg O. A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient. Northvale, N.J.: Jason Aronson; 2002.
10. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic)*. 2014;51(3):372-80.
11. Csibra G, Gergely G. Natural pedagogy. *Trends Cogn Sci*. 2009; 13, 148–3.
12. Verhage M, Schuengel C, Madigan S, Fearon R, Oosterman M, Cassibba R et al. Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol Bull*. 2016;142(4):337-366.
13. Iyengar U, Rajhans P, Fonagy P, Strathearn L, Kim S. Unresolved trauma and reorganization in mothers: attachment and neuroscience perspectives. *Frontiers in Psychology*. 2019; en JG. Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma. London, UK: Karnac; 2013.
14. Cohen DE. Una visión actual de la neurobiología del trastorno límite de la personalidad centrada en la mentalización y el procesamiento emocional. *Psicofarmacología*. 2016; 9, 9-23.
15. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Reports*. 2009; 11: 63-8.
16. Specht MW, Chapman A, Cellucci T. Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009; 40: 256-4.
17. Sharp C, Ha C, Carbone C, Kim S, Perry K, Williams L, Fonagy P. Hyper-mentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *J Pers Disord*. 2013; 27, 3-18.
18. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clinical Psychol*. 2006, 62, 411-30.
19. Benish SG, Quintana S, Wampold BE. Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal Couns Psychol*. 2011; 58, 279-89.
20. Fonagy P, Luyten P, Campbell C, Allison L. (2014, December). Epistemic trust, psychopathology

- and the great psychotherapy debate. [Web Article]. Retrieved <http://www.societyforpsychotherapy.org/>
21. Fonagy P, Campbell C. Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatr Hung*. 2017; 32(3), 283-287.
 22. Insel TR. (2003). Is social attachment an addictive disorder?. *Physiol Behav*. 2003; 79(3), 351-57.
 23. Cohen DE. Una visión actual de la neurobiología del trastorno límite de la personalidad centrada en la mentalización y el procesamiento emocional. *Psicofarmacología*. 2016; 97: 9-23.
 24. Clarkin J, Posner M. Defining the Mechanisms of Borderline Personality Disorder. *Psychopathol*. 2005; 38:56-3.
 25. Lorenzini NA, Fonagy P. Attachment and personality disorders: A short review. *Focus: Lifelong Learn Psychiatry* 2013; 11:155-65.
 26. Panksepp J. *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford, New York: Oxford University Press; 1998.
 27. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Front Behav Neurosci*. 2011; 5: 1-21.
 28. Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehler U. Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*. 2003; 54: 1389-98.
 29. Gunnar MR, Brodersen L, Nachmias M, Buss K, Rigatuso, J. Stress reactivity and attachment security. *Dev. Psychobiol*. 1996; 29:191-4.
 30. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. 2001; *Am. Psychol*. 56, 218-226.
 31. Hauser ST, Allen JP, Golden E. *Out of the woods: tales of resilient teens*. Cambridge: Harvard University Press; 2006.
 32. Kalish N, Müller M, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav. B Sci*. 38:e92. doi: 10.1017/S0140525X1400082X. Epub 2014 Aug 27.
 33. Fonagy P, Luyten, P, Allison E, Campbell Ch. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017; 9: 2-12.
 34. Rudrauf D. Structure-function relationships behind the phenomenon of cognitive resilience in neurology: insights for neuroscience and medicine. *Adv Neurosci*. 2014; 1-28.
 35. Blum H. The borderline childhood of the wolf man". *JAPA*. 1974; 22: 721-741.

Evaluación de la teoría de la mente

Lic. Roberto Ocampo

Resumen

La pregunta por la evaluación de la capacidad de mentalización obliga a preguntarse por los diversos indicadores que se pudieran operacionalizar de dicho concepto. Diversos autores han generado hipótesis que fueron sometidas a pruebas y experimentaciones, modificando con el paso del tiempo el constructo de la capacidad de mentalizar. Un hallazgo de vital importancia ante la abundante bibliografía acerca del tema es que la mentalización no sería un concepto de naturaleza unidimensional, taxativo y de cualidades dicótomas (se posee o no la capacidad de mentalizar), se trataría más bien de un grupo de habilidades que se interrelacionan entre sí, sujetos ante determinados contextos, ante determinadas personas y de diferente manifestación a través del ciclo vital.

Teniendo en consideración la idea anterior, la evaluación de dichas capacidades deberían tener en cuenta esta concepción dinámica y cambiante y no una perspectiva estática e inmutable. Por lo cual se puede observar que los métodos evaluativos transcurren históricamente desde aplicación de tareas en ambientes altamente estructurados y artificiales hasta propuestas más ecológicas y contextuadas, dónde se tienen en cuenta la historia evolutiva de la persona y una entrevista clínica previamente a la evaluación.

El capítulo está dividido en tres apartados, los cuales son representativos y análogos a las formas actuales de evaluar las capacidades de mentalización. El primer apartado hace referencia a las tareas experimentales que se han desarrollado alrededor del constructo de “Teoría de la Mente”, reseñado de esta manera por algunos autores por la concepción que los humanos se desarrollan y son “Teóricos de la mente”, en el sentido que pueden realizarse hipótesis acerca de los otros están pensando. A esta perspectiva computacional, se le han sumado más propuestas que complejizaron y atomizaron el concepto de teoría de la mente en diversos componentes e indicadores (segundo apartado). Así, poseer “Teoría de la Mente” ya no sólo estaba concebido como solamente la habilidad de representarse el punto de vista ajeno de la persona, sino que también permite leer intencionalidad (verbal y no verbal), hipotetizar deseos y creencias de las otras personas, y en virtud de eso modificar la propia conducta, pero siempre teniendo en claro la opacidad del pensamiento, es decir, poseer hipótesis pero tener el criterio para siempre tener en cuenta que pueden llegar a ser falsas. En el tercer apartado, Puede verse como se pudieron operacionalizar en indicadores clínicos determinadas dimensiones que dan cuenta de la capacidad de mentalización, y como estas dimensiones son continuos o espectros, que fluctúan entre personas y en una misma persona a través de su ciclo vital.

El interés en evaluar las capacidades de mentalización en los seres humanos no nace propiamente en el estudio de la psicología de nuestra especie, puede observarse que uno de sus inicios se remonta al interés de Premack y Woodruff (1) pioneros en la investigar la presencia de esta capacidad en chimpancés. Los autores se propusieron diseñar una situación artificial para profundizar y determinar si la especie tenía propiedades compatibles con la teoría de la mente (ToM).

En síntesis, Premack y Woodruff (1) filmaron a 4 personas en diferentes situaciones problemáticas, por ejemplo, en una filmación un hombre intenta agarrar unas bananas que están colgadas del techo sin tener éxito o en otra, una persona que está dentro de una jaula intenta alcanzar unas bananas que están siendo obstaculizadas por una caja. Dichas piezas audiovisuales se le fueron mostradas a Sarah (Una chimpancé de 14 años), y paralelamente, se le daban unas fichas con imágenes donde en una de ellas aparecía la solución correcta a la situación problemática. Se observó que Sarah tuvo un rendimiento alto en la tarea. En la misma serie de experimentos, se realizó una segunda tarea, en la que el chimpancé debía realizar una actividad cooperativa con 2 investigadores, por lo cual debía propiciar claves para indicarle a los investigadores donde estaba escondida una ración de comida. El primer investigador jugaba el rol de “aliado” y por lo cual, al encontrar el alimento se lo daba al chimpancé, por otro lado, el segundo investigador jugaba el papel de “enemigo”, y, al encontrar la comida se quedaba con ella. Se observó más adelante que el chimpancé cooperaba eficientemente con el “aliado” pero, con el “enemigo” no sólo omitía información en donde estaba el alimento, sino que también le propiciaba información falsa.

El hecho de dar información falsa en beneficio propio, tal como se observó en el experimento anterior, ha sido conceptualizado por Riviere y Nuñez (2) como “*Engaño táctico*”, el cual requiere, efectivamente, de la presencia de una ToM, que permita la capacidad no sólo de diferenciar las representaciones mentales propias y ajenas, sino también de poder manipularlas. Como bien señalan los autores mencionados, esta conducta en chimpancés ha sido observada en situaciones artificiales y también en ambientes naturales. Jane Goodall, reconocida primatóloga escribe sobre un chimpancé llamado Figan:

“... Un día en que Figan, por acompañar a un grupo numeroso, no había podido conseguir más que un par de bananas, se levantó súbitamente y comenzó a caminar. Los otros le imitaron. Diez minutos después regresaba al campamento él sólo y recogía, libre de competencias, su ración de bananas. Pensamos que se trataba de una coincidencia, pero, cuando repitió la maniobra una y otra vez, no tuvimos más remedio que aceptar que lo hacía deliberadamente” Goodall (3) p. 84.

No obstante, de lo anterior, en la actualidad perdura el debate si dichas situaciones anteriores respondían verdaderamente a un tipo de manifestación de actividad metarrepresentacional o si se trataba de un fenómeno vinculado al aprendizaje por asociación de contingencias o aprendizaje incidental. Para una revisión consultar: Call y Tomasello (4), Savage-Rumbaugh (5), Povinelli (6) y Tomasello (7).

Sin embargo, las investigaciones en chimpancés animaron a los psicólogos evolutivos a indagar las características de la capacidad de mentalizar en los seres humanos, que ha

abierto un campo de investigación bastante amplio y ha impulsado la creación e implementación de diversos métodos evaluativos, los cuales han servido para generar indicadores sutiles de presencia de dificultades en la capacidad de mentalización en cuadros como, entre otros, Trastornos del Espectro Autista, TLP, Trastorno narcisista de la personalidad y trastorno antisocial de la personalidad (ASPD por sus siglas en inglés).

El objetivo del presente capítulo no es abarcar todos los instrumentos evaluativos, puesto que sería redundar en lo que está muy bien documentado en otras investigaciones, por ejemplo, Luyten, Fonagy, Lowyck y Vermote (8) realizan un metaanálisis sobre 42 métodos de evaluación sobre la capacidad de mentalización y Sánchez, León, García, Hesse y Fernández (9) realizaron una compilación analítica de instrumentos para medir teoría de la mente disponibles en castellano. Por lo cual, **el propósito del presente capítulo es elegir a criterio del autor los instrumentos más representativos, que permitan poner de relieve la evolución histórica de la metodología y los conceptos para poder evaluar la capacidad de mentalizar.**

Se dividirá el capítulo en instrumentos que se clasifiquen en tareas experimentales, baterías cognitivas y entrevista estructurada.

Tareas experimentales

Dentro de la tradición de la psicología cognitiva, la tarea de la “falsa creencia” se ha constituido como la prueba paradigmática para comprobar la presencia de habilidades de ToM en niños. Dicha tarea fue diseñada por Wimmer y Perner (10) inspirados en las investigaciones de Premack y Woodroff (1) y en las ideas de la mente metarrepresentacional

planteadas por Pylyshyn (11) y en síntesis, se presenta de la siguiente manera: A 36 niños y niñas de edades entre 4 y 9 años de la ciudad de Salzburgo, Austria, se les narró la historia de Maxi, un niño que en presencia de su madre pone un trozo de chocolate en una taza nombrada “x” y cuando su madre se ausenta, el niño cambia el chocolate de la taza “x” a otra taza llamada “y”, se les preguntó a los niños no solo dónde pensaban que la madre buscaría el chocolate, sino que también preguntaban dónde pensaba Maxi que su madre buscaría el chocolate cuando volviera. Dentro de la misma investigación, se incluyó una segunda versión de la historia, dónde el hermano de Maxi, quien aparece como un competidor, desea comer chocolate, así que Maxi decide darle información falsa acerca de la ubicación del chocolate, por lo cual, se les pregunta a los participantes, si Maxi desea darle información falsa, ¿dónde le dirá a su hermano que está el chocolate?

Dentro de los resultados de la anterior investigación, pudo observarse que el 57% de los niños entre 4 y 6 años y el 86% de los niños entre 6 y 9 años contestaron correctamente. Por otro lado, en la segunda versión de la prueba, donde aparece el hermano de Maxi como un “enemigo”, los niños entre 4 y 5 sólo el 28% pudieron contestar correctamente, mientras que el 94% de los niños entre 5 y 6 acertaron correctamente.

Dicha prueba ha sido replicada por diversas investigaciones, donde se ha observado que algunas de ellas han modificado la historia de Maxi y su madre, por ejemplo, Rivière y Nuñez (2) plantean la historia de dos amigos llamados Pedro y Juan, el cual uno de ellos cambia una pelota de lugar en ausencia de otro. Baron- Cohen et al. (12)

realizan una tarea similar pero la situación se desarrolla entre dos muñecas llamadas Sally y Anne. En otras investigaciones, se ha optado por versiones más contextuales y ambientalistas, donde el mismo niño es participe de una situación en un juego de roles, escondiendo una caja como se observa en Hogrefe et al. (13), o donde se manipulan creencias e intenciones alrededor de un tubo de “Smarties” en Perner et al. (14).

Y tal como puede observarse con relación a la primera versión de la prueba, se han arrojado datos muy robustos que dan cuenta de una característica evolutiva en el desarrollo humano: Parece ser que, dentro de un desarrollo típico, a partir de los 4;5 y 6 años de edad los niños (edad en que inician la escolarización) los niños “normales” pueden pasar la tarea de la falsa creencia y han demostrado poseer la capacidad conceptual para poder dar cuenta de su propia conducta y la de terceros, además es un consenso entre los psicólogos evolutivos que los niños desde esta edad son hábiles mentalistas y poseen las condiciones para generar un “*engaño táctico*”.

No obstante, se han realizado diversas investigaciones, por ejemplo: Freeman et al. (15), y Sullivan et. al., (16) en donde se ha adaptado la prueba de la falsa creencia para poder ser aplicada a niños y niñas menores de 4 años, con el propósito de demostrar que pueden llegar a existir precursores de la ToM en aquellas edades, y, en concordancia con las características del desarrollo en esa franja etaria, ajustar la prueba a un contenido menos verbal y más factual.

Indagarse sobre los posibles precursores de la teoría de la mente puede llegar a tener una valiosa utilidad en la comprensión evolutiva del desarrollo humano, permite concebir la capacidad de mentalizar no como una habilidad que aparece inmodificable e

innata de un momento a otro, **sino que es una capacidad que se desarrolla**. Al respecto, Baron – Cohen (17) plantea 3 fases en el desarrollo infantil que comprende tres mecanismos, se van desarrollando desde el momento del nacimiento hasta los 4 años, posibilitando la aparición de la teoría de la mente, a saber:

Fase 1 (0 meses a 9 meses). El bebé posee dos mecanismos, de **naturaleza innata**: detector de intencionalidad (ID) y detector de dirección ocular (EDD). El primero le permite al bebé reconocer a otro humano como un agente intencional, provisto de objetivos y deseos. El segundo provee la capacidad al bebé de realizar un seguimiento de movimiento de ojos a un adulto. En esa línea, Baron – Cohen. et al. (18) comentan las representaciones construidas en esta fase son de características diádicas y correspondería a lo que Trevarthen (19) denomina “inter-subjetividad primaria”.

Fase 2 (9 meses a 18 meses). Desde Baron – Cohen (20) en esta fase entra en escena el mecanismo de atención compartida (SAM) el cual articula el ID y el EED con el objetivo de construir relaciones triádicas, por lo cual, otorga la capacidad al bebé de poder inferir lo que el adulto desea partir del seguimiento de su mirada). Estas relaciones permitan tal vez introducir al padre como figura de apego (verse en el capítulo 3 la participación del padre en el apego).

Fase 3 (18 meses a 48 meses). Puede observarse en esta fase que el niño presenta la **capacidad de inferir los estados epistémicos propios y de los demás (véase capítulo 9)**. La operacionalización por excelencia de dicha habilidad se refleja con la aparición espontánea del juego de ficción en dicha etapa.

Así La capacidad de mentalizar deviene del desarrollo del mecanismo de atención compartida (SAM) como fue descripto dentro de las polaridades de la mentalización.

Haber podido atomizar los componentes que pueden configurar la capacidad de la ToM pone en relieve la importancia de aclarar que no es una habilidad unidimensional y por lo cual, la tarea de la falsa creencia podría ser insuficiente para valorar en términos más cualitativos características intrínsecas y subjetivas de dicha capacidad. Es de vital importancia tener en cuenta lo planteado por Valdez (21) donde indica que las habilidades mentalistas a las que alude la ToM no deberían ser consideradas de manera dicotómica como un *“todo o nada”*, **por el contrario, debería pensarse las capacidades de mentalización como un continuo de diferentes matices.** Dicha postura invita a reformular las vías para poder evaluar dicha capacidad.

La propuesta computacional de Baron – Cohen (17) también se encuentran otras perspectivas que conciben el desarrollo de las capacidades de mentalización vinculadas a la evolución y el cambio cualitativo de las pautas intersubjetivas primarias en las relaciones afectivas. Por ejemplo, Reddy et al. (22) y Stern (23) hacen hincapié en los primeros vínculos afectivos del bebé y en sus primeras experiencias emocionales con sus cuidadores como unidades fundadoras del desarrollo simbólico e intersubjetivo del sujeto. Se ha observado que en los últimos años se ha abierto un campo prolífico de la psicología evolutiva que centra sus esfuerzos en estudiar los intercambios tempranos entre el bebé y su cuidador y como juegan un papel central en la constitución intersubjetiva de la persona. para una revisión ver: Español (24) y Stern (25), aquí ya estaríamos en los importantes mecanismos del

apego, tanto normales como patológicos.

Ante este continuo de propuestas, Rivière (26) y Rivière (27) concilia el doble y crucial aspecto del desarrollo de las capacidades de mentalización: la afectiva y la cognitiva. Donde la aparición de dicha habilidad y sus posibles anomalías (como en los TEA) deben ubicarse dentro de un proyecto evolutivo y ontogenético, hasta el punto de que dicho autor utiliza el término *“Cognición emocional”* para hablar de la naturaleza de dichos procesos.

Varios autores han escrito sobre los posibles impactos en el desarrollo humano el déficit de teoría de la mente: Frith (28) comenta que dichas dificultades están relacionadas con falencia en los mecanismos de procesamiento *top – down*, por lo cual, pueden existir alteraciones para poder desarrollar un pensamiento conceptual y simbólico, siendo el procesamiento concreto más predominante. Rivière (29) escribe que uno de los impactos de las alteraciones en la capacidad de mentalización es la dificultad de poder desarticular conceptos y nociones de su contexto original para utilizarlos en otras situaciones, es decir, se observa una alteración para poder flexibilizar contenidos y representaciones mentales. Sperber et al. (30) manifiestan que los déficits en la mentalización podrían producir anormalidades en las habilidades pragmáticas del lenguaje, es decir, la importancia de un intercambio comunicacional con una persona, puesto que los mecanismos de lectura mental para poder ajustar el discurso propio en virtud de las respuestas del otro están alterados.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que ha existido preocupación por diseñar tareas y pruebas que no sólo evalúen la capacidad de mentalizar como una habilidad molar, sino que tengan en cuenta diferentes aristas y que también se enfoquen en indi-

cadorez sutiles, que arrojen mayores apreciaciones cualitativas de dicha capacidad.

Evidencia de este esfuerzo se puede ver en propuestas como la de Baron - Cohen, et al. (31) donde se plantea una prueba de la siguiente manera: 25 fotografías de hombres y mujeres realizando diferentes expresiones, dichas imágenes sólo se enfocaban en la región del rostro entre la nariz y las cejas. En el procedimiento se le mostraba la imagen a la persona y luego se le daba a elegir entre dos estados mentales el que representaba mejor la fotografía observada. Dicha prueba se les aplicó a personas diagnosticadas con Asperger y trastorno del espectro autista de alto funcionamiento, quien en un primer momento habían pasado sin dificultad la tarea clásica de la falsa creencia, pero, **no obstante, habían puntuado bajo en la prueba de lectura de miradas.**

Baterías cognitivas

Los resultados de los estudios mencionados en el apartado anterior ponen de manifiesto que la capacidad de mentalizar debería considerarse como una dimensión donde ya no sólo de habla en términos de ausencia o presencia, sino que debe considerarse una habilidad ubicada en un continuo y con un determinado nivel de desarrollo. En este sentido, se han realizado investigaciones que intentan operacionalizar estos “matices” de diferentes tonos que pueden componer la teoría de la mente.

Por ejemplo, Wellman et al. (32) realizaron un meta análisis sobre una cantidad considerable de estudios que centraron sus investigaciones en el estudio de habilidades mentalistas en niños, observando que la evolución de las capacidades de mentalización está altamente vinculada a la aparición de un conjunto de habilidades conceptua-

les y pragmáticas en el curso del desarrollo ontogenético, los autores sintetizaron las anteriores en 5 dimensiones, que deberían explorarse en caso de evaluar dicha capacidad. Por lo cual debería revisarse si la persona comprende: 1) Deseos, 2) Creencias, 3) Acceso al conocimiento, 4) Falsa creencia y 5) La diferenciación entre emociones reales o aparentes.

Por su parte, Tager – Flusberg (33) Se encarga elaborar y reunir 10 tareas en una batería para poder evaluar ToM en niños y en adolescentes, dichas tareas consistirían en: Simulación, Deseo, Percepción, Predicción, Falsa creencia, Engaño táctico, Falsa creencia de segundo orden, Mentiras y chistes, lectura de intenciones y juicios morales.

Siguiendo esa misma línea, Valdez (21) desarrolló una batería de pruebas para la detección de habilidades de mentalización sensibles a indicadores sutiles, a saber, está conformada por:

Pruebas de miradas: se muestran diferentes imágenes de miradas y el sujeto debe elegir entre 3 frases la que más se ajuste con la imagen.

Prueba de personas en contexto: se muestran imágenes de diferentes situaciones donde están involucrados diferentes personajes, de igual manera, se le da una frase al sujeto, quien debe elegir quien de los personajes la dice.

Prueba de metáforas: se muestran varias frases poéticas y metafóricas, y el sujeto debe elegir entre tres opciones cual es la interpretación más ajustada.

Prueba de sentido figurado e ironías: se muestran varias viñetas con diversas situaciones de la vida cotidiana, donde el sujeto

debe discernir sobre la intención de los personajes de la viñeta, si se trata de acciones con sentido literal o con ironía.

Prueba de relevancia: se muestran varias viñetas con conversaciones entre dos personajes, el sujeto debe discernir entre varias opciones de respuestas que se ajusten con la pertinencia y relevancia de la conversación.

Entrevista

De igual manera, Luyten et al., (8) consideran la mentalización como un constructor de múltiples significados y dimensional, por lo cual consideran que se debe evaluar diferentes factores, hasta llegar a plantear el armado de un “*perfil de mentalización*” para cada persona. Además de lo anterior, Luyten et al., (34) plantean que las habilidades para mentalizar no son constantes en todo el ciclo vital, por ejemplo, O'Connor et al., (35) argumentan que durante la adolescencia hay índices más bajos en dicha capacidad. Por otro lado, Diamond et al., (36) observaron que los indicadores de la habilidad para mentalizar fluctúan considerablemente en el curso de una psicoterapia de orientación analítica (véase capítulo 1), y, también, está sujeto, según Luyten et al. (8), al contexto y a la persona con la cual se relaciona un paciente.

Por lo cual, la evaluación de las capacidades de mentalización debe ser pertinentes al **contexto, al ciclo vital y por supuesto, a través de diferentes figuras de apego de la persona, en términos más sencillos a las relaciones interpersonales.** Existen diversos esfuerzos por construir escalas comprensivas y abarcativas para lograr un nivel confiable de validez a la hora de evaluar dicha capacidad:

Para Fonagy et al., (37) el abordaje de la capacidad para mentalizar está relacionado

con los estilos de apego que desarrollan las personas a partir de sus experiencias tempranas con sus cuidadores, es por lo que dichos autores recurren a los estudios experimentales de Mary Ainsworth sobre los estilos de apego y a un instrumento que evalúa dicho estilo, “Entrevista de Apego Adulto” (AAI) diseñada por George et al. (38), operacionalizando en un instrumento los planteamientos de John Bowlby. Para Fonagy et al. (37) la “Entrevista de Apego Adulto” arroja indicadores no sólo de cómo eran sus experiencias de apego tempranas, sino que también alude a las características metacognitivas y reflexivas en cómo el sujeto cuenta y evalúa esas experiencias (véase capítulo 1).

En ese sentido, dichos autores, a partir de la AAI, desarrollaron la Escala de Función Reflexiva, un modelo de entrevista que permite evaluar las características intrínsecas en el estilo de mentalizar de una persona, el entrevistador, quien debe estar entrenado en dicha evaluación, Lanza Castelli (39) menciona que se debe tener en cuenta los siguientes puntos en la persona a evaluar:

Conciencia de la naturaleza de los estados mentales. Que el entrevistado tome conciencia de la opacidad de los estados mentales de otros y de las dificultades para poder realizar *insights*.

Esfuerzo explícito de inferir los estados mentales que subyacen al comportamiento. Que el entrevistado identifique la relación que a ciertos comportamientos le subyacen móviles mentales, y así mismo observar la capacidad de reconocer diversas perspectivas en una determinada situación.

Reconocimiento de aspectos del desarrollo de los estados mentales. Que el entrevistado reconozca explícitamente el desarrollo de

una representación mental. Que logre una revisión de afectos acerca de la infancia a la luz de un entendimiento logrado en la adultez. Comprensión de la dinámica familiar.

vistador. Que el entrevistado muestre actitud para considerar en contexto estados mentales de otras relaciones, debe evaluarse la sintonía emocional.

Estados mentales en relación con el entre-

Referencias bibliográficas

1. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of the mind? Behav Brain Sci. 1978; 1, 515–516.
2. Rivière Á, Nuñez M. La mirada mental. Buenos Aires: Aique; 2013.
3. Goodall J. En la senda del hombre. Barcelona: Salvat; 1983.
4. Call S, Tomasello M. Does a chimpanzee have a theory of the mind? 30 years later. Trends Cogn Sci. 2008; 12 (5): 187–192.
5. Savage-Rumbaugh ES, Rumbaugh DM, Boysen S. Sarah's problems in comprehension. Behav Brain Sci. 1978; 1, 555–557.
6. Povinelli DJ, Perilloux HK, Reaux JE, Bierschwale DT. Young and juvenile chimpanzees reactions to intentional versus accidental and inadvertent actions. Behav Processes. 1998; 42, 205–218.
7. Tomasello M. Do apes ape? En: Heyes CM, Galef BG. Editores. Social learning in animals: The roots of culture. Washington: Academic Press; 1996.
8. Luyten P, Fonagy P, Lowyck R, Vermote, R. Assessment of Mentalization. En: Bateman A, Fonagy P. editores. Handbook of mentalizing in Mental Health Practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
9. Sánchez M, León L, García A, Mas J, Fernández A. La medida de la capacidad reflexiva: Instrumentos disponibles en castellano y tareas pendientes. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2015; 35 (127).
10. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs; representation and the constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. Cognition. 1983; 13, 103–128.
11. Pylyshyn Z. When is attribution of beliefs justified? Behav Brain Sci. 1978; 1, 592–593.
12. Baron - Cohen S, Leslie AM, Frith. Does the autistic child have a "Theory of mind?" Cognition. 1985; 21 (7): 37–46.
13. Hogrefe J, Wimmer H, Perner J. Ignorance versus false belief: A developmental lag in attribution of epistemic states. Child Dev. 1986; 57: 567–582.
18. Baron – Cohen S, Cross, P. Reading the eyes: Evidence for the role of perception in the development of theory of the mind. Mind Lang. 1992; 6: 173–186.
14. Perner J, Leekam S, Wimmer H. (1987). Three – years old difficulty with false belief: The case of conceptual deficit. Br J Dev Psychol. 1987; 5, 125–137.
15. Freeman N, Lewis C, Doherty M. Preschoolers grasp of a desire for knowledge in false – belief prediction: Practical intelligence and verbal report. Br J Dev Psychol. 1991; 9: 139–157.
16. Sullivan K, Winner E. When 3 - years - old understand ignorance, false belief and representational change. Br J Dev Psychol. 1991; 9, 159–171.
17. Baron – Cohen S. Mindblindness. An essay on autism and theory of the mind. Cambridge: MIT Press; 1995.
19. Trevarthen C. Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. En: Bullowa M. Editor. Before Speech. Cambridge: University Press; 1979.

20. Baron – Cohen S. How to build a baby that reads minds: Cognitive mechanisms in mind reading. *Cahiers de Psychologie cognitive*. 1994; 13: 513–552.
21. Valdez D. Teoría de la mente, inteligencia emocional y espectro autista. En: Valdez D, Ruggeri V. editores. *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. Buenos Aires: Paidós; 2015.
22. Reddy V, Trevarthen C. What we can learn about babies from engaging with their emotions. *Zero to Three*, 2004; 24(3). 9–15.
23. Stern D. *Diario de un bebé*. Paidós: Buenos Aires; 1999.
24. Español S. La forma repetición – variación: Una estrategia para la reciprocidad. En: Español S, editor. *Psicología de la música y el desarrollo*. Buenos Aires: Paidós; 2014.
25. Stern D. *Forms of vitality*. Oxford: University Press; 2010.
26. Rivièrè À. Tratamiento del autismo como un trastorno del desarrollo. En: Martos J, Rivièrè A. editores. *Tratamiento del autismo: Nuevas perspectivas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios sociales; 1998^a.
27. Rivièrè Á. IDEA: Inventario del espectro autista. Buenos Aires: Fundec; 2002.
28. Frith U. Understanding autism: insights from mind and brain. En: Frith, Hill E. editores. *Autism: Mind and Brain*. New York: Oxford University Press; 2004.
29. Rivièrè À. Tratamiento y definición del espectro autista II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. En: Martos J, Rivièrè Á. editores. *El tratamiento del autismo: Nuevas perspectivas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios sociales; 1998b.
30. Sperber D, Wilson D. *Relevance: Communication and cognition*. Oxford: Blackwell; 1995.
31. Baron - Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of Mind: Evidence from Very High Functioning adults with autism and asperger syndrome. *J. Child Psychol. Psychiatry*; 1997; 38 (7).
32. Wellman H, Liu D. Scalling theory of mind tasks. *Child Dev*. 2004; 75(2), 523–41.
33. Tager-Flusberg H. Exploring the relationship between theory of mind and social-communicative functioning in children with autism. En: Repacholi B, Slaughter V. Editores. Nueva York: Psychology Press.
34. Luyten P, Blatt S. Integrating thoeory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopatology: a proposal for DSM V. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 52–68.
35. O'connor T. y Hirsh N. Intra-individual differences and relationship-specificity of social understanding and mentalizing in early adolescence. *Soc Dev*. 1999; 8:256–274.
36. Diamond D, Yeomans F (2008). The patient-therapist relationship: implications of attachment theory, reflective functioning and research. *Sante Ment Que*. 33: 61–87.
37. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. *Reflective- Functioning Manual, Versión 5.0 for application to adult attachment interviews*. London: University College; 1998.
38. George C, Kaplan N, Main, M. *Adult Attachment Interview Third edition*. Berkley: University of California; 1996.
39. Lanza Castelli G. Las polaridades de la mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional. Revista Electrónica de Psicoterapia*. 2011; 5 (2).

Editorial Sciens
Enero de 2022

The image features a central logo for 'SCIENS EDITORIAL' set within a dark red, cloud-like shape. The background is a vibrant orange and yellow grid with glowing digital data patterns. Several DNA double helix structures are scattered across the scene, and four large, glowing spheres are connected by lines, forming a cross-like arrangement around the central logo.

SCIENS
EDITORIAL