

La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias

Efrain Bleiberg

Profesor de Psiquiatría del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento del Baylor College of Medicine. Jefe de Psiquiatría del Texas Children's Hospital. Analista didáctico y supervisor del Instituto Psicoanalítico Houston-Galveston.

La terapia basada en la mentalización (TBM), es un modelo de tratamiento inicialmente desarrollado y puesto a prueba en tratamiento de adultos con trastorno límite de la personalidad. El TBM está arraigado en un marco psicodinámico, en la teoría del apego y sus investigaciones, además de ofrecer un acercamiento a la neurociencia.

La TBM en adolescentes (TBM-A) se basa sobre la idea de que el problema central en los adolescentes, en especial los que presentan síntomas de un emergente trastorno límite de la personalidad (TLP), es la vulnerabilidad al fallo en su capacidad mentalizadora en determinadas situaciones emocionales e interpersonales. Las pruebas apuntan a que esta vulnerabilidad se origina en la combinación de varios factores constitucionales, y las primeras relaciones de apego, que muchas veces se convierten en apegos desorganizados; patrones que son reforzados por experiencias traumáticas, y luego “surge” como TLP en el contexto de los cambios en el neurodesarrollo en la adolescencia que comprometen la mentalización y la regulación del afecto. Esta vulnerabilidad al fallo en la mentalización está asociada a la sensibilidad interpersonal, la cual desencadena impulsividad, hiperactivación del apego, comportamiento coercitivo y no-mentalizador, desregulación del afecto y esfuerzos defensivos para afrontar la experiencia de pérdida del control. Estas respuestas, a su vez, tienden a provocar la pérdida de mentalización en los demás y de esta manera generar ciclos de no-mentalización coercitivos que mantienen y exacerban la no-mentalización en los adolescentes.

El TBM-A sitúa a la mentalización en el centro del tratamiento. Tiene como objetivo estimular continuamente la mentalización en varios contextos de apego: sesiones de familia, de grupo y sesiones individuales de psicoterapia.

En estos contextos de apego, los terapeutas se centran en el sentido del sí mismo y de la relación del paciente con otros miembros de su familia, en su capacidad para mentalizar su experiencia del self y de los demás, y en particular en situaciones en las cuales esta capacidad falla. El objetivo básico del TBM-A es fomentar las habilidades que restablecen la mentalización cuando ésta se pierde, y mantenerla cuando se presentan desafíos originados por las relaciones de apego y las emociones intensas.

El protocolo del TBM-A perfila las competencias que los terapeutas deben demostrar para fomentar la mentalización en pacientes y familias. Estas competencias se describen como 1) una postura de curiosidad y desconocimiento o “no saber” (la postura del terapeuta), 2) Un circuito de mentalización en el cual los momentos de impasse en las relaciones interpersonales y las interacciones no mentalizadoras se identifican, se nombran, se mentalizan y se generalizan, y 3) un espectro de intervenciones que buscan ajustar la intensidad de apego y las demandas de mentalización hechas por paciente en un momento particular, con su capacidad de mentalizar.

Por lo cual, el TBM-A no hace hincapié en la interpretación de la motivación inconsciente, especialmente en los adolescentes con TLP, en cambio, fomenta la curiosidad acerca de los estados mentales de los pacientes en conjunción con lo que subjetivamente sienten en realidad –esto es, tomar conciencia y acercarse a la experiencia consciente-, y cómo estos estados mentales motivan y explican la conducta de uno mismo y de los demás, y hacen las relaciones más efectivas y comprensivas, permitiendo así que el afecto se entienda más y se maneje mejor.

Palabras clave: *mentalización, apego, terapia basada en la mentalización, modos prementalizadores, equivalencia psíquica, modo hacer de cuenta, modo teleológico, control esforzado de la atención, representación de la experiencia, mentalización automática/implícita, mentalización controlada/explicita, TLP emergente.*



¹Introducción

Una chica de 17 años que participaba en un grupo de terapia basada en la mentalización, a quien le fue presentada la noción de mentalización como la habilidad para atender y comprender los estados mentales intencionales que están en la base de nuestra conducta, mientras comprendía que se le estaba invitando a pensar en cómo accedemos a la mente –la propia y la de los demás– comentó: “Oh la mente... es un lugar que asusta” y añadió: “¡y allí seguro que no te gustaría ir solo!” (J. Allen, 2006).

Tal grito desde el alma muestra el reto que supone el tratamiento basado en la mentalización. Si la mente puede ser un lugar que asusta, probablemente no haya lugar más terrorífico que la mente de un adolescente, donde existe una convergencia de cambios en el desarrollo neurológico junto con demandas psicosociales y del desarrollo, que comprometen la habilidad de mentalizar. La terapia basada en la mentalización anima a los pacientes a involucrarse en la mentalización desde varios contextos enfocados en las relaciones: en un contexto cara a cara en una psicoterapia individual, en el contexto de un grupo de iguales en una terapia de grupo, y/o en el contexto de la interacción de una familia en una terapia familiar, en los cuales se presta continuamente atención a: a) los contextos emocionales y relacionales específicos en el que la mentalización se vuelve “tan terrorífica” que colapsa y/o es defensivamente inhibida y a, b) las

habilidades y actitudes necesarias para restaurar la capacidad de mentalizar.

En este capítulo:

1. Revisaré el proceso de la mentalización, sus componentes y su papel en la autorregulación y el apego.
2. Examinaré los cambios del desarrollo neurológico que tienen impacto en la capacidad de mentalización del adolescente y el papel de una mentalización que queda comprometida debido a la vulnerabilidad del adolescente, donde a veces se produce un colapso en la capacidad de adaptación, que lleva a la psicopatología, en general, y a los trastornos de la personalidad emergentes, en particular.
3. Discutiré los principios, objetivos y características fundamentales de la terapia basada en la mentalización y su aplicación con adolescentes (TBM-A) y con familias (TBM-F).

¿Qué es la mentalización?

La mentalización se refiere a la capacidad de entender e interpretar la conducta humana, la propia y la de los demás, basada en estados mentales como por ejemplo, pensamientos, sentimientos, necesidades, deseos, así como también ideas erróneas, engaños y/o desilusiones. Dicha interpretación nos ayuda a ver la conducta y a las personas como seres intencionales y, hasta cierto punto, predecibles (Allen, J., et al, 2008; Bateman, A., Fonagy, P., Luyten, P., 2012). La mentalización es un aspecto de la cognición social que yace en lo nuclear del ser humano, otorgando solidez al sentido de sí mismo –como agente continuo y unitario–, y en nuestra habilidad para participar en interacciones recíprocas, duraderas y efectivas con otras personas.

Centrarse en la experiencia subjetiva y la *intencionalidad* –es decir, en las fuerzas *dinámicas* que dirigen el comportamiento hu-

¹ Artículo original en inglés: Bleiberg, E. (2013) Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2(2), 295-330



mano- es el sello característico del enfoque psicodinámico. El marco de la mentalización enfatiza, sin embargo, no *lo que* tenemos en nuestra mente, es decir, el contenido de nuestros pensamientos y motivaciones, sino las capacidades y procesos que utilizamos para acceder e interpretar estados mentales. Al hacer esto, el concepto de mentalización une un marco clínico y teórico arraigado en la tradición psicodinámica y en la teoría del apego, con el esfuerzo de la neurociencia para aclarar los procesos cerebrales que subyacen a la capacidad mentalizadora (Frith & Frith, 2006; Luyten et al, 2012), y a las investigaciones sobre el desarrollo que tienen el objetivo de documentar las trayectorias que llevan a una sólida mentalización o a las disfunciones específicas asociadas con condiciones psicopatológicas (Fonagy et al, 2002; Allen et al 2008). Desde esta perspectiva todos los desórdenes psiquiátricos conllevan una mentalización disfuncional, conectada a trastornos en la experiencia personal y a una capacidad deteriorada para comprender y relacionarse con otras personas.

Un conjunto creciente de estudios de neuroimágenes (Luyten et al, 2012) documenta que la mentalización es una capacidad dinámica, afectada por el estrés y la impulsividad, particularmente en un contexto de relaciones de apego. Además, esta capacidad dinámica no es una habilidad unitaria o caracte-

rística sino una habilidad polifacética, cuya funcionalidad y adaptación residen en el equilibrio flexible entre varias dimensiones del procesamiento de la experiencia. Luyten et al, identificaron las siguientes cuatro dimensiones de la mentalización (Figura 1):

1. automática/ implícita - controlada/ explícita
2. centrada en lo interno – centrada en lo externo
3. orientada hacia el sí mismo - orientada hacia los demás
4. cognitiva – afectiva

Automática/implícita – controlada/explicita

La dimensión fundamental de la mentalización es la polaridad de la mentalización automática/implícita versus la mentalización controlada/explicita. La mentalización automática (Satpute & Lieberman, 2006) es una forma de proceso paralelo muy rápido e irreflexivo que es activado por señales o indicios específicos y que requiere poco esfuerzo, atención, conciencia o intención. Esta forma de procesamiento es no-verbal y está codificada como recuerdos implícitos cuya activación genera patrones procedimentales fisiológicos, motrices, perceptuales y afectivos.

Por otra parte, la mentalización controlada o explícita supone el proceso secuencial y relativamente lento de la representación de la experiencia. Requiere atención, consideración

Implícita/automática No consciente, no verbal, no reflexiva	VS	Explícita/controlada Consciente (o potencialmente consciente) verbalizable, reflexiva
Afectiva	VS	Cognitiva
Externa	VS	Interna
Sí mismo	VS	Otro

Figura 1: Dimensiones de la mentalización



y esfuerzo. Los recuerdos del procesamiento controlado están codificados como recuerdos explícitos que son potencialmente accesibles a la percepción consciente, y pueden ser verbalizados. La mentalización robusta, adaptable y equilibrada conlleva un cambio flexible: pasa de ser predominantemente automática a ser una mentalización más controlada y viceversa. Tal cambio es guiado por la toma de conciencia de los estados mentales de los otros y de uno mismo. Por ejemplo, cuando un hombre interactúa informal y lúdicamente con su esposa, utiliza sentimientos y patrones procedimentales automáticos, intuitivos e irreflexivos, sobre él mismo, sobre ella y sobre ambos en relación. Al darse cuenta que su mujer se ha vuelto inusualmente callada y emocionalmente distante, el comenzará a preguntarse qué es lo que va mal y qué le puede estar pasando por la cabeza a su mujer en ese momento.

Centrada en lo interno – centrada en lo interno

Una segunda dimensión en el procesamiento de la mentalización, emerge de las investigaciones en neuroimagen (Lieberman, 2007), y alude al procesamiento que se centra en los rasgos físicos visibles o acciones de uno mismo o de otras personas, o al proceso de imaginarse la experiencia subjetiva interna de uno mismo y de los demás que es, por definición, imposible de observar.

Orientada hacia el sí mismo – orientada hacia los demás

La mentalización también incluye un balance entre un foco en los estados mentales personales (orientación hacia sí mismo) y un foco en los estados mentales de los demás (orientación hacia los demás). (Dimaggio et al, 2008; Lombardo et al, 2010).

Cognitiva - afectiva

Finalmente, una buena mentalización implica la integración equilibrada de la *cognición* (descrita como “proposiciones de la teoría de la mente”, ej.: “Creo que Johnny cogió las galletas”), y del *afecto* (o procesamiento corporalizado o empático, ej.: “me siento mal –tú te sientes herido- debido a lo que te he dicho”) (Baron- Cohen et al, 2008).

Efectos del estrés y la excitación en el mentalizar

Como se ha mencionado antes, un aspecto esencial que repercute en la capacidad de mantener un equilibrio flexible y adaptable de la mentalización es el efecto del estrés y la impulsividad en cada modo del mentalizar. El estrés y la excitación elevados *facilitan* la mentalización automática, acompañada de la activación del sistema de apego, el cual, según Bowlby (1969; 1977; 1982; 1988) está preprogramado para ser “detonado” por el miedo y por señales internas que avisan del peligro que amenaza la supervivencia del individuo. La mentalización controlada, por otro lado, es facilitada por el incremento de la excitación, pero solo hasta un cierto nivel de estrés (el punto de quiebre) en cuyo punto la mentalización controlada se inhibe (Figura 2) (Arns-ten et al, 1998; 200; Mayes, 2006).

Sistemas neuronales asociados a la mentalización

Cada una de las cuatro dimensiones de la mentalización está relacionada con sistemas neuronales relativamente discretos. Por ejemplo, hay evidencias de estudios con neuroimágenes, que apuntan a dos sistemas neuronales diferentes que subyacen a la mentalización automática y controlada (Keysers & Gazzola 2007). La mentalización automática ha sido asociada a la activación de la amígdala, ganglios basales, corteza pre-



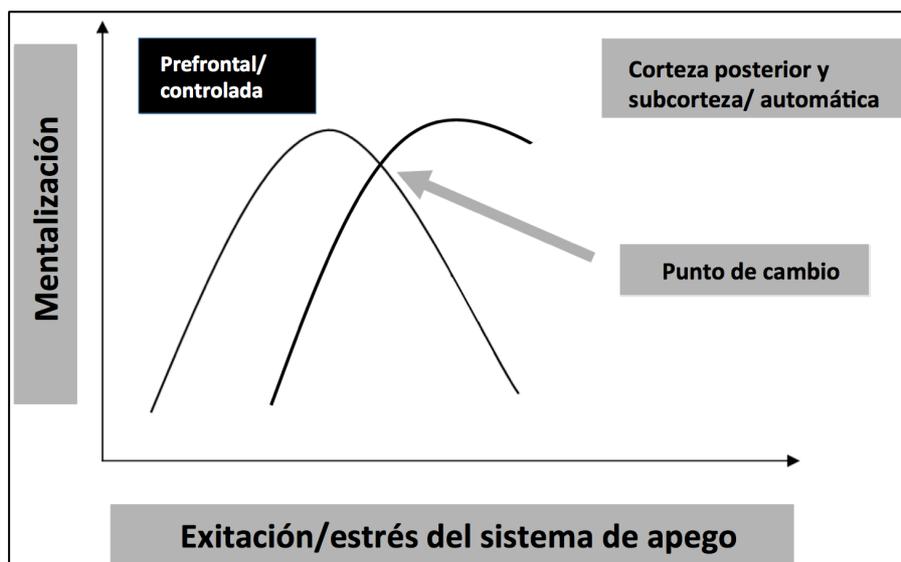


Figura 2: Un modelo de cambio comportamental de la relación entre el estrés y la mentalización controlada o automática (basado en Luyten et al., 2012)

frontal ventromedial, corteza temporal lateral, corteza cingulada dorsal anterior y del sistema de neuronas espejo. Son los circuitos cerebrales más primitivos filogenéticamente y dependen en gran medida de la información sensorial y del “emparejamiento” procedimental (experimentar los sentimientos de otras personas o suscitar sentimientos en la otra persona que coinciden con los nuestros). Los circuitos cerebrales implicados en la mentalización controlada incluyen la corteza prefrontal media, la corteza prefrontal lateral, la corteza parietal lateral, la corteza parietal media, el lóbulo temporal medio, y la corteza cingulada anterior. Esos son circuitos cerebrales más nuevos filogenéticamente, los cuales se apoyan en la información lingüística, categórica y simbólica, que tienen como objetivo generar coherencia representacional o narrativa (producir historias o categorías que sean coherentes y tengan sentido (Figura 3) (Lieberman, 2006; Uddin et al, 2007).

La habilidad mentalizadora del paciente

Un aspecto central del tratamiento basado en la mentalización es la evaluación y

monitoreo de las habilidades mentalizadoras individuales del paciente en cada dimensión, particularmente en los contextos específicos de apego en los cuales la mentalización queda comprometida. Por lo cual, la evaluación basada en la mentalización proporciona un perfil mentalizador específico como discutiremos más tarde. Los adolescentes, particularmente aquellos con síntomas de un trastorno límite de la personalidad incipiente, suelen presentar un perfil mentalizador caracterizado por el predominio de suposiciones irreflexivas, rígidas y automáticas, sostenidas con certeza injustificada acerca de los estados internos de la propia mente y/o de la mente de los demás, demasiado centrado en las características *externas* de ellos mismos y los otros, en la que se destacan estados *afectivos* abrumadores. Este perfil es evidente en un contexto de estrés asociado con el apego, el cual puede ser rápidamente activado. En tal contexto, los adolescentes hacen un esfuerzo típicamente inexacto y excesivo con el objetivo de interpretar los estados mentales de otras personas –hipermentalización–.

Por ejemplo, una chica de 16 años, al darse cuenta de que su terapeuta echó un vistazo al reloj para comprobar cuánto tiempo quedaba para terminar la sesión, exclamó: “¡Sé que no soportas mis reclamos y necesidades!”. Al relatar el incidente en una sesión de grupo ella “no podía dejar de pensar” que sus compañeros la consideraban “repugnante, gorda, con necesidades y una imbécil”.

Las intervenciones terapéuticas promovidas por el método basado en la mentalización tienen como objetivo restaurar o promover una mentalización más equilibrada en contextos específicos de apego y estrés en los cuales se pierde el equilibrio, adaptando las intervenciones a las capacidades de mentalización que el paciente muestra en ese momento.

¿Cómo surge la mentalización?: los precursores del mentalizar

El desarrollo de la mentalización está estrechamente asociado al hecho de que el bebé está “pre-adaptado” o “pre-dispuesto”, esto es, que está preparado biológicamente para relacionarse socialmente (Emde, 2005), una

disposición para la afiliación social que va a dirigir las habilidades sociales y cognitivas que constituyen las interacciones humanas (Stern, 2002).

El sistema de apego

El sistema de apego, como Bowlby (1969; 1977; 1982; 1988) señaló, se activa mediante el miedo, es decir, mediante señales internas que han sido asociadas por la evolución a la amenaza de la seguridad y la supervivencia del individuo. El estrés asociado a esas señales, tales como el hambre, el frío, o sonidos fuertes, activa un patrón de procedimiento de la fisiología, la motricidad, la vocalización y el afecto que ha evolucionado para buscar la disponibilidad de un cuidador (Bowlby, 1977; 1982), junto con la experiencia de una “sensación de seguridad” o “refugio seguro” (Sroufe and Waters, 1977). Este patrón se asocia con la desactivación del estado de estrés que es el resultado de la reacción del cuidador al dar una respuesta que coincide, que es recíproca, que protege y regula la angustia del niño y sus señales emocionales (Sroufe, 1996). Este patrón de interacción genera un “modelo operativo interno” (Bowlby, 1977; 1982) del sí mismo como efectivo y de los demás como receptivos, que subyace al pa-

IMPLÍCITA/AUTOMÁTICA	vs	EXPLÍCITA/CONTROLADA
Amígdala, ganglios basales, corteza prefrontal ventromedial, corteza cingulada dorsal anterior	vs	Corteza prefrontal lateral, corteza prefrontal media, corteza parietal lateral y media, lóbulo temporal medio, corteza cingulada rostral anterior
Circuitos primitivos dependientes de información sensorial (externa)	vs	Circuitos más avanzados, basados en procesamiento simbólico y lingüístico (interno)
Percibida, sentida, procedimental, no-consciente, no-verbal, no-reflexiva	vs	Interpretación consciente y verbal (o potencialmente consciente), reflexiva
Rápida, requiere poco esfuerzo, poca atención focalizada o intención	vs	Más lenta, secuencial, requiere atención, intención y esfuerzo
Facilitada por la excitación	vs	Inhibida por la excitación

Figura 3: Mentalización implícita/automática vs. explícita/controlada

trón de apego seguro. Cuando el estrés se desactiva se activa la exploración y el aprendizaje, dando paso a una expectativa procedimental del infante en tanto eficaz a la hora de suscitar respuestas tranquilizadoras y protectoras por parte de cuidadores receptivos.

Investigaciones en la infancia demuestran que los niños están dispuestos y son capaces de orientarse hacia otros seres humanos (Stern, 1985; 2004), y de reconocer y buscar una relación *contingente* (causa-efecto) entre sus señales emocionales (como el llanto de un bebé) y el resultado social de esa señal (Gergely, 2004). Por ejemplo, cuando un padre responde a los llantos del niño diciendo “*cariño, tienes muchísima hambre*” y después procede a calmar al bebé y hacerlo sentir mejor, alimentándolo, el bebé está listo para relacionar que la respuesta del padre es *contingente* –está causada– por su llanto.

Equivalencia psíquica

Esta disposición para buscar un “*emparejamiento*” *contingente y procedimental* es un conductor del primer modo de procesamiento prementalizador: *la equivalencia psíquica*. En la equivalencia psíquica los niños tratan de provocar un “emparejamiento” en otro ser humano de su estado interno procedimental de afecto y activación fisiológica. Este precursor de la mentalización incluye la activación del sistema de neuronas espejo, el cual está implicado en la comprensión –en un sentido automático, implícito y corporal–, de las emociones y acciones de otras personas y en la evocación en otras personas de una comprensión corporal de nuestras emociones y actos (Gallese et al, 2004). Esta disposición genera la convicción de que “lo que siento y percibo” es lo mismo – está emparejado- a lo que otros sienten y perciben.

Esta combinación de lo que es el “yo” – (lo que yo experimento)- y lo que asumo que comparto con otros, puede ser encantador.

Como cuando se le pregunta a un niño de tres años qué es lo que su madre quiere por su cumpleaños, y el niño responde sin duda alguna: “*una nave espacial*”. Es con esa misma seguridad con la que el mismo niño simplemente sabría que “hay un monstruo debajo de la cama” a pesar del esfuerzo de sus padres por tranquilizarle. Esta seguridad indica para él que “lo que está en mi mente” es “lo que es real”.

Otra ilustración del isomorfismo entre “mental” y “real” se encuentra en los adultos que experimentan recuerdos traumáticos como si se trataran de sentimientos reales, los cuales son revividos en vez de recordados. La joven citada anteriormente que reacciona enfurecidamente cuando su terapeuta mira el reloj con la convicción de que “si yo pienso que odia estar conmigo y desea que me vaya, entonces él *realmente* odia estar conmigo y *está deseando* que me vaya, me está echando”, es una asimilación frecuentemente experimentada por pacientes con TLP.

El desarrollo de la mentalización controlada/explicita requiere un aporte ambiental particular dado por un contexto de apego. Como muestra la observación cuidadosa de las interacciones madre-hijo (Tronick, 2007; Sroufe, 2005; Stern, 2004), el cuidador promedio sintoniza con éxito a las señales que le da su hijo un tercio de las veces, un porcentaje probablemente mejor que los que tienen la mayoría de terapeutas con sus pacientes. La mayoría de cuidadores mantienen una interacción altamente contingente (Moveland and Watson, 2002) mediante el uso de señales comunicativas tales como el contacto visual y la exageración (también llamada “marcaje” [Gergely, 2004]), y un “espejamiento” ligeramente distorsionado de las señales afectivas del niño: la imitación exagerada que es obvia en los arrumacos y carantoñas (*motherese* en inglés).



Estas cualidades de apego parecen facilitar algunas condiciones de desarrollo interrelacionadas y algunos logros:

- 1) *El mantenimiento de un nivel de activación “óptimo”*. Este es el punto de activación que ni es desmesurado, ni induce a la pelea (agresión), ni al congelamiento (disociación), ni a la huida (ansiedad), ni falla al relacionarse.
- 2) *La activación de la atención y el aprendizaje*: una excitación óptima en la presencia de una figura de apego reguladora que imita contingentemente en un tono emocional y acompasado, y marca esta respuesta, activa la atención y el aprendizaje (Csibra y Gergely, 2006). Esta activación del aprendizaje, sugieren Csibra y Gergely, es una adaptación evolutiva para la *pedagogía*, una disposición interna para adquirir información vital y social en el contexto de apego. Como Csibra y Gergely señalan, parecería que el contexto de apego ha evolucionado para inducir al bebé a responder al mensaje: “presta atención, voy a enseñarte unos conocimientos esenciales – como ‘hacer y no hacer’, el lenguaje y, como

veremos, *la mentalización*- que debes adquirir para sobrevivir y adaptarte”. Un apego sintonizado y contingente parece advertir al niño de que adquirir información nueva es algo seguro.

- 3) *La adquisición de control voluntario de la atención*: la imitación contingente y remarcada parece facilitar la llegada simultánea de las estructuras cerebrales subyacentes a la capacidad de dirigir la atención voluntariamente (Fearon y Belsky, 2004). La habilidad para dirigir la atención, a su vez, permite a los niños adquirir una perspectiva personal, esto es que aquello que ven *no es necesariamente* lo que otros ven; en cambio, ellos pueden *dirigir* la atención de otros hacia su propia perspectiva, un hito del desarrollo –atención conjunta– que se consigue normalmente a los 9 meses (Figura 4). (Baron –Cohen, 2005).

- 4) *El “desacoplamiento” de lo mental y procedimental y la representación de la experiencia*: La respuesta contingente de “espejamiento” y “marcaje” del cuidador no se presenta a los niños como una copia de su propia respuesta –los padres no lloran como

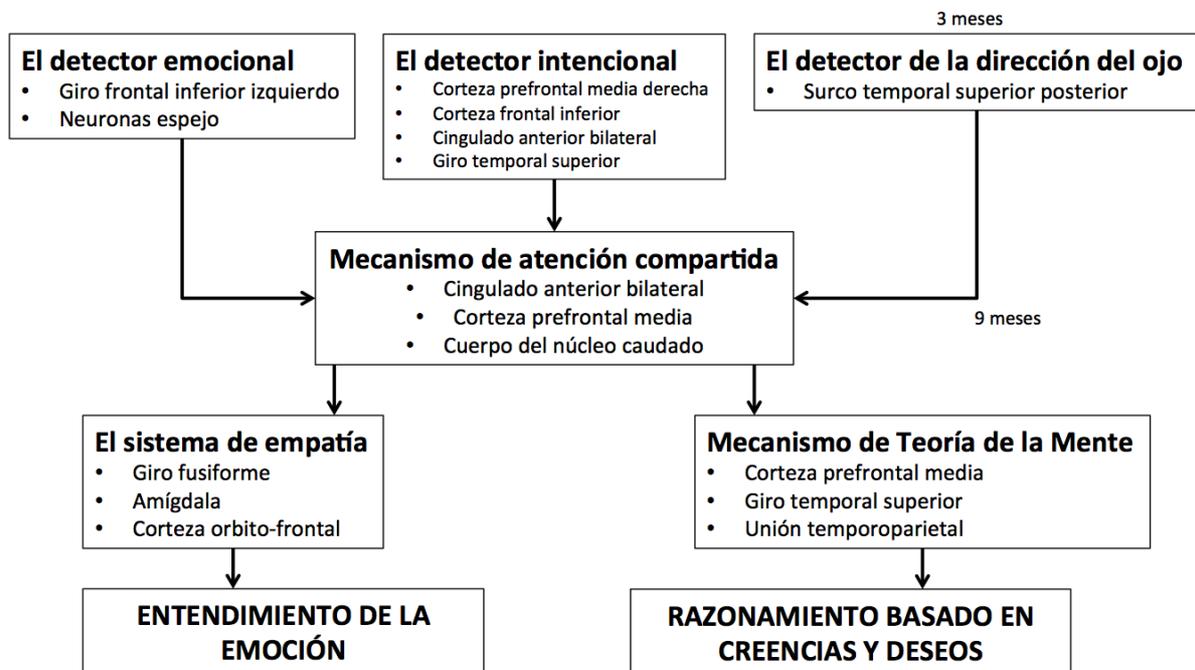


Figura 4: Modelo del cerebro social de Baron-Cohen

respuesta al llanto de su bebé-. Esta respuesta marcada y contingente capta las claves de los estados internos, pero los refleja con una conducta diferente. Esta respuesta, como sugiere Stern (1985), ayuda a los niños a desacoplar sus estados emocionales internos del comportamiento observable, es decir, cambia la atención del niño hacia sus propios estados mentales y los de su cuidador. Asimismo, las conductas son “marcadas”, es decir, exageradas, ralentizadas y suponen mucho contacto visual y contingente. Este “marcaje” parece decisivo en ayudar a los niños a entender que la demostración del cuidador refleja más la perspectiva del cuidador en sí, -la representación que se hace del estado mental del niño-, que los estados mentales propios del cuidador. Este proceso es crucial para permitir al niño interiorizar la representación de su propia experiencia, un proceso que da vida a la afirmación de Winnicott (1957) de que los bebés se encuentran a *sí mismos* cuando miran a la cara a su madre. Interiorizar el *reflejo* o representación de su propia experiencia emocional parece poner en marcha la capacidad del infante de representar una experiencia interna, es decir, procesar y experimentar los pensamientos no como un objeto que existe inmutablemente, sino como unos pensamientos o sentimientos que transmiten una perspectiva que puede cambiar, combinarse con otros para formar categorías -como una categoría para abarcar todas las imágenes mentales de diferentes cuidadores-, adquirir significados y valor simbólico -un pensamiento o estado mental puede representar otros, como una palabra puede describir todo un grupo de objetos o acontecimientos- y atribuir intenciones, pensamientos y emociones de otros que podrían ser diferentes a la de uno mismo (Fonagy et al 2002).

5) *El “modo hacer de cuenta” y el amalgamamiento de la mentalización automática/ implícita/ procedimental con la mentaliza-*

ción controlada/ explícita y representacional: la aparición de las habilidades representacionales genera un modo de procesamiento que permite a los niños jugar con múltiples perspectivas sin experimentar consecuencias en la realidad sino, en cambio, como una experiencia completamente desconectada de la realidad. Practicar y perfeccionar el procesamiento simbólico/ representacional podría, de hecho, ser una de las funciones evolutivas claves del juego y una razón para su preservación en el desarrollo del niño en todas las culturas. Jugar - el “hacer de cuenta”, la suspensión de la incredulidad- colapsa si alguien pregunta a un niño que finge felizmente disparar con su “dedo-pistola”, si el dedo es “realmente un dedo o un arma”. El modo “hacer de cuenta” no se conecta con lo real, hasta que se logra una integración funcional de la mentalización automática con la mentalización controlada. La integración funcional de la equivalencia psíquica generada por la mentalización automática/ procedimental/ implícita y el modo hacer de cuenta que resulta de la mentalización controlada/ representacional/ explícita, tiene lugar normalmente entre los 3 y 5 años, llevando esta integración de modos prementalizadores, a la mentalización. Un precursor de esta integración es un modo de procesamiento, el *modo teleológico*, en el cual los estados mentales no pueden reconocerse necesariamente como compartidos sino que solo “cuentan” cuando se expresan en una conducta abierta y observable, un fenómeno bastante común en una personalidad límite o borderline, por ejemplo, “*solo siento que me amas si me abrazas*”. Estudios con neuroimagen (Pronin et al, 2004) señalan que la activación de ciertas regiones de la corteza prefrontal modula e inhibe la disposición automática a la equivalencia psíquica y la fusión con la experiencia.



6) La mentalización propiamente tal es por lo tanto una adquisición del desarrollo que abarca un primer (e instantáneo) sistema que superpone automáticamente el self sobre el otro y del otro sobre el self, seguido por un segundo sistema, en el que participan la corteza prefrontal media y la corteza cingulada anterior, el cual procesa información de la propia persona y de los demás de forma más controlada, abstracta y simbólica, y es accesible a la introspección y verbalización, permitiendo considerar que otros tienen mente con intenciones, perspectivas, pensamientos y sentimientos que pueden ser diferentes de los propios (Frith, 2007, Uddin et al, 2007).

Básicamente, los trastornos psicológicos pueden ser conceptualizados como fallas de la mente al representar y mentalizar su propia actividad, y las intenciones y contenidos de ella misma y de los demás. Esto puede ser persistente, como por ejemplo en el autismo; esporádicamente, como en un episodio maníaco en un trastorno bipolar; o en estados particulares, como por ejemplo en situaciones de estrés; o en contextos interpersonales o emocionales específicos, como en la aparición de trastornos de la personalidad dramáticos en la adolescencia.

Cambios neurológicos del desarrollo, mentalización y características de la personalidad límite que emergen en la adolescencia

A lo largo de las últimas tres décadas, clínicos e investigadores (Bleiberg, 2001; Channen et al 2004; Ludolph et al, 1990; Winograd et al 2008) han observado, cada vez con mayor base empírica, que un porcentaje sustancial de adolescentes presentan síntomas de desregulación afectiva, impulsividad, e inestabilidad en sus relaciones y en la propia imagen de sí mismos. Estos síntomas son apenas distinguibles del cuadro que reuniría los criterios para

el diagnóstico de un trastorno límite de la personalidad (TLP) en personas mayores de 18 años.

La aparición de estos síntomas deben ser observados bajo el contexto de alta vulnerabilidad adolescente a los problemas psiquiátricos ya al quiebre en la capacidad de adaptación. Empezando por el clásico estudio de Offer y Offer (1975) sobre chicos adolescentes, el cual revelaba que de un cuarto a un tercio de los adolescentes experimentan esta etapa como tumultuosa, marcada por la vulnerabilidad a quiebres adaptativos, a tormentas emocionales, impulsividad, comportamientos autolesivos, estados de ánimo dramáticos y rápidamente cambiantes, al sufrimiento generalizado, al deterioro en la competencia para afrontar situaciones difíciles y adaptarse, a dificultades con la identidad, conflictos con los padres, y cuestionamientos dolorosos sobre la propia autoestima.

Estudios epidemiológicos (Angold and Costello, 2001; Moffit et al, 2002; Offord et al, 1987) apuntan a un incremento en la tasa de trastornos psiquiátricos en la adolescencia, mostrando como tanto los problemas de internalización como de externalización aumentan durante esta etapa. En la historia natural de la mayoría de trastornos psiquiátricos, incluidos la depresión, el abuso y dependencia de drogas, trastornos bipolares, trastornos alimentarios, y trastornos psicóticos, el inicio de la adolescencia juega un papel muy importante en la aparición, organización y/o exacerbación de esos trastornos.

Disrupciones en la mentalización

Hay cada vez más evidencia que indica que los déficits en la mentalización están a la base de la mayor vulnerabilidad adolescente a sufrir quiebres de la capacidad de adaptación, psicopatología en general, y a la sintomatología del trastorno límite, en particular.



Fonagy y Luyten (2009) resumieron un gran conjunto de investigaciones neurocientíficas que sostienen la opinión de que los pacientes adultos con TLP parecen tener un umbral más bajo para la activación del sistema lucha-huida (Jogems-Kosterman et al, 2007) asociada a una tendencia a desactivar la mentalización explícita/ representacional/ controlada. Como se ha mencionado antes, este aspecto de la mentalización es mediado por la corteza prefrontal lateral, la corteza prefrontal media, la corteza parietal media y la corteza cingulada anterior. Estas estructuras sufren una reorganización masiva durante la adolescencia, como veremos más abajo.

Reorganización de la estructura cerebral en la adolescencia

La evidencia citada por Fonagy y Luyten (2009), documenta que en adultos con TLP, la excitación emocional lleva a la hiperactivación de la amígdala y una rápida y desactivación de los circuitos neuronales específicos implicados en la mentalización explícita/ representacional/ controlada, centrada internamente y de los aspectos cognitivos de la mentalización. Esta desactivación conduce a un “cambio” hacia el procesamiento afectivo implícito/procedimental/ automático y externamente centrado, que involucra la amígdala, los ganglios basales, y la corteza prefrontal ventromedial. Siever y Weinstein (2009), concluyen que en pacientes con TLP las áreas de la corteza prefrontal que son las responsables del juicio social, la evaluación de las emociones y la regulación “de arriba abajo”² del afecto no son utilizadas efectivamente en la supresión o

modulación de la actividad límbica que genera agresividad, inestabilidad afectiva y procesamiento automático observado en la “equivalencia psíquica”. Estos marcadores neurobiológicos del TLP son sorprendentemente similares a las características normales del neurodesarrollo del cerebro adolescente (Giedd et al, 1999; Gogtay et al, 2004, Sowell et al 2003; Sowell et al, 2007) las cuales implican una significativa reestructuración y transformación del cerebro.

Esta transformación normal del cerebro del adolescente es evidente en la disminución o “poda” del volumen de materia gris, particularmente en las estructuras cerebrales encargadas de la cognición social y mentalización. Estas estructuras experimentan un crecimiento constante y un aumento de su volumen hasta la pubertad, a partir de entonces comienzan a disminuir visiblemente. Es decir, la trayectoria del crecimiento de la materia gris en la corteza prefrontal se asemeja a la letra U invertida, alcanzando la cúspide de mayor volumen y “grosor” a la edad de 12 años.

Mientras la “poda neuronal” se gesta durante la adolescencia, el aumento de la densidad materia blanca (mielina) mejora la conectividad con las zonas de materia gris que no serán podados (Toga, 2000; Spear 2007).

Estos hallazgos sugieren que la adolescencia podría ser una etapa crítica en el desarrollo de la mentalización y la cognición social. Durante la adolescencia, la capacidad de atribuir significado emocional a las señales sociales, de regular las respuestas emocionales, y de inhibir las reacciones automáticas y defensivas en las interacciones sociales, madura al ser favorecida por una comunicación más rápida, eficiente y específica entre centros cerebrales especializados (Nelson et al, 2005; Spear, 2007).

Estudios de la conducta y de neuroimagen evidencian el impacto de la reorganización del cerebro en la capacidad de mentalización y en la capacidad social cognitiva del adolescente,

² De arriba a abajo: “top down”. Se entiende con este término la dirección de los procesos cerebrales que comienzan en las áreas mas complejas del cerebro (la corteza) y que regulan áreas mas primitivas, como el sistema límbico. (N del T).



particularmente generando un trastorno de ciertos aspectos de la función ejecutiva, de la inhibición impulsiva, de control voluntario de la atención, del autocontrol emocional y de la habilidad general para integrar y equilibrar la mentalización implícita/ procedimental/ automática y la mentalización explícita/ representacional/ controlada de manera funcional. (Casey et al, 2000; Dahl, 2001; Pine et al, 2002),

Por ejemplo, la capacidad de tomar diferentes perspectivas sociales es afectada durante la adolescencia (Choudhury et al, 2006). La capacidad de decidir si ciertas palabras coinciden con la expresión de ciertas emociones disminuye en velocidad y exactitud (Killgore et al, 2001), pues los adolescentes son notablemente menos capaces de activar la corteza frontal y prefrontal al leer las emociones transmitidas implícita y procedimentalmente en una imagen de una cara humana. Por otro lado, al responder a la pregunta explícita/verbal/ y simbólica, como si es “una buena idea nadar con tiburones”, los adolescentes son bastante menos efectivos que los adultos en concluir que es una “mala idea” esa forma tan arriesgada de comportarse. Estas diferencias en la efectividad se correlacionan con la mayor activación de la ínsula y el área fusiforme facial (FFA) del adulto cuando responde a la pregunta sobre el riesgo de nadar con tiburones, revelando una capacidad para evaluar posibles consecuencias al conectar el procesamiento explícito, controlado, y reflexivo con el procesamiento implícito, automático y procedimental que proporciona una sensación corporal del “ser en peligro” (Damasio, 1999). La respuesta del cerebro del adolescente, por otra parte, permanece en gran medida en la corteza prefrontal dorsolateral con mínima actividad límbica que permite que el riesgo sea sentido como “real”: el riesgo solo queda en un “hacer de cuenta” exclusivamente representacional, que fracasa en integrar “lo mental” con “lo real”. Sharp (Sharp et al 2011)

aporta evidencia de hipermentalización (esto es una mentalización exagerada y poco exacta) en adolescentes que cumplen los criterios para el TLP y parecen fallar en sus intentos de integrar la cognición y el afecto.

Esta evidencia, por lo tanto, apunta a cambios del desarrollo neurológico en la adolescencia que afectan y probablemente generan alteraciones en la capacidad de la mentalización explícita y controlada de regular el ánimo, el afecto y la impulsividad, una capacidad que se retrasa en el desarrollo hasta que la maduración de los circuitos cerebrales subyacentes se completa aproximadamente a los 20 años de edad (Gied, et al, 1999; Yurgelun-Todd and Killgore, 2006; Wang et al, 2006). Los cambios que ocurren en una adolescencia normal se presentan exagerados y significativamente amplificados en el caso de adolescentes cuya capacidad de adaptación y sintomatología cumple los criterios del TLP y parecen persistir en aquellos adultos que continúan mostrando sintomatología de TLP, como abordaremos después.

La aparición del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia

Los niños a punto de llegar a la adolescencia con una capacidad débil para mentalizar son menos capaces para enfrentarse a los desafíos del desarrollo adolescente. Les cuesta más integrarse en un cuerpo que ha cambiado considerablemente; en una conciencia personal reorganizada; en controlar los mayores impulsos de la sexualidad y de la nueva capacidad procreativa; en regular una mayor intensidad afectiva; en manejar mejor la abstracción y simbolización; en hacer frente a la presión de los pares con respecto a normas y expectativas, y a las demandas de la transición a roles más adultos; a la autonomía, separación e intimidad en las relaciones. El contexto en el cual estos cambios del desarrollo se producen, abarca las estructuras y valores de la



cultura, las presiones económicas y las oportunidades, la propia historia familiar y su funcionamiento actual y, fundamentalmente, un cerebro que sufre una reorganización masiva que compromete su capacidad para tomar diversas perspectivas, activar la regulación “de arriba abajo” del estrés, del afecto exagerado y del sistema de apego. Es esta “tormenta perfecta” biopsicosocial que probablemente crea las condiciones para la vulnerabilidad en la capacidad de adaptación y la aparición de TLP en muchos adolescentes. Como Baird et al, (2005) describieron, el efecto de los cambios del desarrollo neuronal en adolescentes vulnerables es como “atar un motor de 330 caballos a una caja de cartón” (p1046). La “caja” en cuestión es la frágil habilidad para mentalizar, una habilidad que se pierde precipitadamente cuanto el “motor de 330 caballos” de las necesidades de la excitación emocional y apego se activan. Mecanismos de defensa, tales como la inhibición activa de la mentalización, probablemente se organizan durante la adolescencia con el objetivo de enfrentarse a la intensa desesperación e indefensión adolescente.

En resumen, la adolescencia parece ser el punto del desarrollo en el cual las dificultades precoces en el apego y en el desarrollo de la mentalización aúna esfuerzos con la reorganización del desarrollo neuronal que debilita la mentalización y la regulación del afecto mediada por la mentalización, el control de los impulsos y la capacidad de representar al sí mismo y a sus relaciones. Esta convergencia tiene lugar en una época de múltiples demandas psicosociales y retos del desarrollo que por lo tanto crean las condiciones de la expresión sintomática del TLP.

Las raíces de un déficit en la mentalización pueden ser rastreadas hasta la interacción entre las vulnerabilidades constitucionales (Koenisberg et al, 2002; New et al, 2008; Ni et al, 2007; 2009; Siever et al, 2002; Skodol et al, 2002) y la exposición al abandono, trauma y invalidación en las primeras relaciones de

apego (Battle et al, 2004; Crawford et al, 2009; Johnson et al 2006; Lyons-Ruth et al, 2005; Zanarini, 2009).

TLP: Familiar y hereditario

Estudios de pacientes psiquiátricos (White et al, 2003; Zanarini et al, 2009) muestran que el TLP es común entre miembros de una misma familia, y estudios con gemelos (Bornovalova et al, 2009; Distel et al, 2008; Torgersen et al, 2008) documentan que el TLP es hereditario. El modelo de desarrollo que mejor describe la aparición de los fallos de la mentalización característicos del TLP es un modelo transaccional “diátesis-estrés. Este modelo fue evaluado por Belsky et al (2012) en un estudio longitudinal prospectivo con una cohorte de nacimientos de 1.116 familias. Este estudio demostró que los factores constitucionales (diátesis), por ejemplo, temperamento agresivo o ansioso o la disposición constitucional para la intensa afectividad negativa, inestable y reactiva, y el bajo umbral para la activación de respuestas motoras impulsivas, ejercen influencia en el entorno mediante:

- a) el impacto de la capacidad de los padres para sintonizar emocionalmente y mentalizar, particularmente en los padres con un temperamento similar y/o historia de trauma
- b) el deterioro de la capacidad del niño para beneficiarse de las cualidades reguladoras de una relación de apego.

La desorganización del apego

El desarrollo apego desorganizado esta inmerso en una compleja cascada del del desarrollo (Carlson et al, 2009; Kobak et al, 2009). Las condiciones para la desorganización del apego están presentes cuando las señales de angustia del niño y la activación del apego evocan aflicción y una respuesta no mentalizadora en el cuidador. La respuesta



defensiva de los cuidadores de “lucha-o-huída”, tiene como resultado un incremento de la angustia y una desregulación en el niño, en lugar de la desactivación de la angustia provocada por el emparejamiento contingente. Pero la angustia elevada también desencadena la activación del apego, poniendo en marcha un círculo vicioso de angustia y apego, engendrando más angustia y más activación del apego y menos mentalización en el cuidador y el niño. El resultado es un “desencadenamiento facilitado” de la hiperactivación del sistema de apego que se manifiesta en un “tempo acelerado de la intimidad en las relaciones interpersonales” (Allen et al, 2008; p277), pérdida de mentalización y reacciones emocionales catastróficas ante la perspectiva de rechazo, pérdida, o no-sintonización. Esta pérdida de mentalización mutua aumenta el comportamiento controlador, coercitivo y defensivo.

Es importante destacar que el estrés exacerbado asociado con la hiperactivación del apego prepara al cerebro para responder más rápidamente al estrés con la disociación entre la mentalización implícita/ procedimental/ automática y la mentalización explícita/ representacional/controlada. Esto quiere decir, como muestra la Figura 5, que se produce un

descenso del umbral para la *disociación* (Arnsten, 2000; Mayes, 2006) de la mentalización automática y controlada.

Disociación

En la adolescencia, estos jóvenes vulnerables muestran una tendencia a perder la mentalización y a disociar la mentalización controlada y automática, la cual se dispara por el estrés, la pérdida, el rechazo o el fracaso de sus interlocutores en sintonizar con ellos (Stiglmayr et al, 2008). Estos “detonantes” suscitan estados abrumadores de hiperexcitación, descontrol subjetivo, y una sensación interna de “derrumbarse”, reflejo de la pérdida del sentido de coherencia que otorga la mentalización controlada.

Los adolescentes comienzan a prever este colapso en la mentalización y buscan *activamente* la disociación como defensa, antes de que disociación y la pérdida del control les afecte pasivamente. Por lo tanto, pretenden “distraerse” o “insensibilizarse” con una variedad de patrones adictivos o semejantes a la adicción como las autolesiones deliberadas (Coid, 1993), purgas, consumo de drogas, promiscuidad o escapar hacia una existencia falsa, fácilmente disponible en internet. Sin embargo, la conducta adictiva e insensibiliza-

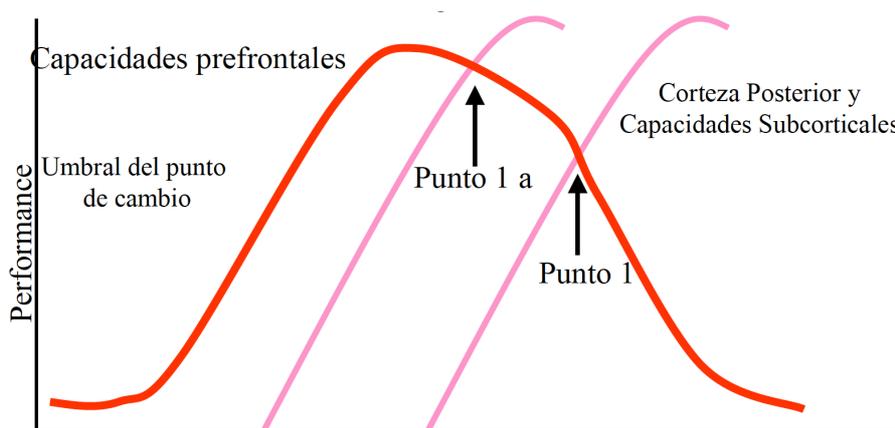


Figura 5: Adaptación de el modelo de sistemas duales de activación: implicación de la hiperactivación del apego (Mayes, 2000)



dora incrementa la desorganización del apego y la desregulación psicofisiológica, mientras que excluye a los jóvenes de oportunidades para desarrollar competencias, marginalizándolos de sus pares más convencionales, e incrementando su implicación con pares más marginales y con patrones desadaptados en la regulación del afecto y al lidiar con situaciones difíciles. (Fergusson y Horwood, 1999; DeClerq y De Fruyt, 2003).

Además, los esfuerzos disociativos, aunque producen cierto alivio y una sensación ilusoria de control, intensifican también la desconexión del joven con su propia subjetividad, y con el sentido de intencionalidad y autonomía (Branow et al, 2005; Bradley et al, 2005). Por lo que se encuentran a sí mismos cayendo cada vez más en una desesperación, resistente a la comprensión que la mentalización controlada hace posible cuando nos permite acceder a nuestra propia subjetividad y a los medios verbales y representacionales para comunicar nuestra experiencia. Al mismo tiempo, al estar privados del acceso a su propia intencionalidad, ellos experimentan su conducta como si les estuviera “ocurriendo” a ellos, en tanto que sus acciones, llevadas a cabo por el afecto poderoso y no-procesado, les llevan a ejecutar respuestas “automáticas” las cuales ellos presencian como alguien que ve una película. Finalmente, al desconectarse de su propia subjetividad, se sienten adormecidos o insensibles.

La disociación también compromete el acceso a la experiencia subjetiva de otras personas y de esta manera conduce a una mayor soledad, puesto que no solo se sienten privados de la presencia de otro, sino también de la mentalización a través de la cual se logra una sensación de conexión y reciprocidad con otros seres humanos. Por ello, hipermentalizan desesperadamente (Sharp et al, 2011), leyendo sospechosamente en las caras de otros un anticipado desaire o desprecio.

Pero la soledad intensifica la angustia e hiperactiva el apego, alimentando de esta manera la necesidad que tienen los adolescentes de suscitar de una forma coercitiva, mediante la manipulación y el uso del modo prementizador “teleológico” físicamente observable, respuestas emparejadas de un otro. Este “emparejamiento” garantiza, de manera concreta, la reciprocidad que contrarresta los sentimientos de soledad y auto-fragmentación.

El círculo de la mentalización

Para completar este círculo vicioso, debe agregarse que la conducta coercitiva y manipuladora del joven despierta emociones intensas en los otros, incluidos los padres, profesores y terapeutas. Los padres se suelen sentir cada vez más fuera de control, ansiosos, encolerizados, paralizados e incapaces de mentalizar (Diamond y Liddle, 1999; Solomon y George, 1996). En respuesta a su propia pérdida de mentalización, los padres intentan incluso controlar más desesperadamente a sus hijos y aplacar su manipulación y mal comportamiento, una actitud que refuerza normalmente la retirada de la mentalización del adolescente. Así, en una secuencia bastante trágica, los intentos adolescentes de enfrentarse a la soledad y a la pérdida del control mediante la inhibición de la mentalización y el uso de patrones de comportamiento adictivos, no mentalizantes y coercitivos, evocan la coerción y la pérdida de mentalización de los padres y otros. Esto resulta en un círculo vicioso que se autoreforza y autoperpetúa, que deja a las familias sintiéndose atascadas, exhaustas y enfrentadas en una carrera armamentista no-mentalizante el sufrimiento y la inadaptación permanentes (Figura 6).



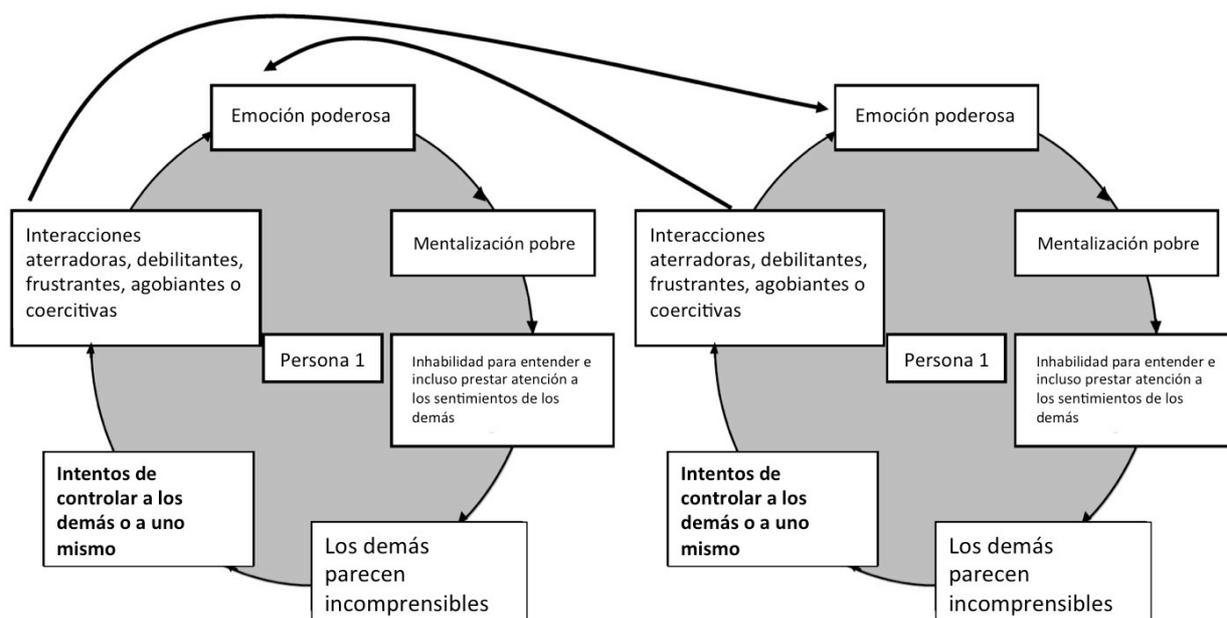


Figura 6: Círculos viciosos de los problemas de mentalización en el contexto familiar

Terapia basada en la mentalización para la descompensación adolescente y el trastorno de personalidad límite incipiente (TBM-A)

Las implicaciones de este modelo de descompensación adolescente y de la aparición del trastorno límite en la adolescencia implica un abordaje terapéutico enfocado en promover la capacidad de mentalizar de los adolescentes y sus familias en el contexto de estrés emocional en las relaciones de apego. Enfocarse en el promover la mentalización mientras se estimula el sistema de apego, provee de un marco conceptual y clínico que puede estructurar el tratamiento y organizar sus intervenciones en un modelo coherente

La terapia basada en la mentalización (TBM) fue originalmente desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy (2004; 2006) con el objetivo de tratar el TLP en adultos. La TMB-B es apoyada fuertemente por pruebas empíricas que demuestran la efectivi-

dad en el tratamiento de los adultos con TLP (Bateman y Fonagy, 2008; 2009).

Desde el mismo tronco común del TBM, modelos con variados grados de evidencia empírica de efectividad, se han desarrollado tratamientos para familias (Asen, 2012); para la personalidad antisocial (Bateman y Fonagy, 2012); para madres y niños en riesgo (Slade y Sadler, 2007; Suchman et al, 2012); para trastornos de la alimentación (Skarderud y Fonagy, 2012); para la depresión (Luyten et al, 2012); para el trauma (Allen; 2012); para la adicción a las drogas (Philips et al 2012) y, como discutiremos en este capítulo, para adolescentes (TBM-A) (Bleiberg et al, 2012). Las pruebas empíricas del TBM-A son preliminares aunque sumamente alentadoras (Rossouw & Fonagy, 2012).

El elemento común en todos los protocolos de TMB es, en resumen, colocar la mentalización en el centro del tratamiento. El TBM no se define por una estructura de técnicas específicas sino por el proceso de estimular la

mentalización mientras que se desarrolla una relación de apego: esto es restablecer la mentalización cuando se pierde y mantenerla en funcionamiento cuando está presente.

Con el objetivo de estimular la mentalización, la mente del paciente, es decir la experiencia subjetiva del paciente, se vuelve el centro del tratamiento. El objetivo es que los pacientes y sus familias sepan más sobre cómo piensan y se sienten sobre sí mismos, sobre otros y sobre ellos mismos en relación con otras personas; cómo sus pensamientos y sentimientos dan una dirección y un significado a su conducta; y cómo las distorsiones que tienen al comprenderse a sí mismos y a los demás llevan a una conducta inadaptada, incluso cuando tal conducta suele ser un esfuerzo para mantener cierta sensación de seguridad, estabilidad y control, para controlar los sentimientos angustiantes e incomprensibles.

Es importante considerar en el marco de la mentalización, la gran vulnerabilidad que tienen para que su mentalización decaiga, en particular los adolescentes con TLP, como hemos señalado anteriormente. Por lo tanto, es de vital importancia en el TBM-A reconocer la necesidad propia de la etapa adolescente del un “andamiaje mentalizador”, normalmente proporcionado por la familia del adolescente, que apoya y actúa de puente en la transición del adolescente a una mayor competencia de mentalización y estabilidad.

Pero las interacciones no-mentalizadoras y coercitivas en familias de adolescentes con TLP, refuerzan la no-mentalización tanto en adolescentes como en sus padres, algo que lleva a círculos viciosos y los refuerza, ya impasses sin solución. Como hemos destacado antes, los padres agonizan, sintiéndose atascados, indefensos, enfadados y avergonzados, dando lugar a castigarlos, criticarlos, rechazarlos antes de entenderlos, mentalizar y ofrecerles un apoyo empático, proporcionales límites efectivos y servir como modelo para conectar los pensamientos y sentimientos, y

para manejar la excitación emocional sin “apagar” la mentalización.

De este modo, un objetivo básico del TBM-A es ayudar a las familias a reemplazar los ciclos coercitivos y no mentalizadores por discusiones mentalizadoras que puedan dar paso a un optimismo realista que se asocia a una sensación de elección y autonomía, a una comunicación más efectiva y a una mayor confianza.

La noción de ciclos coercitivos, conducidos por la activación emocional y amenazas a la seguridad y la continuidad del sí mismo y sus figuras de apego, ayuda a los padres a apreciar la naturaleza de los problemas experimentados por los adolescentes y sus familias y define un objetivo crucial: conseguir que los padres participen en el tratamiento. Esta participación intenta conseguir cambiar las discusiones sobre “comportamientos que se necesitan controlar”, discusiones que parecen un “diálogo de sordos” entre los padres que se lamentan del comportamiento “fuera de control” de sus hijos los cuales se enfurecen y rechazan los intentos de sus padres para controlarles, en conversaciones mentalizadoras que permitan a los miembros de la familia “oír” y comprender la perspectiva de cada uno. Este cambio tiene el propósito de reavivar los marcadores de la mentalización: curiosidad, respeto, empatía, mutualidad, y autonomía en todos los miembros de la familia. La empatía, por supuesto, no descarta el establecimiento de límites. Los procesos de apego que propician la mentalización, como hemos mencionado antes, están contruidos en una base de confianza engendrada por unos cuidados efectivos, sensibles, y reguladores, que incluyen apoyo y contención del estrés y de reacciones defensivas automáticas de lucha-o-huida, que llevan conductas destructivas y auto-destructivas.

El TBM-A se encuadra por lo tanto en ayudar a los padres a mantener su propia mentalización primero, de manera que puedan apoyar la mentalización de sus hijos, algo



así como las instrucciones de seguridad dadas por una azafata de una aerolínea, la cual indica que los padres se pongan en primer lugar la máscara de oxígeno, antes de buscar la forma de ayudar a sus hijos a respirar. Este acercamiento implica la invitación de los padres a explorar las experiencias y situaciones en las cuales se sienten golpeados por la confusión emocional y luchan para adoptar una posición mentalizadora y la identificación de las intervenciones y recursos que pueden apoyarles a ellos y a su capacidad mentalizadora.

Para ayudar a crear un marco común con los padres y ayudarlos a contrarrestar los sentimientos de vergüenza, culpabilidad, y desesperanza que alimentan los ciclos no-mentalizadores, la TBM-A proporciona a la familia una *formulación mentalizadora*. Dicha formulación consiste de un perfil de la mentalización del adolescente y de la familia, que incluye tanto las fortalezas (una revisión de la capacidad de la familia de entender empáticamente y de ofrecer soporte) como las debilidades (un resumen de las formas particulares –como por ejemplo, escapar hacia el modo hacer-de-cuenta o focalizarse exclusivamente en el comportamiento observable, dejando de lado lo que ocurre en la mente- y de los contextos interpersonales –por ejemplo, cuando uno se siente vulnerable y desea apoyo y validación o al sentirse excluido- en los cuales la mentalización falla o es inhibida). Esta formulación, por lo tanto, resalta cómo es que los quiebres en la mentalización dan paso a conductas coercitivas y a reacciones defensivas del tipo “lucha-o-huida” que socavan la reciprocidad y colaboración, así como la capacidad de involucrarse en el tratamiento.

La formulación que se ofrece a la familia también incluye el trazar un perfil de las características neuropsiquiátricas, vulnerabilidades adictivas y diagnósticos de los adolescentes. Como fue sugerido anteriormente, todos los trastornos psiquiátricos y adictivos de la adolescencia implican la disfunción de la

mentalización, incluida una capacidad deteriorada para interpretarse a sí mismo y a los demás, y unos modos no adaptados y no mentalizadores de percibir, sentir, pensar, enfrentar la comunicación y relación con otros.

Ahora bien, la relación entre el deterioro de la mentalización y los trastornos neuropsiquiátricos y adictivos es bidireccional: los déficits en la mentalización exacerbaban los problemas neuropsiquiátricos/adictivos mediante la interferencia con la capacidad para colaborar y hacer uso de la ayuda. La disfunción neuropsiquiátrica/adictiva afecta a la impulsividad, al control de la atención, a la regulación afectiva, a la cognición y el impulso, interfiriendo todo esto con la capacidad de mentalización.

De este modo, el segundo objetivo del TBM-A consiste en valorar y proporcionar “reparación” psicoterapéutica, educativa y/o farmacológica para los síntomas neuropsiquiátricos que aparecen o bien durante la descompensación psicobiológica aguda y/o como los rasgos de personalidad vulnerables que representan una diátesis permanente a la disfunción. Las intervenciones específicas del TBM-A que serán mencionadas luego, tienen como objetivo ofrecer oportunidades para practicar la restauración de la mentalización, aspirando finalmente a poner en marcha una rehabilitación de la mentalización.

En resumen:

- 1) El TBM-A pretende reemplazar los ciclos coercitivos no-mentalizadores que afectan a los adolescentes y sus familias por conversaciones mentalizadoras que pueden promover una *remoralización* optimista, basándose en una mejora del sentido de autonomía y entendimiento.
- 2) Este cambio o remoralización es reforzado al proporcionar a la familia la formulación mentalizadora, que describe las fortalezas y debilidades de la mentalización del adolescente y su familia; evalúa los estresores que afectan a la mentalización de los



padres y de la familia; e identifica las disfunciones neuropsiquiátricas adictivas que afectan -y son afectadas- por las vulnerabilidades de la mentalización.

3) “Remediar” los problemas neuropsiquiátricos/adictivos con intervenciones psicoterapéuticas, educativas y farmacológicas específicas, sirve como un puntapié inicial para la recuperación a largo plazo de las capacidades de mentalización que generan autonomía, reflexión, y conexiones con otros, además de promover medios más efectivos para tratar con el estrés, la adversidad y la vulnerabilidad (Bateman y Fonegy, 1999; 2000; 2001).

4) Las intervenciones específicas en el TBM-A tienen la intención de fomentar activamente y sistemáticamente la mentalización, particularmente en los contextos emocionales y de apego, en los cuales se rompe o es defensivamente inhibida. Estas intervenciones de “mentalización en el apego” tienen como objetivo recuperar la capacidad para mentalizar.

El TBM-A fue diseñado y ha sido evaluado (Rossouw y Fonagy, 2012; Sharp et al, 2009; 2012) en adolescentes que cumplían los criterios diagnósticos para el TLP, se autoleccionaban y/o experimentaban un colapso significativo en su capacidad de adaptación, teniendo como consecuencia un comportamiento peligroso para ellos mismos u otras personas, provocando respuestas destructivas. Propondríamos, de todas formas, que promover la mentalización en adolescentes es el “ingrediente activo” principal o mecanismo de la acción terapéutica de las intervenciones del tratamiento con éstos. Por lo que, el TBM-A se propone como un marco general para organizar el tratamiento de los adolescentes.

Rossouw y Fonagy (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012; Rossouw y Fonagy, 2012) desarrollaron un programa de un año de psicoterapia, consistente en sesiones semanales de TBM individuales y sesiones mensuales de

terapia de familia basada en la mentalización (TBM-F), con el objetivo de mejorar la capacidad de los adolescentes y sus familias de representar de manera precisa los pensamientos y sentimientos, propios y de los demás, en situaciones emocionalmente cargadas. El marco de la mentalización también fue utilizado como una manera de organizar un programa de 3-12 semanas de hospitalización total o parcial en la clínica Menninger por Bleiberg y Williams (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012). El proceso general del TBM-A es delineado en la Figura 7.

La evaluación de la mentalización para organizar el TBM-A: la fórmula diagnóstica y las vulnerabilidades de la mentalización

1. El primer paso en el TBM-A es llegar a una fórmula diagnóstica que incluya los siguientes elementos: El diagnóstico psiquiátrico y *gravedad de los síntomas* del adolescente. Esta evaluación esboza el impacto del trastorno psiquiátrico en la capacidad de mentalización y el efecto de los problemas de la mentalización en las deficiencias asociadas al trastorno.
2. La presencia de *características incipientes del trastorno de la personalidad*.
3. *Las capacidades psicológicas* del adolescente que han de influir en la respuesta al tratamiento, incluyendo particularmente como veremos después, *las ventajas y debilidades de la mentalización*, y los contextos emocionales e interpersonales en los cuales surgen los problemas de mentalización.
4. *El funcionamiento familiar*, la identificación de factores de estrés que afectan a la familia y a sus capacidades de mentalización en relación a situaciones emocionales desafiantes. La evaluación de la mentalización en los padres, el adolescente y la familia puede realizarse con instrumentos estructurados que miden diferentes aspectos o dimensiones de la menta-





Figura 7: Trayectoria y proceso del TBM-A

lización. La Tabla 1 contiene una lista de instrumentos en inglés.

Una evaluación comprensiva de la mentalización se apoya también en evaluaciones clínicas en diversos contextos de apego. La participación de los adolescentes y sus familias en intervenciones individuales, de familia y de grupo permite una evaluación clínica “in-situ” de la capacidad de mentalización y de las vulnerabilidades del joven y su familia, particularmente en relación con los desafíos que conllevan las distintas sesiones.

Un aspecto importante del desarrollo de una formulación diagnóstica de la mentalización es la participación de los adolescentes y las familias en la evaluación constante de sus propias capacidades de mentalización. Para facilitar tal participación, el TBM-A incluye grupos psicoeducativos, los cuales son conocidos como *grupos educativos de mentalización explícita*. Estos grupos utilizan discusiones y juegos de rol que intentan explicar de manera concreta qué es la mentalización y a cómo puede uno reconocer una buena mentalización de una mala

mentalización; las habilidades y actitudes implicadas en la mentalización, tales como la curiosidad, la franqueza, la autonomía y la reflexión; la relación de la mentalización y el apego y cómo la mentalización disminuye ante el estrés y ante situaciones amenazantes para sensación de uno mismo, o para la conexión con personas que son importantes para el individuo; y cómo utilizar el tratamiento para fomentar la mentalización, especialmente, en situaciones desafiantes en las cuales falla o es inhibida.

Los adolescentes y las familias son ayudados concretamente para reconocer cuando su mentalización y la de otros “está funcionando” (lo que se refleja en el uso de capacidades delineadas en las Tablas 2, 3 y 4); y cuándo la mentalización está fallando, como se indica por la aparición de modos no-mentalizadores (Figura 8), tales como la equivalencia psíquica, el modo “hacer de cuenta”, o el modo teleológico, así como por los marcadores de uso indebido o abuso de mentalización.

La familia y el adolescente deben ser entonces incluidos en el proceso para arribar a una formulación que puede seguir el formato sugerido en la Tabla 5.

Las características principales del TBM-A

La postura del terapeuta: “cómo se debe ser” cuando se dirige un TBM.

La base del TBM en todas sus diferentes aplicaciones es la “postura” que toman los terapeutas cuando se enfrentan a pacientes y familias en el tratamiento (Tabla 6). La postura (o actitud terapéutica) se refiere a las habilidades y actitudes que los terapeutas ponen en juego para facilitar la implicación de los pacientes en un proceso de mentalización mientras que se va desarrollando una relación de apego con el paciente.

La postura del terapeuta conlleva cuatro áreas de competencia:

- 1) Postura inquisitiva y de “no saber”.
- 2) Mantener el equilibrio.
- 3) Interrumpir la no-mentalización.
- 4) Destacar y señalar la buena mentalización.

La postura inquisitiva/de “no saber”, confirma (y modela) el valor de las actitudes que promueven la mentalización, como la autenticidad, el respeto, interés, curiosidad, apertura y provisionalidad (de los estados mentales). El terapeuta indaga activamente sobre la expe-

Tabla 2:
Mentalización exitosa 1: autorrepresentación

- **Una vida interna rica y agente**
 - Esta cualidad se caracteriza por el hecho de que la persona raramente experimenta su mente como vacía y sin contenido, sino que la persona se siente real y viva, y es consciente de el vínculo entre las propias acciones y los estados mentales intencionales (responsabilidad por las propias acciones vs. “mi comportamiento me sucede”)
- **Continuidad autobiográfica**
 - Esta cualidad es la capacidad de recordarse a uno mismo en el pasado y experimentar continuidad de los estados internos, a pesar de los cambios.
- **Habilidades avanzadas para escuchar y explicar**
 - Estas habilidades denotan la capacidad de una persona para explicar cosas a otros, y la persona que posee estas habilidades es percibida con paciencia y capacidad de escuchar y comprender (puede hablar de forma en que los otros pueden escuchar y puede escuchar de forma en que los otros pueden hablar)



Tabla 3:
Mentalización exitosa 2: 7 fortalezas de la percepción del funcionamiento mental propio

1. **Tomar una perspectiva del desarrollo**
 - Esta fortaleza se refiere a la capacidad de apreciar que la perspectiva propia y ajena de uno mismo y los demás cambia con el desarrollo, la maduración y la experiencia, que otorgan herramientas para percibir, sentir y pensar de maneras más complejas (Una cita célebre de Mark Twain dice: “cuando yo era un niño de 14, mi padre era tan ignorante que apenas podía soportar tenerlo cerca de mí. Pero cuando cumplí 21, me sorprendí de lo mucho que mi padre aprendió durante 7 años)
2. **Consciencia del conflicto interno**
 - Esta fortaleza se refiere a la capacidad de reconocer que nuestros pensamientos y sentimientos son complejos y que poseen múltiples deseos e intenciones que pueden ser contradictorios e incluso incompatibles.
3. **Actitud auto-inquisitiva**
 - Se refiere a la actitud de curiosidad con respecto a los pensamientos, sentimientos y funcionamiento mental propio y de los demás (ej.: considerar diferencias en puntos de vista en relación a la edad, genero, cultura). Esta curiosidad e interés en las diferencias se relaciona a la apertura para cuestionar las propias asunciones.
4. **Escepticismo realista y actitud lúdica**
 - Se refiere al reconocimiento de los potenciales, errores, puntos débiles e incluso ridiculez de los propios puntos de vista, y la capacidad para unirse a otros en intercambios placenteros de juego e imaginación.
5. **Consciencia del impacto del afecto**
 - Implica la capacidad de dar un paso atrás y reconocer el impacto de los estados emocionales en la forma en que pensamos acerca de uno mismo y los demás
6. **Reconocimiento de procesos mentales inconscientes o preconcientes**
 - Capacidad de apreciar y tolerar que uno no conoce todos los aspectos de los propios pensamientos y sentimientos, e incluso de las propias intenciones.
7. **Creencia en la posibilidad de cambiar**
 - Reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos no son fijos, sino transformables de múltiples maneras como resultado de cambios de perspectiva y de intercambios con las mentes de otras personas

riencia subjetiva del paciente. Este interrogatorio no es un ejercicio de investigación concreta, sino un intento de entablar una conversación sobre los detalles de los pensamientos y sentimientos del paciente y los significados y relaciones en los cuales estos pensamientos y sentimiento se generan. Los terapeutas por consiguiente tratan de despertar la curiosidad sobre “¿qué *esta pasando en tu mente?*”, preguntando “¿cómo fue *tal cosa* para ti?”. Las competencias implicadas en la adopción de esta postura incluyen:

- La habilidad de comunicarse con los pacientes y las familias de manera clara y directa, utilizando afirmaciones simples, no ambiguas, ni metafóricas, para evitar los malentendidos.

- La habilidad de adoptar una postura de “no saber” que manifieste a los adolescentes y sus familias un interés genuino y un in-

tento de averiguar acerca de su vida mental y experiencia.

- La habilidad de mantener una postura mentalizadora activa, sin juzgar, que privilegie la exploración conjunta de los estados mentales del paciente.

Una de mis imágenes favoritas al enseñar la postura inquisitiva/no-saber es que los terapeutas en formación se imaginen a sí mismos sentados al lado del paciente, centrándose con el paciente en un “mapa mental” hecho de los estados mentales intencionales de este último.

Al ilustrar como funciona la mentalización, los terapeutas no le *dicen* al paciente lo que los pacientes sienten o piensan, mucho menos lo que *realmente* sienten o piensan, sin que antes el paciente sea consciente de ello. Por lo que el terapeuta del TBM no *interpreta* al paciente las razones inconscientes



Tabla 4:
Mentalización exitosa 2: 7 fortalezas de la capacidad relacional

1. **Curiosidad/apertura genuina**
 - Actitud de interés en los sentimientos y pensamientos de los demás y respeto por las perspectivas diferentes. Es también caracterizada por la actitud de que la perspectiva del otro sirve para elaborar y expandir la propia perspectiva. También implica la apertura a descubrir y la resistencia a hacer asunciones previas, o tener prejuicios en contra de lo que el otro piensa y siente
2. **Actitud de incertidumbre (también llamada “opacidad”)**
 - Reconocimiento abierto de que uno no siempre sabe lo que hay en la mente de los demás, sin quedar perplejo. Esta actitud se basa en que las reacciones de los otros son entendibles hasta cierto punto, dado el conocimiento que uno tiene acerca de cómo los otros piensan y sienten
3. **Contemplación y reflexión**
 - Se refiere al deseo de reflexionar acerca de cómo los otros piensan y sienten de manera relajada y no compulsiva.
4. **Toma de perspectiva**
 - Aceptación de que el mismo evento o experiencia luce diferente según cómo se lo mire.
5. **Capacidad de perdonar**
 - Se basa en el entendimiento de las acciones de otros basadas en estados mentales. Un ejemplo de esto puede ser como la propia rabia se disipa luego que uno se entera del porqué el otro hizo lo que hizo
6. **Consciencia del propio impacto en otros**
 - Capacidad de reconocer como los propios pensamientos y sentimientos afectan a los demás
7. **Actitud no-paranoide**
 - Actitud en la cual el individuo no asume que los pensamientos de los demás son malévolos o amenazantes, y es consciente de que las mentes pueden cambiar

subyacentes que explican su experiencia y motivación. En cambio, en una postura de mentalización, los terapeutas mantienen una posición cuidadosa y “de no saber”. Es decir,

los terapeutas animan a sus pacientes a que toleren el desconocimiento, eso quiere decir que se evite la exactitud y que se sea un “experto” sobre lo que está en la mente de otra persona. Hacen esto mediante la demostración de que solo podemos averiguar la

Tabla 5:
Formulación

- Antecedentes
- Habilidades de afrontamiento
- Estilo de personalidad
- Compromiso con la terapia
- Conducta autodestructiva
- Mentalización efectiva
- Problemas de mentalización
- Mentalización en la familia
- Plan de tratamiento

Tabla 6:
Características principales

1. Práctica básica
2. Actitud terapéutica
3. Mentalización explícita (psicoeducación)
4. El ciclo mentalizador
5. Formular y planear
6. El abanico de intervenciones



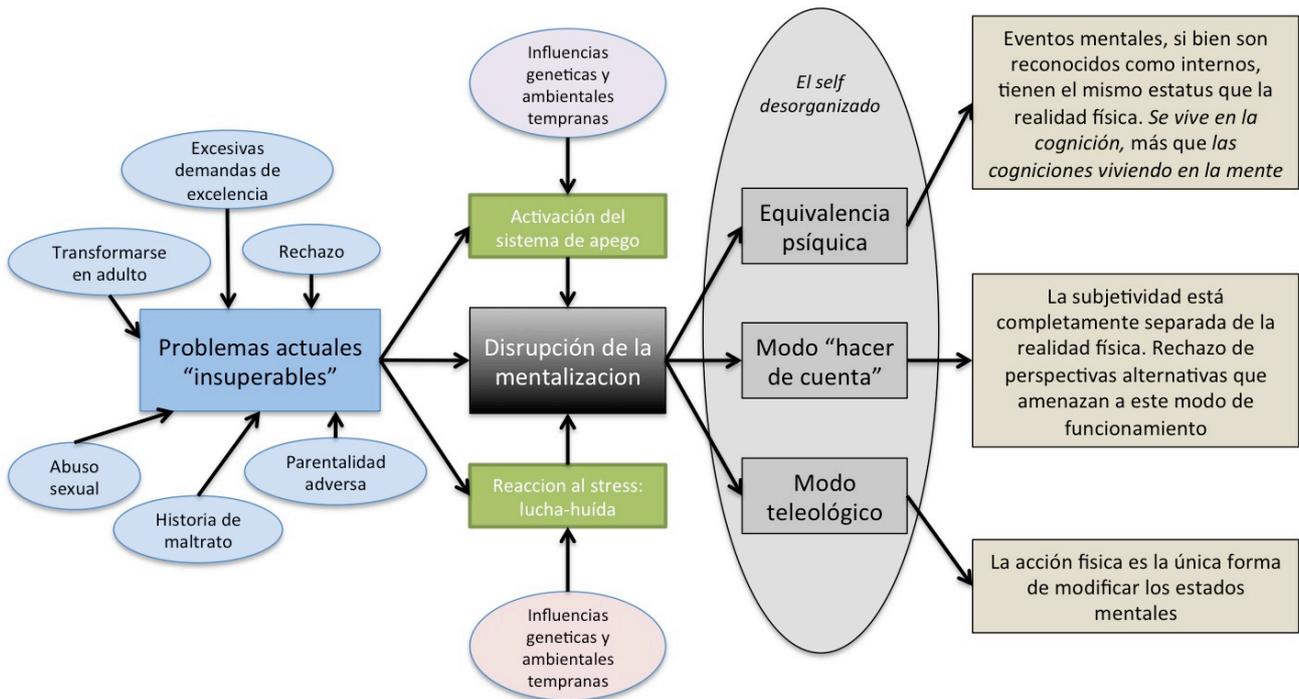


Figura 8: Falla de la mentalización

perspectiva del otro mediante la investigación y el estar abiertos a sorprendernos –o a cambiar de opinión–, por la información que obtenemos.

Al aprender la perspectiva del paciente, los terapeutas reconocen que todos experimentamos interacciones de modo subjetivo y basado en impresiones. Por lo que al identificar las diferencias de las perspectivas, entre el terapeuta y el paciente o entre los miembros de la familia, los terapeutas aceptan y validan las perspectivas individuales antes de desafiarlas o de invitar a la consideración de múltiples perspectivas. Por ejemplo, un terapeuta podría afirmar: *“Puedo ver cómo llegas a esa impresión, pero cuando pienso en ello, se me viene a la mente que él podría haber estado preocupado por algo en vez de estar ignorándose”*.

Al mostrar honestidad y transparencia hacia más de una perspectiva –y la valentía que requiere mantenerse abierto y no a la defensiva–, los terapeutas del TBM controlan y reconocen sus propios errores y los fallos de

su propia mentalización, por ejemplo “me equivoqué al no darme cuenta” o “me confundí”, reconociendo que cuando en toda falla de la mentalización –incluso la del terapeuta– todos juegan un papel. Estos modelos de auto-revelaciones honestas, valentía y apertura, están al servicio de sugerir que: a) los fallos en la mentalización son inevitables, son el verdadero centro del tratamiento y son provocados por defensas susceptibles de ser comprendidas y por malentendidos inevitables, y b) ofrecen la mejor oportunidad terapéutica para aprender a cómo mentalizar en momentos emocionalmente desafiantes.

Mantener el equilibrio: Tal como se ha señalado anteriormente, la esencia de una mentalización funcional es el equilibrio entre varios aspectos de la mentalización: automática y controlada, afecto y cognición; externa e interna, propia y de los demás. El equilibrio también es central en obtener una activación afectiva óptima, ni mucha ni poca, en la cual la mentalización opera, y el grado de activación del sistema de apego –la distancia inter-

personal- es tal que permite la conexión empática y la conciencia de ser una mente diferente.

Las competencias implicadas en mantener el equilibrio incluyen el monitoreo del desequilibrio que se produce entre los varios aspectos de la mentalización y la respuesta a este desequilibrio con “movimientos opuestos”, es decir: cuando el paciente está predominantemente centrado en la introspección, se le invita a poner la atención en la mente de otras personas, por ejemplo, “¿cómo crees que se siente tu madre con esto?”, cuando se centra solo en las otras personas, se le invita a considerar su propia perspectiva, cuando el afecto es lo que domina, se recurre a una postura controlada, reflexiva, y viceversa

El mantener el equilibrio se consigue también mediante la adaptación de las intervenciones al nivel de mentalización y excitación del paciente. Finalmente, mantener el equilibrio también implica promover cuidadosamente en las sesiones con la familia y en grupo, interacciones “naturales” acerca de temas problemáticos, e intervenir en momentos críticos para demostrar cómo esos problemas son perpetuados por malentendidos y quiebres en la mentalización.

Intervenir para interrumpir la no-mentalización: Una premisa básica del modelo de TBM es que las interacciones no-mentalizadoras son el núcleo donde ocurren la mayoría de los impasses que generan conductas coercitivas, defensivas y sintomáticas y por lo tanto, son el objetivo primario de las intervenciones terapéuticas.

Las competencias implicadas en la interrupción de la no-mentalización incluyen: a) identificar cuándo la mentalización falla (ver la sección sobre “la evaluación de la mentalización”); b) interrumpir los momentos de no-mentalización, lo que incluye la habilidad del terapeuta para “ralentizar” e invitar al paciente, a la familia, o al grupo a “hacer una pausa” y “rebobinar”, es decir darse cuenta de lo que

acaba de ocurrir, emocionalmente e interpersonalmente, en el momento que la mentalización comienza a fallar. Por último, “la interrupción de la no-mentalización” supone c) ayudar a los pacientes y a otros miembros de la familia a identificar cuando su propia mentalización comienza a fallar y a requerir una “pausa”, antes de que el mayor estrés les impida escuchar, comprender o explicar su punto de vista. Este requerimiento es la señal, para ellos mismos y para los demás, de la necesidad de dar un paso atrás para reflexionar y utilizar la mentalización controlada.

Resaltar y marcar la buena mentalización: Con el objetivo de incrementar la habilidad de las personas para conectar y entender los pensamientos, sentimientos e intenciones, los terapeutas ponen en práctica las siguientes competencias: a) buscar activamente ejemplos o casos de buena mentalización; b) “destacar” y marcar positivamente esos ejemplos espontáneos de buena mentalización, por ejemplo diciendo: “Johnny, cuando le contaste a tus padres cómo te sentías cuando ‘te comías la cabeza’ porque pensabas que la habías fastidiado, me impresionó lo claro que fuiste y cómo te diste cuenta que tus padres estaban tratando de comprender cómo te estabas sintiendo”; c) ampliar estos ejemplos animando a otros a prestar atención y evaluar las interacciones que generan una buena mentalización, la cual permite una comunicación efectiva y la resolución de problemas.

El circuito de la mentalización (mentalizing loop):

Los pasos implicados en el circuito de la mentalización (Figura 9) proporcionan un marco que orienta al terapeuta, sin seguir una secuencia rígida, para facilitar el proceso de mentalización con los adolescentes y sus familias, y/o con los grupos adolescentes.

El primer paso consiste en que el terapeuta se dé cuenta de cuándo hay una ruptura en



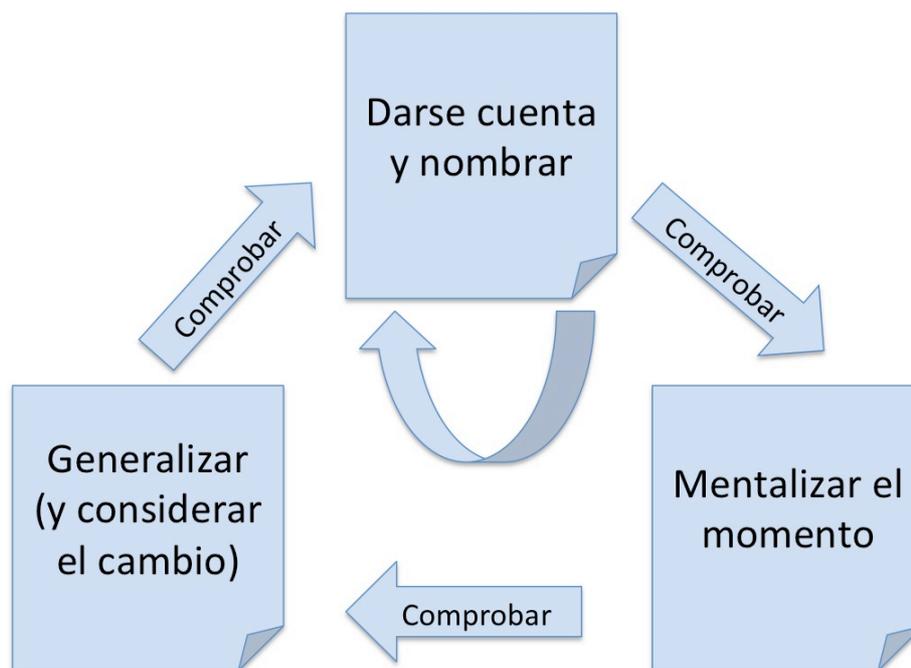


Figura 9: Características principales: El circuito de la mentalización

la mentalización en la familia o grupo y utilizar la intervención, descrita en la interrupción de la no-mentalización, de sugerir una pausa (los adolescentes suelen entender el “parar y rebobinar” cuando se les ofrece un botón imaginario para pulsar o una señal que puedan dar cuando quieran ralentizar la acción). Los terapeutas pueden *comprobar* si su observación coincide con la experiencia de alguno de los miembros de la familia de una interacción problemática, o con un momento en el cual la comprensión y comunicación se ha vuelto difícil. Por ejemplo, un terapeuta podría decir: “*Me he dado cuenta de que cuando Johnny dijo X, la madre pareció preocuparse y el padre comenzó a interrumpirlo*”. Si uno o más miembros de la familia coinciden en que el problema se ha notado, entonces los terapeutas animan a la familia o a los miembros del grupo a realizar una “lluvia de ideas” acerca de los problemas de esa interacción y a comenzar a describirlos, por ejemplo “*todos nos sentimos al borde de un abismo cuando Johnny...*”.

En el siguiente paso los terapeutas *requieren* el consenso de todos los miembros de la familia o del grupo sobre la descripción de la interacción problemática. Comprobar que existe consenso es el “lubricante” que pone en marcha el avance de un paso a otro en el circuito y es al mismo tiempo la demostración más clara de la mentalización en acción.

El siguiente paso en el circuito es la invitación a toda la familia o miembros del grupo a *mentalizar el momento*.

El terapeuta utiliza la competencia de *compartir y animar a la curiosidad* en la familia o los miembros del grupo sobre los pensamientos y sentimientos asociados cuando falla la mentalización, siendo invitados en esos momentos a pensar acerca de la perspectiva del otro, por ejemplo “*papá, ¿qué crees que siente Sally cuando...?*” e interrogar para *averiguar* “*¿qué es lo que le molesta a Sally?*”. Los terapeutas buscan redirigir las discusiones de la familia, desde “cómo arreglamos la conducta” a como identificar los sentimientos escondidos y las perspectivas no tomadas en cuenta que llevaron a una fijación. Las sesiones indi-



viduales con el adolescente pueden servir para “practicar” las sesiones de familia o grupo, permitiendo “ralentizar” la mentalización.

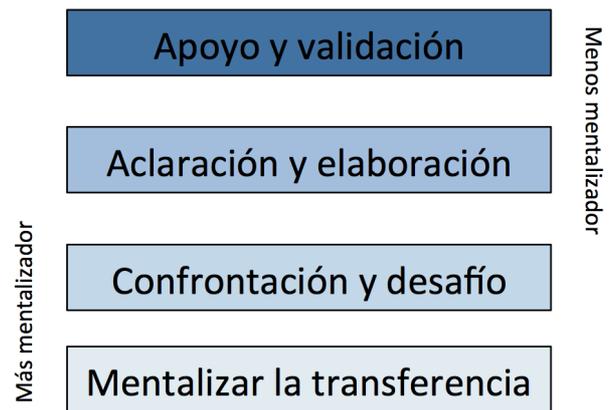
Luego, el terapeuta debe chequear nuevamente si existe consenso. El comprobar esto, sirve para ilustrar que el objetivo del proceso no es “entender correctamente” - todos sabemos que se hace más frecuentemente lo contrario- sino prestar atención y tratar de comprender.

El siguiente paso del circuito consiste en que los terapeutas inviten a la familia o a los miembros del grupo a alejarse de discusiones sobre interacciones específicas y a ampliar la mirada *hacia la generalización*: es decir, captar cómo determinados patrones de interacciones problemáticas se repiten. Se estimula a las familias para que pongan en práctica lo aprendido y se les anima a buscar posibles alternativas, y qué cambios pueden surgir al poner en práctica esa nueva perspectiva.

Finalmente, antes de reiniciar el circuito, los terapeutas revisan con cada familia y miembro del grupo “qué ha sucedido” para ellos en el proceso, dándoles la oportunidad de reflexionar y hablar juntos sobre “cómo fue este proceso para cada uno de ellos”, y qué conclusiones y consecuencias podrían derivarse de ello.

El abanico de intervenciones

Este apartado se refiere a: a) la sensibilidad del terapeuta y su habilidad para evaluar la competencia de la mentalización del paciente y de la familia o el grupo en general, y los cambios en la mentalización en respuesta a los contextos afectivos e interpersonales particulares y a los niveles de excitación y b) ajustar las “demandas de mentalización” requeridas de los pacientes por las intervenciones del terapeuta y la cercanía emocional entre paciente y terapeuta, al nivel de mentalización del paciente en cada momento (Figura 10).



1. *Apoyo y validación*: Cuando un terapeuta identifica un quiebre de la mentalización, interviene *apoyando y validando*. Paradójicamente, la terapia basada en la mentalización supone que los terapeutas aumenten la distancia emocional con los pacientes a los efectos de reducir la excitación detonada en los adolescentes –especialmente los adolescentes con un TLP emergente- por la cercanía emocional, y la activación del apego. Como se ha dicho antes, es este aumento el que lleva a la falla o inhibición de la mentalización.

Aumentar la distancia emocional al volverse menos expresivo y dirigir el foco *fuera* de la relación paciente-terapeuta, puede parecer ilógico en el momento justo en el que los pacientes están más angustiados. Sin embargo, el objetivo del TBM es ayudar a los pacientes a *recuperar* la mentalización. Cuando los terapeutas responden a la angustia de los adolescentes y pacientes con TLP al volverse *más* comprometidos emocionalmente y *más* empáticos –volviéndose más amables, hablando suavemente, mostrando incluso más interés en comprender la difícil situación del paciente, ampliando sesiones u ofreciendo citas adicionales-, aumentan la excitación dado que la dependencia y el apego están hiperactivados. El resultado de este círculo vicioso, lleva que en las crisis de los pacientes, los terapeutas se involucren aún más, lo que genera más crisis y eventualmente, puede llevar a una escalada de

más crisis y de pérdida de los límites terapéuticos.

Las intervenciones de apoyo respetan y validan los relatos del paciente además de manifestar el deseo del terapeuta de comprender el impacto emocional de la situación actual asociada a una mayor angustia y al fallo en la mentalización. Las intervenciones son presentadas de forma simple, clara y con preguntas y afirmaciones inequívocas. Las intervenciones complejas, tales como aquellas que acarrear significados simbólicos o hipótesis sobre el origen en el pasado de los patrones relacionales actuales, requieren una mentalización muy reflexiva y controlada, precisamente la cual el paciente carece, por lo menos en los momentos de angustia o, como es el caso de los adolescentes o pacientes con TLP, de manera constante. Utilizando las competencias descritas en el apartado sobre la postura terapéutica, los terapeutas intentan destacar y ensalzar la buena mentalización del paciente, y exploran sus efectos positivos, dando una mayor sensación de control y una mejora de la habilidad para recibir ayuda y apoyo. Los terapeutas exploran esos efectos desde la perspectiva de ambos, del paciente y del otro, por ejemplo: *“es impresionante cómo has resuelto lo que te pasaba a ti y a... ¿cómo fue para ti el haberlo resuelto?”* y a continuación, por ejemplo: *¿cómo crees que se sintió tu madre cuando le explicaste cómo te afectaban las cosas?*

2. Aclaración y elaboración: La aclaración y la elaboración, pueden ser utilizadas en los momentos en los cuales los pacientes están menos activados y más mentalizadores.

La aclaración supone un esfuerzo activo para ordenar o reconstruir el contexto emocional e interpersonal que condujo a la ruptura de la mentalización. Los terapeutas se comprometen con los pacientes en un esfuerzo activo para tejer una imagen detallada de la secuencia conductual e interpersonal que llevó a la ruptura de la mentalización o a algún

impasse interpersonal, y de los sentimientos asociados a cada paso. Las acciones deberían rastrearse hasta los sentimientos que las provocaron, “rebobinando” los acontecimientos y estableciendo en cada momento, los estados mentales que llevaron a acciones impulsivas, desadaptadas o hirientes. La tarea de los terapeutas consiste en ayudar a los pacientes a conectar las acciones e interacciones a pensamientos y sentimientos, y ser capaz de elaborar la comprensión de ambos de esos pensamientos, sentimientos y otros estados mentales, en una forma que *provoque* más discurso y mayor curiosidad.

Al aclarar y elaborar conexiones entre sentimientos, pensamientos, acciones y relaciones, se ayuda a los adolescentes a entender que existen sentimientos “escondidos” y “perspectivas faltantes” que llevan a malentendidos y fallas en la mentalización. En el proceso de elaboración, los terapeutas están pendientes de los fallos de los pacientes para comprender su propia mente y/o la de otros, y cuando el fallo es evidente, los terapeutas cuestionan al paciente y buscan lograr un entendimiento alternativo.

Cuando finalmente, los terapeutas ofrecen un resumen de lo que han entendido luego de una clarificación, son cuidadosos, como cuando presentan la formulación de la mentalización mencionada antes, ellos no están compartiendo una verdad real sobre la vida mental del paciente, sino solamente su propia perspectiva.

3. Confrontación y desafío: El alcanzar un nivel más elevado de mentalización le permite al terapeuta *desafiar* y *confrontar* al paciente.

Al desafiar y confrontar, los terapeutas intentan despertar la curiosidad en los pacientes sobre sus propias motivaciones y que se den cuenta que los estados mentales y las motivaciones se pueden por un lado ocultar, ignorar o rechazar, y por el otro, tratar de entenderse.

Los terapeutas ayudan a identificar cómo la no-mentalización y los patrones automáti-



cos, impulsivos, adictivos proporcionan alivio y una sensación –falsa o ilusoria-, de control, seguridad y conexión. Esto era algo que Jason reconoció: “insensibilizarse” con drogas le ayudaba cuando se sentía fuera de control y humillado. Tal discusión permite la articulación y explicación de la comprensible reticencia a interrumpir el comportamiento impulsivo y no-mentalizador que todo el mundo siente³. También prepara el camino para una exploración del dolor y el precio asociado a la impulsividad y a los patrones de no-mentalización, y para discutir la *valentía* requerida para cambiar y lograr el control real.

El propósito de la confrontación y el desafío es estimular en el paciente un interés en asumir el riesgo de aprender a autocontrolarse y ser más efectivo en las relaciones, a través de ejercitar la capacidad de entender y representarse los estados mentales propios y de los demás, de una forma más compleja y acertada.

4. La mentalización de la transferencia: Mentalizar la transferencia sería el paso final en el abanico de intervenciones. Ésta se vuelve posible cuando los pacientes demuestran la capacidad para comprometerse con una mentalización más compleja, a pesar de los incrementos en la excitación y en la cercanía emocional.

La relación entre los pacientes y terapeutas estimula inevitablemente el desarrollo de un vínculo de apego, por lo tanto la angustia y los fallos en la mentalización aumentan. La relación terapéutica ofrece una oportunidad única para experimentar y practicar la mentalización en un contexto de intensidad afectiva y cercanía emocional.

En el TBM, la mentalización de la transferencia no se refiere a la interpretación del pa-

sado (el “allí-y-entonces”) basado en la actual relación (el “aquí-y-ahora”) paciente-terapeuta, sino que conlleva una secuencia bien definida de intervenciones, que siguen la secuencia revisada en el abanico de intervenciones (Tabla 7), que valida la experiencia del paciente; clarifica y elabora el afecto y el contexto de relación; y desafía ofreciendo una perspectiva alternativa. En la mentalización de la transferencia, de todas formas, la exploración de la experiencia del paciente se realiza sobre la relación actual con el terapeuta.

Aclarar los sentimientos del paciente y los pensamientos e interacciones asociados a esos sentimientos, debe incluir una referencia a la contribución actual. Los terapeutas aceptan su contribución en el origen de algún acting-out, en lugar de esconderse detrás de la premisa de que el “paciente distorsiona” la realidad. Asumiendo la *responsabilidad de sus propios errores y desaciertos*, es una poderosa forma de demostrar a los pacientes que el coraje, la autenticidad y apertura generan mayor efectividad en la capacidad de ser un agente, de autocontrolarse y de relacionarse adecuadamente. La capacidad de los terapeutas de monitorizar sus propios fallos en la mentalización, y como éstos contribuyen a un acting-out es una habilidad clave de los terapeutas de TBM-A y es además un foco central en las

Tabla 7:
Componentes del mentalizar la transferencia

- Validación de la experiencia
- Exploración de la relación actual
- Aceptar y explorar el acting-out (y la contribución del terapeuta)
- Colaborar para entender
- Presentar perspectivas alternativas
- Monitorear la reacción del paciente
- Explorar la reacción del paciente a la nueva perspectiva

³ Lo que en psicoanálisis se conoce como “ganancia primaria”. (NdT)



supervisiones y retroalimentaciones regulares del equipo de TBM-A.

El siguiente paso en la mentalización de la transferencia, es que los terapeutas y pacientes colaboran para llegar a *un punto de vista alternativo*, como por ejemplo: “Estaba pensando que cuando pasé por alto lo molesto que estabas, a ti sólo se te ocurría que tenías que poner distancia por sentirte herido e incomprendido, ¿cómo te ha sentado eso?”.

Esta perspectiva alternativa está seguida por la comprobación de la reacción del paciente sobre esta nueva visión, y el impacto de esta perspectiva en la relación terapéutica, algo que daría cabida a lo que, al inicio de este artículo, la chica joven sostuvo: que uno no se puede acercar a la mente solo, pero sí es posible utilizar el apego seguro de una relación terapéutica para romper el enganche que la ansiedad, el enfado y la actitud defensiva opera sobre la desesperación y la soledad de los jóvenes y sus familias.

Resumen

El tratamiento basado en la mentalización (TBM) es un modelo de psicoterapia basado en la evidencia, inicialmente desarrollado y probado en adultos con TLP. El TBM se origina desde una perspectiva psicoanalítica en conjunción con la teoría del apego y la investigación empírica, que ofrece un puente hacia la neurociencia de las relaciones sociales.

El tratamiento basado en la mentalización para adolescentes (TBM-A), descansa sobre la perspectiva de que el problema principal para muchos adolescentes, particularmente para adolescentes con un trastorno límite de la personalidad incipiente, es una vulnerabilidad al quiebre de sus capacidades de mentalización, particularmente en el contexto situaciones interpersonales afectivas. La evidencia señala que esta vulnerabilidad se origina en una combinación de factores constitucionales y relaciones de apego temprano, que derivan en

patrones de apego desorganizado, que son reforzados por experiencias traumáticas, y que emergen en la forma de un trastorno límite en el contexto de los cambios neurológicos durante la adolescencia, que comprometen la capacidad para la mentalización y la regulación del afecto. Esta vulnerabilidad tendiente al quiebre en la mentalización está asociada a la sensibilidad interpersonal, la que gatilla impulsividad, hiperactivación del sistema de apego, comportamiento no-mentalizador y coercitivo, desregulación afectiva, y esfuerzos defensivos para enfrentarse a la experiencia de pérdida de control. Estas respuestas tienden a provocar la pérdida de mentalización en otros, generando así ciclos coercitivos y no-mentalizadores dentro que las familias, que mantienen y exacerbaban la no-mentalización del adolescente.

El TBM-A ubica a la mentalización en el centro del proceso psicoterapéutico. Apunta a estimular continuamente la mentalización en diversos contextos de apego: en sesiones familiares, sesiones grupales, y sesiones de psicoterapia individual.

En estos contextos de apego, el terapeuta se focaliza en la sensación subjetiva del paciente, y de otros miembros de su familia, con respecto a sí mismo y a sus relaciones, en la capacidad de mentalizar la experiencia de sí mismo y de otros, y en las situaciones particulares en que esta capacidad falla. El objetivo básico del TBM-A es promover las habilidades que están a la base de la recuperación de la capacidad de la mentalización en contextos en que normalmente esta última se pierde, y mantenerla cuando está presente, sobre todo al enfrentar los desafíos que conlleva el relacionarse afectivamente con figuras de apego y el experimentar emociones intensas.

El protocolo del TBM-A delinea las competencias que el terapeuta debe demostrar para promover la mentalización en los pacientes y sus familias. Estas competencias han sido descritas como 1) la postura o actitud de cu-



riosidad y de “no saber”, 2) el circuito de la mentalización en el cual los impasses interpersonales y las interacciones no-mentalizadoras son identificadas, nombradas, mentalizadas y generalizadas, y 3) un abanico de intervenciones que apuntan a “emparejar” (o equilibrar) la intensidad del apego y las demandas de mentalización requeridas del paciente con la capacidad mentalizadora de ese paciente en ese momento en particular.

En consecuencia, el MBT-A no utiliza la interpretación de motivaciones inconscientes

de los adolescentes, especialmente de aquellos con TLP, promoviendo en cambio la curiosidad sobre los estados mentales para que el paciente pueda asociarlos a su realidad subjetiva sentida (es decir a su experiencia consciente y preconsciente) y como tales estados mentales motivan y explican el comportamiento de uno mismo y de los demás, mejora la calidad de las relaciones y convierte los afectos en algo más entendible y manejable.

Un ejemplo de formulación diagnóstica del TBM-A

Antecedentes: Jason de 15 años, se presentó en nuestro servicio con un historial de arrebatos de ira, depresión, odio hacia sí mismo, bebiendo hasta intoxicarse desde los 12 años, y abuso de benzodiazepinas, opiáceos y marihuana de forma diaria. Él experimentaba una intensa angustia cuando estaba solo en su habitación, que a veces le llevaba a autolesionarse. Jason es el hijo único de una familia dominada por el conflicto y la distancia emocional. Desde la infancia se le describía como una persona extremadamente sensible a reaccionar intensamente y con rabia ante la frustración o la decepción. Unas pruebas realizadas a los 12 años revelaron que poseía un cociente intelectual en la escala verbal de 150, muy por delante de la puntuación global, que era un C.I. de 110. Su lenguaje muy sofisticado le hizo parecer un adulto desde que estaba en la escuela primaria, pero a pesar de ese don manifiesto, tenía muchas dificultades en el colegio, siendo expulsado de cuatro colegios distintos.

Jason se sentía absorbido cada vez más en entrar en páginas web pornográficas y se sentía alienado y sin el apoyo de sus padres, de los cuales hablaba despectivamente. Sentía que su padre era incapaz de comprender los sentimientos de nadie y que su madre “*intentaba meterse en su cabeza*”, con el objetivo de controlarle. Al ser admitido en el hospital, él habló tristemente de su desesperanza, mientras al mismo tiempo describía con orgullo su talento para contarle a los otros lo que querían escuchar, y su convicción de que era capaz de engañar incluso al mejor de los terapeutas.

Habilidades de afrontamiento: La sensibilidad de Jason y su reactividad facilitada e intensa, parecían dejarle expuesto, desde la infancia, a tener que averiguar cómo abordar solo el conflicto, la incertidumbre, el estrés y los sentimientos de enfado. Llegó a sentir que sus propios sentimientos eran abrumadores para los demás, y que era una persona “de trato tan difícil” y tan imposible de entender, que los otros lo ignoraban, rechazaban o intentaban controlarlo y “silenciar” sus sentimientos. Cuando se siente vulnerable, frustrado o necesitado de ayuda, rápidamente siente el peligro de perder el control de sus propios sentimientos y se siente avergonzado de estar expuesto al rechazo y humillación. Él hace muchos esfuerzos para distraerse y no sentirse vulnerable, solo e indefenso, y para darse cuenta de cómo otros lo ignoran, lo rechazan o no se dan cuenta de su presencia, o por el contrario, como los otros lo absorben absolutamente y son sentidos “dentro de su mente” como para sentirse en riesgo de perder el control de la ésta. Su “solución” para afrontar



eso, es tratar de desconectarse de esos sentimientos intensos, especialmente sentimientos de vulnerabilidad, soledad, ansiedad y enfado, insensibilizándose a sí mismo consumiendo drogas o autolesionándose, entrando en un modo “hacer de cuenta” a través de observar relaciones desde fuera (internet), en lugar de comprometerse en una relación real, y buscando engañar a otros (y en consecuencia a sí mismo) con la ilusión de que puede controlar sus propios sentimientos y las reacciones de los demás.

Estilo de la personalidad: Jason es una persona muy sensible, inteligente y elocuente. Sin embargo tiene la expectativa que los otros lo van a ignorar y no van a ser conscientes de sus necesidades y sentimientos, o se abrumarán por ellos e intentarán controlar su mente. Tanto la posibilidad de ser ignorado y que sus necesidades no sean percibidas, como la posibilidad de que tales necesidades abrumen al otro, son angustiantes para él y lo mantienen en alerta, con la expectativa constante de ser herido y humillado. Está muy preparado para distanciarse de sus sentimientos y mantenerse apartado de las otras personas. Desafortunadamente, esta distancia le deja sintiéndose más solo y desconectado, lo cual solo añade más angustia y le hace desear entablar relaciones de apego. Estos deseos de relacionarse son para él sentimientos amenazadores y sobrecogedores, puesto que tiene miedo al rechazo, la humillación y pérdida de control. Por lo cual sus únicas herramientas son explotar de rabia y pone más distancia, o intentar autoinsensibilizarse.

Compromiso con la terapia: Es probable que comprometer a Jason con la terapia será muy desafiante. Es posible que dude si los terapeutas están realmente interesados en él o lo ignorarán y no comprenderán sus necesidades. Por otra parte, debe ser motivo de preocupación para él el hecho de que si se permite a mi mismo confiar en los terapeutas y les muestra sus sentimientos, especialmente cuando desea ser entendido u obtener ayuda, puede terminar siendo humillado y abusado.

Conducta autodestructiva: Jason usa sustancias para insensibilizarse a sí mismo y distanciarse de sus sentimientos. También se autolesiona como una manera de sobrellevar esos sentimientos. A veces, se siente como si la única cosa que pudiera hacer para sobrellevarlos y afrontar a los demás, es explotar de rabia. Desafortunadamente estas estrategias de afrontamiento son muy perjudiciales para su salud y para las relaciones con los demás, y son susceptibles de mantenerlo atascado en formas de afrontamiento que lo llevan cada vez más al sufrimiento y a la soledad.

Mentalización efectiva: Jason muestra frecuentemente una gran habilidad para comprender lo que hay en la mente de otras personas. También intenta entender sus propios pensamientos y sentimientos. La sensibilidad de Jason, por ejemplo, a cómo su padre se siente confundido acerca de lo que Jason siente y, por otra parte, la sensibilidad de su madre hacia él, y las reacciones que tiene para comprender los sentimientos y pensamientos de sus padres, son algo muy doloroso y estresante y le hacen difícil no caer en los patrones de afrontamiento, que si bien resultan en dolor y problemas en sus relaciones, la dan al menos la sensación de control y conexión.

Problemas con la mentalización: Hay momentos en los que Jason suele sentirse abrumado por sus propios sentimientos y por la conciencia de los sentimientos de los demás, particularmente de los de las personas cercanas a él. A partir de ahí, cae en un patrón de comportamiento que lo hace sentirse completamente seguro de lo que las otras personas piensan o sienten, como si tuviese la certeza de que lo que él tiene en su mente, es lo que hay en la mente de los demás. Él suele asumir que la gente tiene pensamientos bastante odiosos o negativos hacia él,



que pasan de él o que desean hacerle daño, controlarle y humillarle. Esto lo hace sentir muy solo, enfadado y agobiado. Entonces él piensa que la única manera de controlar sus sentimientos es distraerse o insensibilizarse, fingiendo que no le importa, que ni se siente solo, ni enfadado, ni agobiado. La manera que encuentra de distanciarse de esos sentimientos de vulnerabilidad, es convertir sus sentimientos en acciones, en especial acciones sobre su propio cuerpo, como cuando se autolesiona o se droga, o realizando acciones para hacer sentir a los demás tan solos, enfadados y agobiados como él.

La mentalización en la familia: La familia de Jason ha estado “atascada” en un “diálogo de sordos” en el cual todo el mundo siente que no se le escucha, ni se le entiende y piensan que es muy desesperante que nadie más pueda apreciar la perspectiva individual, y tomar en cuenta las propias necesidades y sentimientos.

Los padres de Jason ven los problemas de su hijo de formas muy diferentes y se culpan el uno a otro por las dificultades que ven en él. Cuando se sienten estresados, los padres tienen la dificultad de abrirse a otra perspectiva diferente, por lo cual los lleva a un círculo vicioso en el cual, cuando Jason se encuentra más angustiado y se siente enfadado e incomprendido, adopta comportamientos que son más angustiantes para sus padres, lo que los lleva a no comprender a su hijo. A su vez, esto lleva a Jason a sentirse más angustiado, enfadado e incomprendido, y así sucesivamente, hasta que todo el mundo se siente desesperado y fuera de control.

Plan de tratamiento: Jason y sus padres se han puesto de acuerdo para participar en un plan de tratamiento que empezará con un periodo de hospitalización. El propósito de esta fase es ayudar a cambiar los ciclos viciosos descritos arriba para que Jason y sus padres puedan recuperar la sensación de control, esperanza y conexión basada en una mejor habilidad para comprenderse entre sí, comunicarse y colaborar más efectivamente.

Un objetivo importante es planificar cómo Jason podría comprender y controlar sus sentimientos de una manera que pueda enfrentarse a ellos sin la necesidad de sus comportamientos autodestructivos, que perjudican su salud y sus relaciones. Estos incluyen el abuso de sustancias, las autolesiones y su absorción en la pornografía. Completar un plan que interrumpa estos patrones autodestructivos, controlando las crisis y que esto se mantenga después de abandonar el hospital, es un objetivo de esta fase del tratamiento.

Un segundo objetivo de la hospitalización será estabilizar los síntomas de la depresión y la ansiedad que hacen muy difícil a Jason sentirse seguro, efectivo y capaz de pensar claramente y comprender sus sentimientos o los de los demás. Otro objetivo es confeccionar un plan de medicación. Evaluar sus capacidades psicológicas y de aprendizaje, será también parte del objetivo, para saber cómo aprende y cómo puede utilizar en su beneficio su maravillosa inteligencia para acomodar el tipo de procesamiento que es relativamente débil en él.

El objetivo final de la hospitalización consiste en tener una oportunidad para que Jason y su familia practiquen cómo mantener la mente de cada uno efectivamente comprometida – cómo mentalizar- en situaciones desafiantes en las cuales es difícil mantener la mente bajo control. Las sesiones individuales, de grupo y de familia les brindarán la oportunidad para poner esto en práctica en varias situaciones que presenten diferentes tipos de desafío. Jason y sus padres tienen previsto luego de la hospitalización participar en un programa de sesiones semanales individuales y de grupo, y sesiones mensuales en familia, durante un año. Una vez al mes, el equipo también se reunirá con Jason y sus padres para evaluar su progreso.



Referencias

- Allen, J. (2006). Personal Communication. Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008a). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, DC, *American Psychiatric Publishing*.
- Allen, J., Lemma, A., Fonagy, P. (2012). Drug Addiction in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman A, Fonagy P, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 445-461.
- Angold, A., Costello, A.J. (2001): The epidemiology of depression in children and adolescents, in the *Depressed Child and Adolescent, 2nd Edition (Cambridge Child and Adolescent Psychiatry Series)*. Edited by Goodyear IM. Cambridge, UK, Cambridge University Press, pp143-178
- Arnsten, A.F.T. (1998): The biology of being frazzled. *Science* 280:1711-1712,
- Arnsten, A.F.T. (2000): Stress impairs prefrontal cortical function in rates and monkeys: role of dopamine D1 and norepinephrine alpha-1 receptor mechanisms. *Prog Brain Res* 126:183- 192.
- Arnsten, A. F. T., Mathew, R., Ubriani, R., Taylor, J. R., & Li, B.-M. (1999). alpha-1 noradrenergic receptor stimulation impairs prefrontal cortical cognitive function. *Biological Psychiatry*, 45, 26-31.
- Asen, A., Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Family Therapy in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman, A., Fonagy, P., Washington, DC:
- American Psychiatric Publishing, pp 107-128. Baird, A. A., Veague, H. B., & Rabbitt, C. E. (2005). Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1031-1049.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder - a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006a). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder - mentalization based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*. 165(5); 631-638
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, A., Fonagy, P., Luyten, P. (2012). Introduction and Overview in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman, A., Fonagy, P., Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 3-43.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2012). Antisocial Personality Disorder in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman, A., Fonagy, P., Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 289-308.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., et al. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Personal Disord*, 18(2), 193- 211.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic Efficiency of Borderline Personality Disorder Criteria in Hospitalized Adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042-2047.
- Belsky, J., Caspi, A., Arseneault, L. (2012) et al: A test of Diathesis-stress Theories of the Etiology of Border-



- line Personality Disorders in a Birth Cohort of 12 year old Children. *Developmental Psychopathology*, 24(01), 251-265
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York: Guilford.
- Bleiberg, E., Rossouw, T., Fonagy, P. (2012). Adolescent Breakdown and Emerging Borderline Personality Disorder in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman, A., Fonagy, P.. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 463-509.
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. M. (2004). Construct validity. of adolescent BPD. *Can Child Ado Psychiatry Review*, 13(3), 53-57.
- Bornovaloba, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delaney-Brumsey, A., Lynch, T. R., et al. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 717-726.
- Bornovaloba, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., McGue, N. (2009). Stability, Change and Heritability of Borderline Personality disorder Traits from Adolescence to Adulthood: A Longitudinal Twin Study. *Developmental Psychopathology* 21 (4) 1335-1353.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds II: Some principles of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 130, 421-431.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Volume I: Attachment* (second ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988b). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019.
- Carlson, E., Egeland, B., Sroufe, L. (2009). A Prospective Investigation of the Development of Borderline Personality Symptoms. *Developmental Psychopathology*, 21 (14) 1311-1334.
- Casey, B. J., Giedd, F. N., & Thomas, K. M. (2000). Structural and Functional Brain Development and its Relation to Cognitive Development. *Biological Psychology*, 54 (1- 3), 241-257.
- Chabrol, H., Mantovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 847-849.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *J Personal Disord*, 18(6), 526-541.
- Choudhury, S., Blakemore, S.-J., & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *SCAN*, 1, 165-174.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Personal Disord*, 19(5), 466- 486.
- Coid, J. W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *Br J Psychiatry*, 162, 641-650.
- Crawford, T. N., Cohen, P., & Brook, J. S. (2001). Dramatic-erratic personality disorder symptoms: II. Developmental pathways from early adolescence to adulthood. *J Personal Disord*, 15(4), 336-350.
- Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1051-1070.
- Csibra, G., & Gergely, G. (2006a). Social learning and social cognition: The case for pedagogy. In M. H. Johnson & Y. M. Munakata (Eds.), *Processes of change in brain and cognitive development. Attention and Performance* (Vol. XXI, pp. 249-274). Oxford: Oxford University Press.
- Dahl, R. E. (2001). Affect Regulation, Brain Development, and Behavioral / Emotional Health in Adolescence. *CNS Spectrums*, 6(1), 60-72.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- De Clercq, B., & De Fruyt, D. (2003). Personality disorder symptoms in adolescence: A five-factor model perspective. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 269-292.
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1999). Transforming Negative Parent - Child Interactions: From Impasse to Dialogue. *Family Process*, 38, 5-26.



- Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolo, G., & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self- reflection on mindreading. *Conscious Cogn*, 17(3), 778-789.
- Distel, M.A., Trull, T.J., Derom, C.A. (2008). Et al: Heritability of Borderline Personality Disorder features is Similar across Three Countries. *Psychological Medicine* 38 (9), 1219-1229.
- Fearon, R. M., & Belsky, J. (2004). Attachment and attention: protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Dev*, 75(6), 1677-1693.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1999). Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 581-592.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Frith, C. D. (2007). The social brain? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, 362(1480), 671-678.
- Frith, C. D., & Frith, U. (2006a). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50, 531-534. Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cogn Sci*, 8(9), 396-403.
- Garnet, K. E., Levy, K. N., Mattanah, J. J. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1380-1382.
- Gergely, G. (2004). The role of contingency detection in early affect-regulative interactions and in the development of different types of infant attachment. *Social Behavior*, 13, 468-478.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*, 2, 861-863.
- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., et al. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 101(21), 8174-8179.
- Goodman, M., Hazlett, E.A., New, A. S., (2009) et al: Quietening the affective storm of Borderline Personality disorder. *Am J Psychiatry* 166:522-558.
- Jogems-Kosterman, B. J., de Knijff, D. W., Kusters, R., & van Hoof, J. J. (2007). Basal cortisol and DHEA levels in women with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, 41(12), 1019-1026.
- Johnson, J., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J., Skodol, A., et al. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1406-1412.
- Keysers, C., & Gazzola, V. (2006). Towards a unifying neural theory of social cognition. *Prog Brain Res*, 156, 379-401.
- Killgore, W. D., Oki, M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2001). Sex-specific developmental changes in amygdala responses to affective faces. *Neuroreport*, 12(2), 427-433.
- Kobak, (2009) et al Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., et al. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159(5), 784-788.
- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu Rev Psychol*, 58, 259-289.
- Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Suckling, J., et al. (2010). Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *J Cogn Neurosci*, 22(7), 1623-1635.
- Ludolph, P. S., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., & Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *Am J Psychiatry*, 147(4), 470-476.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A. (2012). Depression in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman, A., Fonagy, P., Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 385-417.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., Vermote, R. (2012): Assessment of Mentalization in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman A, Fonagy P pp 43-65, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, c., Melnick, S., Atwood, G. (2005). Expanding the Concept of Unresolved Mental States of Mind are Associated wit atypical Maternal Behavior and Infant disorganization. *Developmental Psychopathology* 17, 1-23.
- Mayes, L. C. (2000). A developmental perspective on



- the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology*, 24, 267-279.
- Mayes, L. C. (2006). Arousal regulation, emotional flexibility, medial amygdala function, and the impact of early experience: comments on the paper of Lewis et al. *Ann N Y Acad Sci*, 1094, 178-192.
- McManus, M., Lerner, H., Robbins, D., & Barbour, C. (1984). Assessment of borderline symptomatology in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of child psychiatry*, 23(685-694).
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course- persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol*, 14(1), 179-207.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., & Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.
- Neumann, I. D. (2008). Brain oxytocin: a key regulator of emotional and social behaviors in both females and males. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(6), 858-865.
- New, A. S., Hazlett, E. R., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., et al. (2007). Amygdala PerFrontal Disconnection in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychopharmacology*, 32, 1629-1640.
- Ni X, Chand, Chan K, McMain, S., & Kennedy J. (2009). Serotonin Genes and Gene - Gene Interactions in Borderline Personality Disorder in a Matched Case - Control Study - Progress. *Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 128-133.
- Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMain, S., et al. (2007). Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatr Genet*, 17(3), 153-157.
- Offer, D., & Offer, J. B. (1975). *From Teenage to young manhood: A psychological study*. New York: Basic Books.
- Pine, D. S., Grun, J., Maguire, E. A., Burgess, N., Zarahn, E., Koda, V., et al. (2002). Neurodevelopmental Aspects of Spatial Navigation: A Virtual Reality fMRI Study. *Neuroimage*, 15 (2), 396-406.
- Pronin, E., Gilovich, T., & Ross, L. (2004). Objectivity in the eye of the beholder: divergent perceptions of bias in self versus others. *Psychol Rev*, 111(3), 781-799.
- Rossouw, T., Fonagy, P., (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in Adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 51(12); 1304-1313
- Satpute, A. B., & Lieberman, M. D. (2006). Integrating automatic and controlled processes into neurocognitive models of social cognition. *Brain Res*, 1079(1), 86-97.
- Suchman, N. (2012) et al: At Risk Mothers of Infants and Toddlers in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman A, Fonagy P, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 309-346.
- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bull Menninger Clin*, 71(2), 85-114.
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The Borderline Diagnosis III: Identifying Endophenotypes for Genetic Studies. *Biological Psychiatry*(51), 964-968.
- Siever, L. J., & Weinstein, L. N. (2009). The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*, 57(2), 361-398.
- Skarderud, F., Fonagy, P., Lemma, A. (2012). Depression in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Edited by Bateman A, Fonagy P, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, pp 385-417.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*, 51(12), 951-963.
- Slade, A., & Sadler, L. (2007). 'Minding the Baby'. In L. C. Mayes, P. Fonagy & M. Target (Eds.), *Developmental science and psychoanalysis*. London: Karnac.
- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the Caregiving System: Toward a Theory of Caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17, 183-197.
- Solomon, J., George, C., & Dejong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-463.
- Sowell, E. R., Peterson, B. S., Kan, E., Woods, R. P., Yoshii, J., Bansal, R., et al. (2007). Sex differences in cortical thickness mapped in 176 healthy indi-



- viduals between 7 and 87 years of age. *Cereb Cortex*, 17(7), 1550-1560.
- Sowell, E. R., Peterson, B. S., Thompson, P. M., Welcome, S. E., Henkenius, A. L., & Toga, A. W. (2003). Mapping cortical change across the human life span. *Nat Neurosci*, 6(3), 309- 315.
- Spear, L. (2007). The Developing Brain and Adolescent - Typical Behavior Patterns: An Evolutionary Approach. In D. R. a. E. F. Walker (Ed.), *Adolescent Psychopathology and the Adolescent Brain* (pp. 9-30). New York, New York: Oxford University Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*, 7(4), 349-367.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York, N.Y.: BasicBooks.
- Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., et al. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 117(2), 139-147.
- Suchman, N., Decoste, C. et al (2010): The Mothers and Toddlers program: An attachment-based parenting intervention for substance-using women. *Attachment and Human Development* 12:483-504.
- Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson K. (2008) et al: Dimensional Representations of DSM-IV Cluster B Personality Disorders in a Population-Based Sample of Norwegian Twins: A Multivariate Study. *Psychological Medicine* 38 (11) 1617-1625.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York: W.W. Norton & Company.
- Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., & Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends Cogn Sci*, 11(4), 153-157.
- Westen, D., Dutra, L., & Shedler, J. (2005). Assessing adolescent personality pathology. *British Journal of Psychiatry*, 186, 227-238.
- White, C.N., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Hudson, J.I. (2003). Family Studies of Borderline of Borderline Personality Disorder: A Review. *Harvard Review of Psychiatry* 11 (1) 8- 19.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent Borderline Symptoms in the Community: Prognosis for Functioning Over 20 Years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*(49), 993-941.
- Yurgelun-Todd, D. A., & Killgore, W. D. (2006). Fear-related activity in the prefrontal cortex increases with age during adolescence: A preliminary fMRI study. *Neuroscience Letters*, 406(3), 194-199.
- Zanarini, M. (2003). Childhood interview for DSM-IV borderline personality disorder (CIBPD). *Unpublished manuscript*. McLean Hospital and Harvard Medical School.
- Zanarini, M. C., Barison, L. K., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Hudson, J. I. (2009). Family History Study of the Familial Coaggregation of Borderline Personality Disorder With Axis I and Nonborderline Dramatic Cluster Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 357-369.

