

Tratamiento basado en la mentalización

Mentalization-based treatment

Anthony Bateman y Peter Fonagy

Artículo original traducido y publicado con autorización: Bateman, A. y Fonagy, P. (2013).
Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>

Traducción: Marta González Baz
Revisión: Beatriz López-Palop de Piquer

El concepto de mentalización ha captado el interés e imaginación de un extraordinario número de personas -desde psicoanalistas a neurocientíficos, desde investigadores del desarrollo infantil a genetistas, desde filósofos existencialistas a fenomenologistas- todos ellos parecen haberlo encontrado de utilidad. Según la *Web of Science* que mantiene Thompson Reuters, el uso del término en títulos y resúmenes de artículos científicos aumentó de 10 a 2750 entre 1991 y 2011. Los clínicos, en particular, han abrazado la idea con entusiasmo, y le han dado un uso innovador en su práctica. El tratamiento basado en la mentalización (MBT) -convertir la mentalización en el foco central de la terapia- se desarrolló inicialmente para el tratamiento del trastorno límite de personalidad (TLP) en los servicios clínicos rutinarios tanto en su modalidad grupal como individual. La terapia basada en la mentalización como componente central está siendo actualmente desarrollada para el tratamiento de grupos numerosos, incluyendo personas con trastorno de personalidad antisocial, abuso de sustancias, trastornos de alimentación y madres en riesgo con bebés y niños (A. Bateman y Fonagy, 2011). También se está utilizando con familias y adolescentes, en colegios, y para manejar grupos sociales (Asen y Fonagy, 2011; Fonagy et al., 2009; Twemlow, Fonagy y Sacco, 2005a, 2005b). En este artículo, nos centramos en la MBT en el tratamiento del TLP.

Mentalización y trastorno límite de personalidad

La mentalización es el proceso por el cual damos sentido a los demás y a nosotros mismos, implícita y explícitamente, en términos de estados subjetivos y procesos mentales. Es un fenómeno profundamente social: como seres humanos, generalmente (y de forma automática) formamos creencias sobre los estados mentales de aquellos con quienes interactuamos, y nuestros propios estados mentales se ven fuertemente influenciados por estas creencias. Sin embargo, los seres humanos pueden perder temporalmente la conciencia de que los otros tienen mente, y a veces pueden tratarlos como si fueran objetos físicos.

El TLP es un trastorno complejo y grave caracterizado por un patrón generalizado de dificultades en la regulación de la emoción, el control de impulsos y una inestabilidad

tanto en las relaciones como en la imagen del self. Aquellos que padecen TLP tienen una tasa de mortalidad, asociada con el suicidio, que es 50 veces la de la población en general (Skodol et al., 2002). La disfunción de la autorregulación es particularmente evidente en el contexto de las relaciones sociales e interpersonales (Posner y col., 2002). Esto puede explicar, en cierta medida, la respuesta generalmente pobre de los pacientes con TLP al tratamiento psicoanalítico tradicional y su tendencia hacia el empeoramiento sintomático en una modalidad de tratamiento de sesiones frecuentes (Stone, 1987).

La MBT para el TLP se fundamentó en la base teórica concreta de que la vulnerabilidad a la pérdida frecuente de la mentalización es la patología subyacente que da lugar a estos síntomas característicos. En esencia, sugeríamos que el TLP era un trastorno de la mentalización (A.W. Bateman, 1998; Fonagy, 1998; Fonagy, Target y Gergely, 2000). Nuestra tesis era que los pacientes con TLP pierden a menudo temporalmente la capacidad de mentalizar con precisión dentro de las interacciones interpersonales. Esto les hace más vulnerables a cambios rápidos en los estados emocionales y a la impulsividad. En este artículo, describimos brevemente algunos aspectos evolutivos de la mentalización, analizamos la relación de la mentalización con el tratamiento del TLP, esbozamos las características del método de tratamiento, ofrecemos un ejemplo clínico ilustrativo de una paciente en terapia individual usando MBT y describimos la investigación sobre enfoques basados en la mentalización.

Apego, mentalización y TLP

La mentalización no es una capacidad estática, unitaria, sino una capacidad dinámica, multifacética que tiene especial relevancia en el contexto de las relaciones de apego. La pérdida temporal de la capacidad de mentalización es una parte integral del funcionamiento normal, pero la capacidad para continuar mentalizando aún bajo circunstancias estresantes, y para recuperarse relativamente rápido de esta pérdida de capacidad, son el sello de una mentalización sólida. Esta sólida mentalización está, a su vez, fuertemente relacionada con el apego seguro (Fonagy y col., 2002). El apego seguro supone el trabajo preliminar para una mentalización madura más adelante en la vida. Es más, la capacidad para continuar mentalizando incluso bajo un estrés considerable está asociada con los denominados ciclos de “ampliación y construcción” (Fredrickson, 2001, pp. 218-226) de seguridad en el apego. Estos ciclos refuerzan los sentimientos de apego seguro, control personal y regulación del afecto (construcción) y dan lugar al desarrollo de entornos más adaptativos (ampliación; Mikulincer y Shaver, 2007).

Así, los individuos con altos niveles de mentalización suelen mostrar una resiliencia considerable frente a condiciones estresantes, y a menudo pueden adquirir una perspectiva sorprendentemente beneficiosa de sus vidas frente a la adversidad (Fonagy et al., 1994). Es más, muestran una buena capacidad para sumar relaciones positivas -es decir, capacidad para apegarse a otras personas que sean cariñosas y serviciales (Hauser et al., 2006)- y para la correulación eficaz del estrés y la adversidad (Luyten et al., 2009). Estos individuos también suelen tener una buena capacidad para explorar tanto el mundo externo como su propio mundo interno. Esto se manifiesta a menudo en una marcada creatividad; la capacidad para simbolizar; la capacidad para cambiar la perspectiva sobre su vida y la de los demás; el interés en los sueños, las fantasías, el arte y la música; y un interés general en los mundos internos de otras personas.

La conciencia de otras mentes es uno de los mejores indicadores de niveles elevados de mentalización, y se asocia con una sensación de libertad interna para explorar

pensamientos, sentimientos, deseos y experiencias. Los mentalizadores maduros tienen la seguridad interna para explorar y verbalizar incluso los recuerdos y experiencias difíciles, y están claramente interesados en hacerlo (2008). Esta seguridad en la exploración mental, que puede estar impulsada por experiencias tanto positivas como negativas, también promueve la capacidad para pedir y aceptar ayuda (Grossman et al., 1999). Pero este no es el caso de las personas con TLP: ellos usan estrategias de apego marcadamente diferentes que tienen efectos devastadores en su capacidad para reflexionar sobre sí mismos y sobre los motivos de los otros. Esto, a su vez, impacta grave y negativamente en sus interacciones y relaciones.

Estrategias de hiperactivación

Para manejar sus estados internos y las interacciones con los otros, las personas con TLP tienden a utilizar estrategias de hiperactivación (aunque algunos pueden recurrir a procedimientos de desactivación, tal como se describe a continuación). Las estrategias de hiperactivación del apego (Mikulincer y Shaver, 2007) son desplegadas por el paciente ansioso con TLP que se apega a otros fácil y rápidamente. Esto a menudo resulta una decepción por dos razones: en primer lugar, la hiperactivación del apego hace que los individuos formen apegos inapropiadamente intensos con otros; en segundo lugar, inhibe los sistemas neuronales asociados con el juicio de la confianza que merecen los otros (Allen et al., 2008; Fonagy y Bateman, 2008). Así, los pacientes con TLP rápidamente idealizan su tratamiento y a su terapeuta, se vuelven excesivamente confiados y muestran tendencia a saltarse los patrones sociales establecidos, incluyendo el encuadre /de la terapia.

Cuando sus necesidades no se satisfacen, sin embargo, los pacientes con TLP pueden revertir rápidamente sus estrategias. Como resultado, estos pacientes se vuelven despectivos, hostiles y críticos. También muestran un mayor tiempo para recuperar la capacidad de mentalización. En respuesta a una exploración activa o a suposiciones automáticas desafiantes, durante la evaluación, los clínicos deberían tomar la pérdida de la capacidad de mentalización como un claro aviso de la sensibilidad del sistema de apego del paciente. Con estos pacientes, es peligroso ofrecer tratamiento en un entorno que sobreestime el apego (por ejemplo, en una unidad de internamiento). De forma parecida, no sería recomendable una terapia que intensifique la relación paciente-terapeuta demasiado pronto. En la MBT, como principio, la intensidad de la relación paciente-terapeuta sólo aumenta más adelante en el tratamiento, cuando el paciente es capaz de mantener la mentalización durante las interacciones personales más íntimas.

Estrategias de desactivación

Por el contrario, los individuos que usan principalmente estrategias de desactivación, tales como la distancia emocional, son capaces de mantener la mentalización más tiempo. Frente al estrés interpersonal, se distancian emocionalmente. Bajo niveles de estrés en aumento, estas estrategias de desactivación tienden a fallar, dando a lugar a una fuerte reactivación de los sentimientos de inseguridad, mayor activación de representaciones negativas del self, y mayores niveles de angustia interna (Mikulincer, Dolev y Shaver, 2004).

La investigación ha mostrado que los individuos que usan estrategias de desactivación pueden mostrar indicadores de estrés biológicos considerables (tales como aumento en la presión arterial). Al mismo tiempo, sin embargo, estos individuos no solo aparentan estar

calmados; también informan que subjetivamente no se sienten estresados (Dozier y Kobak, 1992; Luyten et al., 2009). Las siguientes observaciones indican potencialmente una disociación entre la angustia subjetiva y la biológica: los individuos aparentan estar demasiado calmados para la situación (por ej. al hablar de una historia de abandono emocional sin mostrar ninguna señal de desasosiego); no pueden ofrecer ejemplos, tales como experiencias de apego concretas, ilustrando afirmaciones generales; o primero parecen estar calmados, pero luego de repente se sienten extremadamente incómodos (por ej. empiezan a sudar, o empiezan a sentirse mareados de repente). Además, estos individuos a menudo atribuyen los cambios repentinos en sus niveles de angustia no al tema del que se está hablando, sino a circunstancias externas (por ej. que no han comido suficiente el día antes y por eso se sienten mareados). Bajo estas circunstancias, el clínico necesita ser consciente de que lo que ve no es necesariamente lo que hay. El paciente puede parecer capaz de mentalizar pero, de hecho, está usando procesos racionales e intelectuales desprovistos de afecto, procesos que son más parecidos a un funcionamiento en modo simulado.

Estrategias mixtas

Los individuos con un apego desorganizado pueden mostrar tanto déficits marcados en la mentalización como una tendencia a la hipermentalización (Bateman y Fonagy, 2004a). Usan estrategias de desactivación cuando fallan las estrategias de hiperactivación (o viceversa). Esto a menudo tiene como resultado marcadas oscilaciones en la mentalización. Debido a que recurren en exceso a modos de cognición social que anteceden a la mentalización propiamente dicha, las estrategias hiperactivantes dan lugar a una pérdida de mentalización y por tanto a fracasos a la hora de entender los estados mentales de uno mismo y de los otros (Bateman y Fonagy, 2006). Las estrategias de desactivación del apego, sin embargo, están típicamente asociadas con la minimización y la evitación de los contenidos afectivos. Como resultado, un individuo que emplea esas estrategias tiene tendencia a hipermentalizar mediante intentos continuos, pero sin éxito, de entender sus propios estados mentales y los demás. Este patrón se refleja en la observación empírica de estilos de apego temerosos-evitativos y preocupados (Choi-Kain et al., 2009).

El clínico que evalúa tendrá que ser capaz de rastrear estas estrategias tomando una descripción detallada de las relaciones íntimas del paciente y explorando cuidadosamente las conductas del paciente (tales como intentos de suicidio y autolesiones). Por ejemplo, los pacientes que usan con frecuencia estrategias de hiperactivación pueden quejarse de que sus relaciones empiezan bien, se enamoran rápidamente, pero que luego se sienten traicionados, engañados, embaucados y abandonados. No es sorprendente que esto conduzca a una ruptura repentina de sus relaciones. Si el evaluador indaga, el paciente mostrará escasa reflexión sobre su papel en el problema, aunque pueda decir que debe ser culpa suya porque sigue sucediendo.

El paciente que usa más estrategias de desactivación puede dar lugar a una vida en cierto modo aislada y limitar sus interacciones con los otros, formando raramente apegos íntimos. Puede pasar cantidades considerables de tiempo implicados en actividades solitarias. En la entrevista, los desafíos y la exploración detallada provocarán una respuesta emocional limitada, y el entrevistador puede incluso aburrirse. La mayoría de pacientes llevan a cabo una mezcla de estrategias y el proceso de evaluación debería identificar las circunstancias que pueden desencadenar una estrategia u otra. Esto

orientará al evaluador respecto a las áreas de sensibilidad, lo que a su vez permite a paciente y terapeuta identificar áreas de tratamiento que pueden resultar problemáticas.

El tratamiento basado en la mentalización

Debería ser evidente a partir de esta discusión sobre el apego y la MBT, que el foco del tratamiento necesita ser estabilizar la sensación del self, sostener la mentalización dentro del contexto interpersonal de la terapia y ayudar al paciente a mantener un nivel óptimo de excitación durante las interacciones con los otros. Los problemas con la mentalización en pacientes con TLP pueden resumirse como sigue:

1. Como resultado de la hipersensibilidad de los procesos de apego, los pacientes con TLP son vulnerables a los fallos de mentalización en el contexto de las relaciones de apego.
2. La pérdida de la capacidad de mentalización da lugar a modos prementalizadores de funcionamiento -modo de experiencia subjetiva de equivalencia psíquica (concreto). modo simulado (disociado). y teleológico (orientado a la acción y los resultados).
3. En estos estados mentales, las experiencias son o demasiado reales o carentes de significado, y la comprensión de los motivos por parte del paciente es únicamente en términos del mundo físico; es decir, las cosas tienen que suceder o que hacerse para que sean significativas.
4. Estas distorsiones de la subjetividad normalmente se acompañan de un intenso dolor psíquico que es difícil de apreciar para aquellos que no comparten el dolor psíquico del paciente.

Para abordar estos puntos clave, hemos definido algunas técnicas nucleares que se usarán en el contexto de la terapia grupal e individual. Hemos llamado a estas técnicas MBT (A. W. Bateman y Fonagy, 2004). Este tratamiento puede ser implementado por profesionales de la salud mental en general con experiencia en el trabajo con el trastorno de la personalidad; solo se requieren niveles moderados de formación adicional.

La tarea inicial en la MBT es estabilizar la expresión emocional. Sin un control mejorado del afecto, no puede existir una consideración seria de las representaciones internas. Aunque a la inversa es cierto -sin representaciones internas estables no puede darse un control sólido de los afectos- la identificación y la expresión del afecto son el primer objetivo porque representan una amenaza inmediata a la continuidad de la terapia (así como potencialmente a la vida del paciente). El afecto incontrolado da lugar a la impulsividad. Sólo cuando el afecto y la impulsividad están bajo control es posible centrarse en las representaciones internas y fortalecer el sentido del self del paciente. Para llevar a cabo el tratamiento, es necesario definir y organizar primero la estructura y el contexto del tratamiento.

Estructura de la MBT

Hay una gama de terapias que son efectivas en el tratamiento del TLP (Davidson et al., 2006; Gieson-Bloo et al., 2006; Linehan et al., 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger y

Kernberg, 2007; A. Bateman y Fonagy, 2009; McMMain et al., 2009). Aunque hay diversidad en el foco, los tratamientos que han demostrado ser moderadamente eficaces para el TLP tienen ciertos rasgos comunes (A. Bateman y Fonagy, 2000). Tienden a:

1. Estar bien estructurados.
2. Dedicar un esfuerzo considerable por aumentar el cumplimiento.
3. Tener un foco claro (sea en una conducta problemática, como la autolesión, o un aspecto de los patrones de relaciones interpersonales).
4. Ser teóricamente muy coherentes con el terapeuta y el paciente, a veces omitiendo deliberadamente información incompatible con la teoría.
5. Ser relativamente de larga duración.
6. Favorecer una relación de apego potente entre terapeuta y paciente, permitiendo al terapeuta adoptar una posición relativamente activa más que pasiva; y
7. Estar bien integrados con otros servicios disponibles para el paciente.

Aunque puede parecer que algunos de estos rasgos caracterizan a un estudio de investigación exitoso en lugar de a una terapia exitosa, el modo en que los protocolos de tratamiento clínico se construyen y se llevan a cabo es probablemente especialmente importante en el tratamiento del TLP. Parte del beneficio que los individuos con trastorno de personalidad límite obtienen del tratamiento proviene de su experiencia de estar involucrados en una tarea interpersonal cuidadosamente considerada, bien estructurada y coherente. Lo que puede ser de ayuda es la internalización de una estructura cuidadosamente desarrollada, la comprensión de la interrelación de diferentes componentes fiables identificables, la interdependencia causal de ideas y acciones concretas, las interacciones constructivas de profesionales y, sobre todo, la experiencia de ser sujeto de un pensamiento fiable, coherente y racional. Puede sostenerse sobre una base empírica que los pacientes con TLP han sido privados de exactamente estos tipos de experiencias sociales y personales durante su desarrollo temprano y con frecuencia a lo largo de su vida. La provisión de tales experiencias en el tratamiento, probablemente se correlaciona con el nivel de seriedad y el grado de compromiso con el que los equipos de profesionales abordan el problema de cuidar a este grupo de pacientes. La organización y la realización de la MBT tiene en cuenta todos estos aspectos del tratamiento.

La MBT se organiza en torno a un periodo de tratamiento de 18 meses que comienza con un procedimiento de evaluación y sesiones introductorias. A esto le sigue terapia semanal individual y grupal junto con la planificación de las crisis y el cuidado psiquiátrico integrado (A. Bateman y Fonagy, 2004b, 2006).

Evaluación

Un conocimiento detallado de los tipos concretos de fallos en la mentalización -y especialmente los contextos de apego concretos en los que se manifiestan estas deficiencias-puede no solo orientar el foco del tratamiento; también puede orientar al evaluador y al futuro terapeuta grupal e individual sobre el tipo de relación y los déficits en la mentalización asociados a ella que pueden desarrollarse en el tratamiento. Por tanto,

una evaluación de la mentalización de los individuos al nivel de la práctica clínica se basa en detallar los usos de las estrategias de apego primarias que se han discutido anteriormente.

Tras la evaluación de la mentalización, el paciente y el terapeuta analizan el diagnóstico de TLP y empiezan a considerar los principales problemas que se presentan en términos de dificultades en la mentalización. Esto conduce a una formulación que es una tarea terapéutica conjunta entre paciente y terapeuta. En la MBT, el propósito de la formulación no es identificar la verdad respecto a los problemas del paciente. En cambio, el objetivo es iniciar el proceso de mentalización. El terapeuta tiene que identificar las razones por las que el paciente acude en busca de tratamiento y ubicarlas en un contexto histórico y actual, al mismo tiempo que yuxtapone su comprensión de la experiencia del paciente. Al paciente se pide que articule sus propias experiencias al tiempo que reflexiona sobre la experiencia del terapeuta, tal como este se la presenta verbalmente al paciente. Esto hace necesario que el terapeuta sea más abierto acerca de lo que tiene en mente de lo que es tradicional en las terapias dinámicas. A cambio, el terapeuta acuerda considerar su propio estado mental en relación con la experiencia verbalizada del paciente sin dar por hecho que su comprensión tiene más validez. En el mejor de los casos, se trata de una perspectiva alternativa.

Esta humildad respecto a la comprensión de los motivos y los estados mentales subyacentes comienza con la formulación inicial, pero es también clave para la MBT como un todo. El énfasis que pone el tratamiento en la posición del terapeuta es uno de los componentes básicos de la MBT.

La posición del terapeuta

La posición terapéutica mentalizadora del terapeuta debería incluir:

1. Humildad derivada de una sensación de no saber.
2. Paciencia en tomarse tiempo para identificar las diferencias en las perspectivas.
3. Legitimar y aceptar diferentes perspectivas
4. Preguntar activamente al paciente sobre su experiencia -pedir descripciones detalladas de la experiencia (preguntas tipo *qué*). en lugar de explicaciones (preguntas tipo *por qué*)
5. Evitar cuidadosamente la necesidad de ofrecer una comprensión a cosas que no tienen sentido inmediato -se instruye al terapeuta para decir explícitamente que algo no queda claro.

Un componente importante de esta posición es la monitorización de los malentendidos propios como terapeuta. El reconocimiento de los malentendidos no solo modela la honestidad y la valentía; asumiendo la responsabilidad sobre ellos, el terapeuta también tiende a disminuir el nivel de excitación del paciente. Es más, el reconocimiento ofrece oportunidades impagables para explorar cómo los malentendidos pueden surgir a partir de suposiciones erróneas sobre estados mentales opacos, y sobre cómo estas confusiones pueden dar lugar a experiencias masivamente aversivas.

En este contexto, es importante ser consciente de que el terapeuta, cuando trabaja con un paciente que no mentaliza, está constantemente en riesgo de perder su propia capacidad para mentalizar. En consecuencia, consideramos las puestas en acto ocasionales del terapeuta como concomitantes aceptables de la alianza terapéutica, algo que simplemente hay que aceptar. Al igual que con otras rupturas en la mentalización, dichos incidentes requieren rebobinar el proceso y explorar el incidente. Así, en la relación paciente-terapeuta colaborativa, los dos participantes implicados tienen una responsabilidad conjunta para entender las puestas en acto.

La actitud del terapeuta

La actitud del terapeuta es crucial. La tarea del terapeuta es estimular un proceso mentalizador y convertirlo en un rasgo esencial de la interacción terapéutica. Pensar en uno mismo y en los otros se desarrolla, en parte, mediante un proceso de identificación: la capacidad del terapeuta para usar su mente y para mostrar un cambio de opinión cuando se le presentan visiones alternativas es internalizada por el paciente. Poco a poco, el paciente se vuelve más curioso respecto a su mente y la de los demás, y por tanto es más capaz de replantearse a sí mismo y a lo que piensa de los otros.

La reelaboración continua de perspectivas sobre uno mismo y los otros en el contexto de una intensa relación de apego es clave para el proceso de cambio. Asimismo, también, lo es focalizar en la experiencia actual en lugar de en la pasada. La tarea del terapeuta es mantener la mentalización y/o restablecerla en sí mismo y en su paciente al tiempo que garantiza que los estados emocionales sean activos y significativos. Por una parte, la excitación emocional excesiva perjudicará la capacidad mentalizadora del paciente y potencialmente lo llevará a actuar. Por otra parte, el énfasis inadecuado en la relación con el paciente permitirá evitar los estados emocionales. A su vez, esto limita los contextos en los que el paciente puede funcionar interpersonalmente. La suma de la terapia grupal a las sesiones individuales aumenta significativamente los contextos en los que este proceso puede tener lugar, de ahí el uso tanto del modo individual como grupal en la MBT.

La posición de no saber

El aspecto de no saber de la posición mentalizadora es parte de la actitud terapéutica general y es crucial para garantizar que el terapeuta mantenga la curiosidad sobre los estados mentales de su paciente. Debe aceptar que tanto él como su paciente experimentan las cosas sólo de forma impresionista y que ninguno de los dos tiene la primacía del conocimiento sobre el otro o sobre lo que ocurre entre ambos.

Este principio se articula más fácilmente en la teoría de lo que se logra en la terapia. Tanto paciente como terapeuta pueden comportarse como si estuvieran seguros de lo que el otro está pensando o sintiendo. ¿Cuándo fue la última vez que un terapeuta le dijo a un paciente “Debe de estar sintiendo...”? El uso de la palabra *debe* implicaba que el terapeuta sabía lo que el paciente estaba sintiendo aun cuando el paciente no hubiera expresado el sentimiento. No hay duda de que el motivo para hacer la afirmación era aumentar la alianza terapéutica mediante la empatía. Por supuesto, el terapeuta puede estar en lo cierto en cuanto al sentimiento del paciente; pero, de igual manera, puede estar equivocado. La

representación que hace un terapeuta de un sentimiento nunca puede ser la misma que la representación del paciente.

Todos los pacientes con TLP estarán rápidamente de acuerdo con la sugerencia del terapeuta, aceptando su estado mental y entrando en un funcionamiento de modo simulado. Esto circunscribe la exploración de sus propios procesos mentales y les impide descubrir exactamente qué sienten. En el TLP es mejor preguntar: “¿Qué siente respecto a eso?” Solo si un paciente se esfuerza por responder, el terapeuta debería darle un empujoncito diciendo “Si yo fuera Vd., sentiría...”, o “Me parece que Vd. siente...”. Ambas afirmaciones son menos prescriptivas y están marcadas como abstracciones que emergen de la experiencia del terapeuta.

Aunque todo esto puede estar implícito cuando uno le dice a un paciente “Debe de sentir...”, el estado de confusión del paciente y su escasa capacidad de mentalización harán que experimente esa afirmación como un hecho sobre cómo se siente, en lugar de experimentarla como una entrada para considerar más su sentimiento. Así que, involuntariamente, el terapeuta ha tomado el poder sobre los estados mentales del paciente en lugar de estimular su desarrollo independiente.

Una confusión común ha sido que ser un terapeuta que no sabe es equivalente a simular ignorancia. Nada podría estar más lejos de la verdad. El terapeuta tiene una mente y está continuamente demostrando que puede usarla. Comúnmente tiene perspectivas alternativas respecto a las del paciente y, de ser así, esto crea una excelente oportunidad para una mayor exploración. Una vez que el terapeuta ha establecido el proceso asociado a la posición de no saber, el modelo recomienda que el terapeuta aumente sensiblemente el foco en la relación entre paciente y terapeuta. La tarea aquí es estimular el proceso de apego dentro del contexto de una intimidad creciente, lo cual es el área sensible para la gente con TLP. Ya se ha mencionado que la intimidad en los contextos interpersonales provoca más fácilmente la pérdida de mentalización en pacientes con TLP que en otros pacientes. Sin embargo, al mismo tiempo, es este contexto en el que más se necesita la mentalización, de modo que el terapeuta de la MBT trabaja *in vivo*, replicando las condiciones en las que un paciente puede perder la mentalización, al tiempo que lo ayuda a mantenerla.

Intervenciones básicas

Hemos sugerido que las intervenciones se organizan en torno a una serie de pasos terapéuticos:

1. Demostrar empatía por el estado subjetivo actual del paciente.
2. Exploración, clarificación y, si procede, desafío
3. Identificar el afecto y establecer un foco de afecto
4. Mentalizar la relación

Puede hallarse una discusión detallada de estas intervenciones terapéuticas en A. Bateman y Fonagy (2006). Aunque la descripción parece prescriptiva y reduccionista, las intervenciones se describen así en pro de la claridad y para resaltar su potencial tanto para restaurar eficazmente la mentalización como para causar un daño iatrogénico. En la MBT,

el terapeuta sigue el principio de que si el paciente es emocional y eso resulta en una pérdida de la capacidad de mentalización, entonces solo pueden usarse intervenciones seguras. En este contexto, una intervención segura es aquella que hace disminuir la excitación, permitiendo la mejor oportunidad para restaurar la mentalización. En efecto, es una intervención en el primer o segundo nivel de los listados anteriormente. Son más seguros porque es menos probable que estimulen más excitación y estados emocionales problemáticos y no requieren un nivel más alto de capacidad de mentalización por parte del paciente. Una vez que el paciente es capaz de reflexionar en cierta medida sobre los estados mentales actuales, es posible considerar ampliar el proceso terapéutico usando intervenciones del tercer y cuarto nivel. Así, en la práctica, el terapeuta de la MBT se mueve por los niveles según su sensibilidad al nivel de excitación del paciente y su capacidad de mentalización. Con el tiempo, esto ayuda al paciente a lograr una mayor mentalización de la relación entre paciente y terapeuta.

Se ha sugerido que la MBT no hace uso de la transferencia (Gabbard, 2006). Esto no es correcto. La interpretación de la transferencia es una técnica de primer orden que no se aprende fácilmente. Las terapias dinámicas que la usan eficazmente ha menudo han sido criticadas por ser complejas y difíciles de implementar bien si una formación exhaustiva. La técnica puede perjudicar a los pacientes con TLP si se usa inadecuadamente. La MBT se desarrolló como un tratamiento basado en la investigación para ser rápidamente aprendido y fácilmente implementado por profesionales de la salud mental en general. Está diseñado para evitar los posibles efectos nocivos de interpretaciones transferenciales burdas y demasiado entusiastas realizadas sin las afirmaciones reestructurantes descritas por quienes son expertos en su práctica (Fonagy y Bateman, 2006). Por esta razón, quienes practican la MBT abordan con precaución el uso de la transferencia.

En nuestras pruebas de MBT, los terapeutas son profesionales que no han tenido una formación especializada en psicoterapia. La propia MBT demanda una mínima formación y supervisión porque usa una visión de la mente de sentido común, incorpora ideas genéricas de diferentes modelos de psicoterapia, los mezcla en un ecumenismo saludable relevante para el TLP y une un servicio y unos patrones de formación realistas. Se ofrecen tres días de formación básica. Se ofrece supervisión en el lugar de trabajo cuando los profesionales ven a pacientes para el tratamiento. Los resultados actuales sugieren que pueden lograrse resultados razonables dentro de este marco de trabajo de servicios de salud mental sin una formación especialista prolongada. Esto respalda la utilidad general de la MBT.

Parte del éxito puede deberse a que evita las intervenciones iatrogénicas, y por ello advertimos a los profesionales en primer lugar sobre lo que comúnmente se considera el objetivo de la interpretación transferencia, es decir ofrecer insight, y en segundo lugar sobre aspectos relacionados con la génesis del problema, tales como vincular la experiencia actual con el pasado debido a sus potenciales efectos iatrogénicos. Muchas intervenciones diferentes vienen bajo el aspecto de la interpretación transferencial. Así que hemos sido cuidadosos a la hora de definir a qué nos referimos. En nuestro manual inicial, esbozábamos esto y en nuestra guía práctica más reciente ofrecemos una ilustración detallada de la interpretación transferencial en la MBT. Nuestro uso de la transferencia coincide con el esbozo que se ofrece en el artículo de Per Hoglend (2006), excepto en que nosotros advertimos respecto a las asociaciones en la transferencia acerca del origen del síntoma.

Nuestro primer paso es la validación del sentimiento transferencial. El peligro del abordaje centrado en la génesis del síntoma de la transferencia es que puede invalidar implícitamente la experiencia del paciente. El segundo paso es la exploración. Deben identificarse los sucesos que generan los sentimientos transferenciales y es necesario hacer explícitas, a veces en doloroso detalle, las conductas vinculadas a estos pensamientos o sentimientos. El tercer paso es aceptar la puesta en acto por parte del terapeuta. Es probable que la mayoría de experiencias del paciente estén basadas en la realidad, aun cuando la conexión con esta sea muy limitada. Esto significa que el terapeuta ha sido arrastrado por la transferencia y actuaba en cierto modo de forma consistente con la percepción que el paciente tiene de él. Puede ser fácil atribuir esto al paciente, pero esto sería de muy poca ayuda puesto que solo serviría para invalidar totalmente la experiencia del paciente. El terapeuta debería reconocer explícitamente incluso las puestas en acto parciales de la transferencia como acciones voluntarias inexplicables de las que acepta haber tenido intención, en lugar de identificarlas como una distorsión del paciente. Dichas acciones del terapeuta ayudarán a demostrar al paciente que uno puede aceptar la intención de actos involuntarios sin invalidar las actitudes que uno está intentando transmitir. Sólo entonces pueden explorarse las distorsiones. El paso cuatro es una colaboración encaminada a llegar a una perspectiva alternativa: en la MBT esto es una expansión de la comprensión de los acontecimientos y experiencias que están bajo escrutinio. Como sucede con cualquier otra forma de mentalización, esto es un esfuerzo colaborativo, y el terapeuta debe imaginarse al lado del paciente, no enfrente. Se sientan uno al lado del otro mirando a los pensamientos y sentimientos del otro, adoptando ambos la posición inquisitiva cuando sea posible. El quinto paso es cuando el terapeuta resume la perspectiva alternativa. El paso final es el monitoreo cuidadoso de la reacción del paciente y de la propia del terapeuta.

Sugerimos dar estos pasos de forma secuencial y generalmente hablamos de mentalizar la relación en lugar de mentalizar la transferencia para distinguir el proceso de la interpretación transferencial, que generalmente se considera como una técnica para ofrecer insight. *Mentalizar la relación* es un término clave para animar a los pacientes a pensar en la relación en la que están en el momento actual (la relación con el terapeuta) con el objetivo de focalizar la atención del paciente en otra mente, la del terapeuta, y ayudarlo a contrastar la percepción de sí mismo con cómo es percibido por otro, por el terapeuta o por los miembros de un grupo terapéutico.

Ejemplo de un caso

Una mujer de 26 años en paro que vivía en un alojamiento social fue derivada a nuestro servicio debido a persistentes intentos de suicidio, autolesiones, pobre funcionamiento social y relaciones personales caóticas. Tenía dos hijos que estaban al cuidado de los servicios sociales, y ella decía que quería recuperarlos. En la entrevista, estuvo taciturna, se sentó encorvada, con una gorra de béisbol tan encasquetada que le cubría la cara, y mostraba vendajes manchados de sangre en ambas muñecas. Contó que había sido una hija no deseada de un padre drogadicto y una madre con múltiples parejas. Había sufrido abusos por parte de uno de los novios de la madre. Su educación fue rudimentaria, pero había aprendido a leer y escribir. En la evaluación psiquiátrica inicial, se la consideró de inteligencia media. Una figura constante en su vida era su abuela materna, quien la crió de los cinco a los dieciséis años. Luego se mudó con un hombre mayor que ella y seis meses después se quedó embarazada de su primer hijo. Su segundo hijo fue concebido durante un atracón de drogas con unos conocidos, y no sabía quién era el padre.

La entrevista inicial confirmó que tenía TLP. Se le ofreció MBT grupal e individual, ambos con una frecuencia semanal. Dijo que no quería un grupo. El terapeuta de la MBT habló con ella de las angustias que sentía sobre acudir a un grupo y fue empático respecto a las dificultades que ella podía afrontar dado que odiaba ser mirada por la gente. El terapeuta le preguntó si por eso llevaba puesta la gorra en la entrevista. Ella dijo que no quería que nadie la viera. El terapeuta dijo que el equipo de tratamiento tendría esto en cuenta y alertó al terapeuta de grupo de su pánico respecto a empezar en el grupo. Finalmente, el evaluador dijo que el programa requería acudir a ambos componentes del programa y la paciente aceptó con reticencia. Se discuten elementos ilustrativos del tratamiento de dieciocho meses desde la perspectiva de la terapia individual.

Admisión

La paciente empezó en un grupo psicoeducativo de duración determinada de doce semanas, donde formó parte de ejercicios que cubrían temas relacionados con el trastorno de personalidad, la mentalización, el apego, las autolesiones, las emociones y la terapia grupal e individual. Tras esta fase preparatoria, la paciente y el evaluador original hablaron del programa de tratamiento y elaboraron y acordaron juntos un plan de crisis. Este plan es un punto de referencia tanto para la paciente como para el terapeuta y se utilizará si la paciente se siente incapaz de salir adelante y corre el riesgo de volverse autodestructiva. El profesional de la MBT puede ser contactado por la paciente como parte del plan de crisis, pero solo si la paciente ha intentado primero reducir el pánico por otros medios. El plan pone los cimientos de la terapia en curso.

Sesión

La paciente comienza la sesión.

Paciente: No tengo nada que decir hoy. Estoy en blanco.

Terapeuta: ¿Cómo es estar en un sesión sentada conmigo pero sin tener nada que decir y nada en la cabeza?

Paciente: Mmmm. Incómodo.

Terapeuta: Ya veo. Supongo que hay un poco de presión por decir algo que reduzca lo incómoda que se siente.

Paciente: Tengo que hablar, de lo contrario será peor con Vd. mirándome.

Terapeuta: ¿Hay algo en concreto hoy que esté haciéndolo problemático, o hay algo que yo pueda hacer para aliviar esto?

La sesión continuó con el terapeuta intentando estimular un diálogo al tiempo que intentaba evitar averiguar qué estaba pasando en la mente de la paciente ni decirle por qué no tenía nada que decir. Los profesionales de la MBT deberían empezar con una intervención empática pero abordando dos componentes de la empatía. En primer lugar, está el estado afectivo; y en segundo lugar, el terapeuta necesita abordar la consecuencia que tiene para la paciente su estado afectivo en el contexto en el que está. Este terapeuta lo hace así aquí. Identifica tanto la mente en blanco de la paciente como su incomodidad

y el efecto que esto tiene en el momento actual de la terapia. El terapeuta también se sitúa en el marco con la paciente preguntándole si hay algo que él pueda hacer para aliviar eso. Tras este comentario, el terapeuta permaneció en silencio. En términos generales, el terapeuta de la MBT es activo puesto que la terapia no está buscando identificar preocupaciones y procesos inconscientes, de modo que la asociación libre, por ejemplo, no es una técnica que se utilice. La paciente rompió el silencio.

Paciente: Me siento incómoda por cosas ahora mismo y no quiero ir más al grupo. Jenny (otra paciente) me parece imposible. Habla todo el tiempo y el terapeuta no le pide que se calle. En el último grupo me marché porque ella no dejaba de hablar, así que para mí era una pérdida de tiempo estar ahí. Nadie más tenía oportunidad.

Terapeuta: ¿Puede decirme cómo se sentía en ese momento?

Paciente: El terapeuta del grupo debería hacer algo para ayudarnos y debería hacerse cargo. Me sentía inútil porque no puedo hacer nada. Se implica con Jenny y nos ignora.

Terapeuta: Parece como que tenemos que pensar cómo hacer para que el terapeuta haga algo.

Paciente: No voy a ir más al grupo.

Terapeuta: Antes de que llegemos ahí, creo que deberíamos hablar de qué puede hacer este terapeuta.

Aquí el terapeuta se mueve junto a la paciente para explorar su crítica al terapeuta de grupo. En la MBT, el terapeuta individual y el terapeuta de grupo trabajan conjuntamente. Los problemas en el grupo se hablan en la terapia individual y cualquier dificultad en el trabajo individual se ve en el grupo. Inicialmente el terapeuta no permanece neutro respecto a dónde está el problema -si en el terapeuta, en el grupo o en la paciente- sino que se pone del lado de la paciente insinuando que hay un problema con el grupo o con el terapeuta, en lugar de con la propia paciente. En la MBT, se espera que el terapeuta, en primer lugar, vea las cosas desde la perspectiva del paciente, valide cómo éste percibe el problema. Los pacientes con TLP están muy centrados en lo externo, por ejemplo escuchando los matices en el tono de voz, y son exquisitamente sensibles a las sugerencias de que ellos son el problema. Fácilmente sienten que sus percepciones son inválidas y que se los culpa por todo. Esto los distancia de la interacción y perturba la mentalización.

Paciente: No creo que realmente sepa lo que está haciendo. Ni siquiera estoy segura de que nos preste atención. El último grupo fue casi todo sobre Jenny y no tuvo relevancia para la mayoría de nosotros. Otros pacientes piensan así también. No soy solo yo. Hablamos sobre eso tras el grupo de la semana pasada. Nadie nos presta atención. No quiero hablar más de ello.

Terapeuta: ¿Qué le hace decir eso de repente?

Paciente: Nada. No merece la pena hablar de ello, así que no quiero hablar más de ello. El problema real para mí es que se me ha roto el coche y no puedo permitirme que lo reparen. Así que me siento frustrada.

Este cambio repentino en el tema y la afirmación enfática por parte de la paciente de que no iba a hablar más del grupo dio lugar a una incertidumbre palpable en la sesión. El terapeuta no tenía claro si presionar para hablar más del grupo o dejarlo. En esta situación de la MBT es donde el terapeuta considera intentar identificar el foco de afecto en la sesión en el momento: el componente afectivo inmediato de la sesión que comparten paciente y terapeuta. Inicialmente, la identificación del afecto en la sesión es verbalizado, es decir marcado, como siendo una creación de la mente del terapeuta en lugar de afirmando algo acerca de la mente del paciente.

Terapeuta: Antes de que vayamos al problema con el coche, me quedo con la duda de si debería empujarla a hablar un poco más sobre el problema con el terapeuta de grupo o, como usted, si sería mejor dejarlo. A lo mejor, ninguno de los dos sabe si hablar más o parar.

Paciente: Bueno, yo quiero parar. Vd. puede no creerme y pensar que estoy siendo otra vez demasiado sensible y debería expresarme y volver definitivamente al grupo.

Terapeuta: Supongo que eso es así, porque no sé lo que ha pasado, pero a mí me parece que Vd. es muy clara respecto a lo que ha pasado, en lugar de ser sensible. No estoy muy seguro de qué se trata excepto que significa que no volverá al grupo.

Paciente: Porque no puedo decir nada.

Terapeuta: ¿Qué le hace estar tan segura de eso?

El terapeuta intenta aquí identificarse con la preocupación no verbalizada de la paciente de si su percepción de los acontecimientos es válida. Pero el terapeuta acepta la perspectiva de la paciente y traslada el problema al dilema de la paciente de no ser capaz de decir nada y por tanto decidir que es mejor dejar el grupo. Cuando la paciente sugiere que no puede decir nada en el grupo, este terapeuta focaliza en cómo se sostiene esa afirmación, en lugar de en la propia afirmación. Esto es típico de la MBT; el cómo se sostienen las ideas, por ejemplo sin ninguna duda, la cualidad del discurso, lo que indica si el paciente está mentalizando o no. El terapeuta podría haber abordado igualmente la certeza con la que la paciente sostiene su percepción de la ineptitud del terapeuta. La tarea principal del terapeuta es ayudar a la paciente a mentalizar de nuevo. No es encontrar algo que sea absolutamente cierto.

Paciente: Simplemente sé que no puedo. No quiero decir más sobre ello ahora.

El uso de *simplemente* generalmente indica la continuación de la no mentalización y el cierre de los procesos mentales, del modo que el terapeuta comienza a explorar esto en más detalle. Revela que la paciente sentía que decir algo crítico del terapeuta podría llamar mucho la atención sobre ella, y se sentiría “mirada” y la gente se aliaría en su contra. En este momento, el terapeuta empieza a mentalizar la relación.

Terapeuta: Sabe que me recuerda a cuando tampoco quería decir nada al principio de la sesión y no quiere decir más ahora. ¿Podemos volver ligeramente a ver qué pasó ahora que la haga sentir que no quiere decir nada más? Se me ocurre que yo estaba pensando y mirándola sin decir nada.

Paciente: Cuando no habla, me pone nerviosa.

Aquí el terapeuta rebobina la sesión para identificar el proceso que puede haber apagado la mentalización de la paciente. Sugiere que su propia conducta puede ser la razón por la que la paciente es incapaz de seguir explorando el problema. Solo si esto se aborda es probable que la paciente reinstaure la mentalización.

Terapeuta: Sí. Lo siento, porque sé lo difícil que le resulta ese sentimiento. Odia ser mirada por la gente. ¿Es ese su sentimiento en el momento en que no puede decir nada?

Paciente: Me siento incómoda diciéndole cosas porque tiene que ponerse de parte del terapeuta de grupo. Está obligado a apoyarlo.

Terapeuta: No estoy seguro de que eso sea así, porque si él no está apoyándola a Vd. y deja que la otra paciente domine el grupo en su detrimento, entonces es importante que hablemos de ello.

En esta sección, el terapeuta intenta validar la angustia de la paciente al tiempo que cuestiona sus suposiciones.

Terapeuta: ¿Hay algo más en este sentido que no puede hablar conmigo y se oculta un poco [la paciente se había encajado la gorra en la cabeza más firmemente]? ¿Puede decirme cómo se siente ahora?

Paciente: No. Simplemente avergonzada.

Terapeuta: De nuevo esa palabra, “simplemente”. ¿Avergonzada en qué sentido?

Paciente: Expuesta y queriendo cubrirme.

Terapeuta: Hábleme de qué es lo que está cubriendo.

Paciente: Todo sobre mí. Si le digo lo que está pasando, entonces Vd. irá contra mí y se pondrá de parte del terapeuta de grupo. Entonces estaré sola y todo por haberle contado algo que no debería haberle contado. Creo que me voy a marchar ahora.

Terapeuta: no creo que deba marcharse. Si puede quedarse, podemos ver qué es lo que la hace tan sensible a su miedo de que pueda no apoyarla en su experiencia en el grupo y cómo se avergüenza tanto.

Paciente: ¿Le contará lo que he dicho?

Terapeuta: Creo que debería hacerlo porque es importante que él conozca su malestar en el grupo, y es igualmente importante que Vd. también lo haga. ¿Qué le gustaría que yo hiciera?

Paciente: No estoy segura.

La paciente y el terapeuta siguen explorando este aspecto de su relación. También abordan las angustias de la paciente respecto a no ser creída o no ser apoyada por su terapeuta en la percepción que tiene del terapeuta de grupo y sus preocupaciones de que los terapeutas del grupo e individual se organicen contra ella de alguna manera. La

paciente se volvió más receptiva a este proceso tras las intervenciones y la reaseguración del terapeuta. Este es el proceso de mentalización de la relación. No hay interpretación del origen específica. El terapeuta está más preocupado por prestar atención a la relación y a cómo esta afecta a la paciente. Podría ser posible relacionar el proceso actual con un proceso similar del pasado, por ejemplo con esta paciente de que los intentos de hablar con su madre sobre el abuso sexual por parte de su novio había llevado a que su madre no la creyera y se acercara más a su novio. En la MBT, sin embargo, este no es el objetivo. El terapeuta está más preocupado por generar un proceso reflexivo que en estimular el insight, pero la autocomprensión vendrá en este proceso como un epifenómeno.

Resumen de los estudios

La base de evidencia para cualquier terapia proviene de dos fuentes distintas. Hay estudios de resultados que apoyan el valor de un tratamiento, pero estos no pueden sostenerse por su cuenta. El mecanismo de la patología y la cura postulados dentro de un marco teórico también deben ser validados. David y Montgomery (2011) proponían que para evaluar la medida de la base de evidencia para cada una de las psicoterapias, éstas primero debían ser clasificadas en nueve categorías graduadas que irían desde las psicoterapias basadas en la evidencia, en un extremo, a las psicoterapias con teorías problemáticas e intervenciones ineficaces en el otro. La base de evidencia de las terapias se define por dos factores: a) teoría (mecanismos de cambio psicológico y b) paquete terapéutico derivado de esa teoría, y cada factor es organizado por tres niveles: a) buen apoyo empírico; b) datos equívocos; y c) fuerte evidencia contradictoria. También debería haber una clara relación entre una base teórica que sirva de guía y los datos empíricos recolectados.

El resultado de la MBT es apoyado solo por dos pruebas controladas aleatorias, ambas llevadas a cabo por quienes desarrollaron el tratamiento. Se ha mostrado que un foco de mentalización según un manual en el contexto del cuidado hospitalario de centros de día sirve para reducir los síntomas impulsivos del TLP incluyendo el suicidio y las autolesiones, así como la depresión (A. W. Bateman y Fonagy, 1999). En este estudio inicial, 44 pacientes fueron derivados aleatoriamente a un tratamiento de mentalización con un especialista o a un tratamiento usual. Ambos grupos hicieron avances, pero las mejoras en el tratamiento con un especialista fueron significativamente mayores. Las mejoras observadas a los dieciocho meses y las diferencias entre los grupos se mantenían a los 36 meses (A. W. Bateman y Fonagy, 1999). Un seguimiento a los ocho años reveló que muchos de los beneficios seguían siendo evidentes en cuanto a intentos de suicidio y hospitalización, y el funcionamiento social en términos de empleo y uso de los servicios también era mejor en el grupo de la MBT (A. Bateman y Fonagy, 2008). Los costes sanitarios del tratamiento se amortizaron en 36 meses y pudo hacerse una compensación de costes (A. W. Bateman y Fonagy, 2003). La muestra de la prueba del tratamiento en centro de día era reducida y el tratamiento incluía múltiples componentes además de psicoterapia grupal y psicoterapia individual de acuerdo a un manual.

Una prueba más amplia comparando terapia en pacientes externos con tratamiento clínico estructurado mostró más resultados convincentes. Los pacientes con TLP que fueron referidos de forma recurrente se ubicaron aleatoriamente (minimización por edad, género, trastorno de personalidad antisocial) en grupos de pacientes externos y en un tratamiento clínico estructurado [structured clinical management, SCM]. Ambos grupos recibieron semanalmente sesiones de terapia individual (cincuenta minutos) y terapia grupal (hora y

media) durante dieciocho meses, realizadas según manuales detallados. Ambos tratamientos ofrecían apoyo y estructura, desafiaban los patrones de conducta autodestructivos, revisión de un protocolo de medicación y manejo de las crisis. Aunque la MBT incluía la mejora de la mentalización básica, intervenciones interpretativas mentalizadoras, y mentalización de la relación terapéutica (ver mentalizar la transferencia). el SCM se centraba en el sostén, el apoyo social, y el apoyo en actividades de trabajo, así como la resolución de problemas interpersonales e individuales. El estudio era inusual al incorporar o reclutar terapeutas inexpertos para la prueba y asignarlos aleatoriamente a una formación de tres días en MBT o SCM con supervisión continuada. Once terapeutas que tenían interés en la MBT con un mínimo de dos años de experiencia tratando a pacientes en servicios de psiquiatría general tras su formación general y un mínimo de un año de experiencia tratando a pacientes con trastorno de la personalidad fueron aleatoriamente adjudicados a una u otra rama. No diferían en sus años de experiencia psiquiátrica ni en su cualificación profesional. Los pacientes fueron evaluados en el momento de su admisión, a los 6 meses, a los 12 meses y a los 18 meses. 168 pacientes fueron filtrados y 134 distribuidos al azar; 71 pacientes asignados a TBM y 63 pacientes asignados a SCM. El intento de análisis incluía a todos los pacientes que comenzaron la prueba. El resultado principal fue la proporción de cada grupo sin conducta parasuicida severa tal como indicaban a) el intento de suicidio; b) las autolesiones que ponían en riesgo la vida; y c) la investigación forma de los registros confirmados de admisión hospitalaria. Los resultados secundarios (evaluados en el momento del inicio y a intervalos de 6 meses hasta el fin del tratamiento a los 18 meses) incluyen puntuaciones independientemente clasificadas de Evaluación Global de Funcionamiento al principio y al final de los tratamientos y autoinformes de síntomas psiquiátricos y funcionamiento social e interpersonal usando mediciones bien estandarizadas. El porcentaje de pacientes que experimentaron un episodio clínico (intento de suicidio, autolesión u hospitalización) era significativamente menor siguiendo la MBT que siguiendo el SCM (23% frente a 57%). Los resultados secundarios también favorecían al grupo en MBT. Aún no se sabe si estas ventajas y estas diferencias se mantienen en el seguimiento. Un estudio observacional replicando los resultados fue exitoso (Bales et al., en prensa). Se necesitan urgentemente más repeticiones independientes.

En la MBT, la base de evidencia respecto al mecanismo de cambio es relativamente escasa. Aunque hay una fuerte evidencia que apoya el foco en la mentalización en la terapia para pacientes con TLP, casi no hay evidencia de que el tratamiento provoque un cambio en la mentalización. El estudio Cassel sobre abandono del tratamiento siguió a 297 pacientes en servicios para el trastorno de personalidad. Fueron reclutados mediante el programa pacientes internos de la Residencia Cassel (n= 120). el programa de la Comunidad Cassel de abandono de pacientes externos (n= 113) y un grupo de tratamiento usual [*manage as usual group*, MAU] reclutado mediante los servicios de Trastorno de la Personalidad de Devon (n= 64) (Chiesa y Fonagy, 2007; Chiesa et al., 2011). Como predecía el modelo, el tratamiento MAU funcionó peor bien, pero el servicio de pacientes internos tuvo un resultado pobre respecto al tratamiento de comunidad. Los autores atribuyeron esto a la hiperactivación del apego en el marco de internamiento. El input del tratamiento y los recursos del personal fueron mayores en el servicio de pacientes internos pero comparables con los programas de pacientes externos y MAU. Se vio que la mentalización, medida por narrativas de entrevista de apego adulto de calificación ciega, había mejorado en el programa basado en la comunidad aun cuando no era el foco de la intervención. Levy y colegas informaron observaciones similares (Levy et al., 2006) tras una psicoterapia focalizada en la transferencia. Los pacientes en TFP mejoraron respecto

a más criterios de resultados que los que estaban en psicoterapia de apoyo o DBT [N. De T.: Terapia Dialéctica Conductual] y solo los que estaban en TFP cambiaron respecto a su funcionamiento reflexivo y su calificación de apego, lo que sugiere que otros tipos de intervenciones también pueden mejorar la mentalización.

Aunque la evidencia empírica para la mentalización como mecanismo eficaz de cambio es equívoca, hay una faceta de la base de evidencia que corrobora con alguna fuerza nuestro énfasis en la mentalización. Como hemos visto, hay muchas terapias que son eficaces para el TLP y la vía para el cambio puede, en realidad, darse mediante un cambio en la capacidad de mentalización. Todas las psicoterapias eficaces para el TLP tienen elementos mentalizadores. Todas las terapias indagan en los estados mentales de los pacientes, se llame análisis conductual, clarificación de esquemas, confrontación o interpretación. Un aspecto de su acción terapéutica, entonces, puede ser fortalecer las representaciones de segundo orden de estados mentales. Curiosamente, todos los tratamientos eficaces están estructurados de modo que ofrezcan estímulo para aumentar la actividad, la proactividad y la capacidad de agencia de los pacientes. Por ejemplo, la MBT evita una posición de experto, y favorece el proceso compartido de descubrimiento captado en la sugerencia al terapeuta de que se siente al lado de sus pacientes. La posición colaborativa de la CBT [N. De T.: Terapia Cognitivo Conductual] es, por supuesto, un proceso muy similar, como lo es la co-construcción concebida por la terapia analítica cognitiva. La atención a los procesos mentales actuales es compartida con la TFP. Todas estas estrategias sirven para aumentar la intencionalidad, enfatizando para el paciente cómo se ponen en marcha los impulsos de estados mentales y que sus experiencias son reales, pueden ser entendidas por otra persona y sirven para hacer comprensibles sus acciones.

Todas las terapias están haciendo un gran esfuerzo por mantener el compromiso del paciente en el tratamiento (mediante la validación siempre en conjunción con un énfasis en la necesidad de abordar la terapia que interfiere en la conducta). Se puede esperar que esto genere en los pacientes tanto una sensación de aceptación como una sensación de ser reconocidos, de ser pensados, estableciendo el trabajo preliminar para mantener la mentalización cuando, de otra forma, se perdería. El incremento de la coherencia cognitiva en relación con la experiencia subjetiva se crea en la fase temprana de todos los tratamientos mediante la inclusión de un modelo de patología que se explica cuidadosamente al paciente. Las terapias eficaces también tienen en común una posición activa del terapeuta que invariablemente incluye un intento explícito de validar y demostrar empatía y generar una fuerte relación de apego para crear una base para la alianza. Nuestro modelo sugiere que el establecimiento de la confianza epistémica es esencial para un tratamiento eficaz. Los niños -y en realidad los adultos- probablemente están biológicamente programados para aprender acerca de sus mundos subjetivos solo a partir de los adultos cuya actitud consideran benigna (Fonagy et al., 2007). La importancia crucial de la alianza terapéutica para cualquier modalidad de psicoterapia probablemente se recoge en este mecanismo común evolutivamente preservado para la transmisión cultural (Gergely y Unoka, 2008).

Enigmáticamente, todas las terapias para el TLP focalizan en el procesamiento de la emoción, especialmente en crear conexiones sólidas entre los actos y el sentimiento. Por ejemplo, los sentimientos de vacío y confusión pueden ser un trasfondo para la autolesión, sentirse rechazado puede dar paso a una sobredosis, sentirse aislado y abandonar puede conducir al atracón bulímico. En tales casos, el afecto no es mentalizado, está escasamente vinculado al contexto, experimentado en crudo, podríamos decir. Al

focalizar en el afecto, el terapeuta ayuda a restaurar una representación cognitiva de la emoción. El afecto puede ser abrumador no solo para el paciente, sino a menudo también para el terapeuta. No es sorprendente, entonces, que todos los tratamientos efectivos ofrezcan una estructura en su manual, que ofrece apoyo al terapeuta que está viéndoselas con este contexto no mentalizador. En tales contextos, por supuesto, se ofrece más apoyo mediante la supervisión, que forma parte de todas las terapias basadas en la evidencia. La intención que hay tras la supervisión es identificar la desviación de la estructura y ofrecer apoyo para la adherencia a diversos protocolos, pero esa vigilancia sirve también para prevenir que el terapeuta siga con secuencias teleológicas de acciones no mentalizadoras. Finalmente, también puede obtenerse apoyo para manejar la no mentalización mediante el compromiso intenso con la modalidad concreta que el terapeuta apoya. Aunque defendemos implícitamente la pluralidad, reconocemos que los tratamientos sólo tendrán éxito si los terapeutas sienten y muestran un compromiso intenso con su modalidad. Todo lo que no sea eso conducirá a la vulnerabilidad cuando se enfrenten a la no mentalización.

Conclusión

Consideramos la MBT como una colección de técnicas específicas para favorecer la mentalización en individuos cuya vulnerabilidad genética y experiencias ambientales tempranas los han hecho vulnerables a perder la mentalización cuando se enfrentan a un estrés severo. Las experiencias estresantes en el contexto de las relaciones de apego puede hiperactivar el sistema de apego y dar lugar a la pérdida de mentalización. Nos parece que estas técnicas ayudan a engendrar una actitud terapéutica y un contexto relacional en el que los pacientes sean capaces de recuperar la mentalización aun cuando se vean desafiados por presiones sociales. No afirmaríamos que las técnicas sean únicas para lograr este resultado ni que sean las técnicas más eficaces posibles para hacerlo. Sin embargo, las recomendamos como un conjunto simple pero eficaz de adaptaciones a un marco de referencia psicoanalítico tradicional, si bien uno que desplaza el centro de gravedad terapéutica del insight y la reflexión a la recuperación de la mentalización y la cognición social.

Referencias

- Allen, J. G., Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, Estados Unidos: APPI.
- Asen, E. y Fonagy, P. (2011). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 3, 347–370.
- Bales, D., N., van Beek, M., Smits, S., Willemsen, J., Busschbach, V., Verheul, R. y Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26, 568–582.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 138–143.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004a). Mentalization based treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 35–50.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004b). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalisation based treatment*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization Based Treatment: A Practical Guide*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

- Bateman, A. y 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*, 631–638.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of out-patient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 1355–1364.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2011). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W. (1998). Thick- and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *Internat. Journal of Psychoanalysis*, *79*, 13–25.
- Bateman, A. W. y 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. y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 36–42.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 169–171.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 36–51.
- Chiesa, M. y Fonagy, P. (2007). Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*, 347–353.
- Chiesa, M., Sharp, R. y Fonagy, P. (2011). Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the out- come of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*, 100–109.
- Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. F., Zanarini, M. C., Laverdiere, O. y Gunderson, J. G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 816–821.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 922–928.
- David, D. y Montgomery, G. (2011). The scientific status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence- based psychosocial interventions. *Clinical Psychology Science and Practice*, *18*, 89–99.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. [Comparative Study Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Personal. Disorders*, *20*, 450–465.
- Dozier, M. y Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, *63*, 1473–1480.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *62*, 147–169.
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in Mentalization Based Therapy of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 411–430.

- Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). Attachment, mentalisation, and borderline personality disorder. *European Psychotherapy*, 8, 35–47.
- Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder – a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 4–21.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288–328.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Elliot, L. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. Londres, Reino Unido: The Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. y Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231–257.
- Fonagy, P., Target, M. y Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103–122.
- Fonagy, P., Twemlow, S. W., Vernberg, E. M., Mize Nelson, J., Dill, E. J., Little, T. D. y Sargent, J. A. (2009). A cluster randomized controlled trial of child-focused psychiatric consultation and a school systems-focused intervention to reduce aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 607–616.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56, 218–226.
- Gabbard, G. (2006). When is transference work useful in dynamic psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1667–1669.
- Gergely, G. y Unoka, Z. (2008). Attachment, affect-regulation and mentalization: The developmental origins of the representational affective self. En C. Sharp, P. Fonagy e I. Goodyer (Eds.). *Social cognition and developmental psychopathology* (pp. 303–340). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Gieson-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder; randomized trial of schema- focused therapy vs transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Grossman, K. E., K. Grossman y P. Zimmermann. (1999). A wider view of attachment and exploratio. In *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, eds. J. Cassidy y P. R. Shaver. Nueva York, Estados Unidos: Guilford, pp. 760–786.
- Hauser, S. T., J. P. Allen y E. Golden. (2006). *Out of the Woods: Tales of Resilient Teens*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C. y Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1739–1746.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Luyten, P., Mayes, L., Fonagy, P. y Van Houdenhove, B. (2009). *The interpersonal regulation of stress*. Manuscrito inédito, Universidad de Lovaina, Bélgica.

- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guimond, T., Cardish, R., Korman, L. y Striner, D. L. (2009). A randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374.
- Mikulincer, M., Dolev, T. y Shaver, P. R. (2004). Attachment-related strategies during thought suppression: ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of personality and social psychology*, 87, 940–956.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K. N., Evans, D. E., Thomas, K. M. Y Clarkin, J. F. (2002). Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 99, 16366–16370.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. y Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936–950.
- Stone, M. H. (1987). Psychotherapy of borderline patients in light of longterm follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 231–247.
- Twemlow, S. W., Fonagy, P. y Sacco, F. C. (2005a). A developmental approach to mentalizing communities: I. A model for social change. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 265–281.
- Twemlow, S. W. Fonagy, P. y Sacco, F. C. (2005b). A developmental approach to mentalizing communities: II. The Peaceful Schools experiment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 282–304.