

Recensión bibliográfica

Bateman, A., Fonagy, P, (Eds). (2019). Handbook of mentalizing in mental health practice. Second Edition. American Psychiatric Association Publishing

Rodríguez Quiroga de Pereira, A.*
Bongiardino, L.**
Aufenacker, S. I.***
Borensztein, L.****

Botero, C.*****
Crawley, A.*****
Vázquez, N.*****

Este libro plantea 3 objetivos a desarrollar: 1) ser útil a los clínicos, para que todo terapeuta incorpore una perspectiva mentalizadora más allá de su línea teórica; 2) describir algunos tratamientos informados por investigación, para los cuales el Mentalizing Based Treatment (MBT) pueda ser una alternativa genuina y efectiva y 3) posibilitar un marco conceptual que permita imaginar

nuestro comportamiento y el de los otros en línea con la intencionalidad propia y ajena. Los editores de este libro, Bateman y Fonagy auguran, por su reputación, la consistencia de esta publicación. Aunque también hay que destacar, al renombre de los autores que contribuyen a lo largo de sus capítulos. Entre ellos, Mary Target, quien acuñó junto con Fonagy una de las definiciones de

*Dra. en Psicología. Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental, APdeBA (IUSAM) ; Universidad del Salvador (USAL) ; Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Mail de contacto: andrearodriguezquiroga@gmail.com

**Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental, APdeBA (IUSAM) ; Universidad del Salvador (USAL)

***Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental, APdeBA (IUSAM) ; Universidad del Salvador (USAL)

****Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental, APdeBA (IUSAM)

*****Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Facultad de Psicología y Psicopedagogía

*****Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Instituto Universitario de Salud Mental, APdeBA (IUSAM) ; Universidad del Salvador (USAL) ; Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Facultad de Psicología y Psicopedagogía

*****Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) ; Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Fecha de Recepción: 4 de mayo de 2020 Fecha de Aceptación: 22 de mayo de 2020

mentalización, *Capacidad para imaginar estados internos (mentales) en uno mismo y en otros* (Fonagy et al. 2002). No queremos dejar de mencionar a Svenja Taubner, quien dictó el primer MBT Lighthouse Training en Latinoamérica para nuestro equipo, en Buenos Aires, Argentina, (2019).

Esta segunda edición, publicada luego de 7 años de la primera, incluye nuevos contenidos surgidos de la expansión que el MBT ha tenido como consecuencia de su utilidad. En este sentido, importa destacar el rango de trastornos mentales que hoy se sabe, pueden beneficiarse de esta perspectiva, incluyendo la psicosis. Inicialmente se implementó con pacientes que acudían a hospitales de día, en la actualidad se aplica a pacientes externos y en contextos comunitarios, como por ejemplo escuelas y prisiones. También con niños, adolescentes, parejas y familias.

Otro aspecto de importancia que los autores resaltan es la posibilidad de generalización de este encuadre para comprender el contexto social de la enfermedad mental, buscando identificar el rol de la mentalización en dichos contextos; pues entienden a la mentalización como algo que es inherente a la condición humana, por ende, a cualquier producción social.

Tres ideas claves abonan a el progreso de la mentalización como una nueva técnica. La primera es que sea un concepto transdiagnóstico y aplicable a un amplio rango de condiciones relativas a la salud mental. La segunda, que pueda ser aplicado por terapeutas de distintos marcos teóricos, posicionándose como un lenguaje común y como un concepto transteórico. La tercera, quizá la de mayor importancia, al menos desde nuestra perspectiva, es que no se trata de una capacidad estática, unitaria, sino que

es una capacidad dinámica, multifacética y que puede desarrollarse (Bateman & Fonagy, 2018).

Este libro consta de un prefacio y 3 partes, siendo un total de 25 capítulos. La primera parte describe los Principios, la segunda la Práctica Clínica y la tercera Aplicaciones Específicas.

La primera parte y los 5 capítulos que la componen describen los contenidos esenciales en relación con la mentalización que se deben conocer, los mismos se resumen centralmente a continuación.

La *Introducción* o Capítulo 1 (Fonagy & Bateman), presenta los conceptos más importantes y básicos de la teoría de la mentalización: que es, como se desarrolla, porque mentalizamos y las consecuencias si ésta falla. Se define a la mentalización como una particular faceta de la imaginación humana, la conciencia individual de los estados mentales en uno mismo y en otras personas, particularmente al explicar sus acciones. Es algo que, sin mucha conciencia, las personas hacen la mayoría del tiempo. Implica percibir e interpretar los sentimientos, pensamientos, creencias y deseos que explican estos hechos (Fonagy & Bateman, 2019).

Se explica el origen de la mentalización, como ésta se afecta ante situaciones adversas y especialmente en niños, cuyos padres padecen trastornos de personalidad. Se demuestra lo expresado previamente respecto a que la mentalización es dinámica, multidimensional y puede oscilar, dentro de los diversos polos que componen sus dimensiones, según el momento y situaciones que se presentan. Se señalan las dimensiones de la mentalización identificadas por neurocientíficos

(Lieberman, 2007): *Mentalización Automática vs. Controlada*, *Mentalización del self vs otros*, *Mentalización interna vs. externa* y *Mentalización cognitiva vs afectiva*. Al interrumpirse la mentalización, se tiende a volver a modelos de mentalización infantiles como la *equivalencia psíquica*, *el modo teleológico* y *el pretend mode o como si*. Al final del capítulo también se introduce el concepto de confianza epistémica.

En el capítulo 2, *Investigación Neurocientífica Contemporánea*, Debbané & Nolte recorren el conocimiento actual sobre las bases neuronales involucradas en los diversos procesos de la mentalización. Enfatizan la importancia de la incidencia del apego y de las experiencias adversas en la evolución de la mentalización. Estos factores inciden tanto en el desarrollo de la mentalización, como en las bases neuronales que se encargan de esto. En un cuadro, los autores exponen las características de las polaridades de la mentalización y los circuitos neuronales asociados. Por último, explican como la neurociencia computacional es y será un elemento clave para comprender en mayor profundidad la dinámica y experiencias mente-cuerpo y uno-otros.

El tercer capítulo, *Evaluación de la Mentalización*, (Luyten, Malcorps, Fonagy & Ensik) presenta y describe diversas herramientas para evaluar la mentalización y las dimensiones que la integran, tema de controversia e investigación desde la primera edición de este libro. Estas herramientas se pueden utilizar en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico, para generar lo que los autores llaman un *perfil mentalizador*. Este perfil detalla que capacidad tiene el individuo en las diversas dimensiones de mentalización, así se le

puede brindar una terapia adaptada a sus necesidades (Luyten et al., 2012).

Se explica como cada individuo frente al aumento de la excitación tiene su propio *switch point*, pasando de una mentalización controlada a mentalizar automáticamente, de modo rápido e irreflexivo al procesamiento de información ofrecido por el contexto. Describe luego patrones que tienen diversas patologías con respecto a este punto. Finalmente, se presentan varios cuadros que detallan las diferencias entre una mentalización efectiva y una inefectiva; también cuestionarios, entrevistas y tareas, tanto experimentales como de observación. Sin embargo, los autores destacan la necesidad de desarrollar más herramientas para conocer las capacidades individuales de mentalización.

Mentalización, Resiliencia y Confianza epistémica corresponde al cuarto capítulo (Fonagy, Allison & Campbell), allí se describe a la mentalización como un proceso imaginativo. Los pensamientos imaginativos son un logro evolutivo para responder a la complejidad social. Mentalizar puede contribuir a la comprensión de la resiliencia. Esta es la respuesta emocional del individuo, a los estresores que lo afectan. Se discuten que implicancias tienen estas hipótesis para la psicoterapia y para generar otras respuestas emocionales. Se presentan las consideraciones de Kalisch respecto a la resiliencia y también se describen estudios sobre el Factor “P”, un factor general para la psicopatología.

Los autores proponen que se asocie un deterioro grave en la salud mental (factor p alto), cuando hay un funcionamiento especular y una interrupción de la imaginación social. La psicopatología,

argumentan, es un subproducto evolutivo de la capacidad imaginativa humana.

Los autores se interrogan *¿Cómo encaja este modelo propuesto de trastorno mental dentro de nuestro pensamiento sobre mentalización y la confianza epistémica?*

Sugieren que un trastorno mental se desarrolla, si concurren simultáneamente dos factores: un fracaso de la imaginación, que puede ser consecuencia de la vulnerabilidad neurobiológica asociada al entorno ambiental o a causas genéticas, o la interacción de ambas; y el fracaso a una respuesta reflexiva que gatilla y no puede impedir una respuesta errónea. O sea, muchas manifestaciones de un trastorno mental pueden deberse a la incapacidad de beneficiarse de la comunicación social debido a la desconfianza o la congelación epistémica. La hipermentalización e hipomentalización representan formas en que la imaginación social se ha desmoronado.

Sugieren que un terapeuta capaz de reconocer la narrativa personal distorsionada y reflejarla de nuevo al paciente, impedirá que la desconfianza epistémica persista. Los autores también se preguntan, *¿por qué un individuo no experimenta confianza epistémica incluso en situaciones donde su narrativa fue apreciada?* Responden que la ausencia de resiliencia provoca la disfunción del proceso de generación de confianza epistémica adecuada.

La persistencia del trastorno mental o una falta crónica de resiliencia, resulta de la incapacidad del individuo para beneficiarse de experimentar un sentido imaginado de sí mismo (narrativa personal) para ser identificado y alineado satisfactoriamente con la comprensión que imagina de sí, por parte de un otro confiable.

Las nuevas conceptualizaciones y tratamientos sobre trauma se informan en el quinto capítulo, *Mentalización y Trauma* (Luyten & Fonagy), clasifican los traumas entre impersonales, interpersonales y traumas de apego, centrándose en estos dos últimos en particular.

Se diferencian de la literatura clásica sobre trauma, continuando con el concepto de resiliencia expuesto en el previamente; sostienen que es la ausencia de resiliencia la que puede volver traumática una situación. Destacan también, la importancia de recordar que una experiencia única traumática suele resolverse de modo adaptativo, y cuando esto no ocurre, suele relacionarse con traumas anteriores. Se consideran efectos de trauma complejo: 1) el impacto de experiencias traumáticas en el sistema de apego, 2) problemas posteriores en la mentalización y 3) la desconfianza epistémica

Describen al trauma desde la perspectiva de la mentalización y el desarrollo psicopatológico, desarrollando posteriormente aportes a la clínica y resaltando del rol del terapeuta, para establecer una relación de apego con los pacientes graves, que reestablezca la confianza epistémica.

Habiendo presentado estos principios básicos, la segunda parte del libro ahonda desde el capítulo 6 al 14 en la *Práctica Clínica*. A continuación, nos referiremos a esta sección.

En *Técnicas de Terapia Individual*, capítulo 6, (Bateman, Unruh & Fonagy), plantean la necesidad para los terapeutas de contar con un andamiaje más claro sobre el cual basar sus intervenciones en el nivel del proceso relacional.

Distinguir lo que denominan *pretend mode* (*modo simulado*) es un desafío, pues el

clínico podría considerar un buen proceso terapéutico cuando no lo es; pues puede parecer un diálogo paciente-coherente y reflexivo

La mentalización relacional y el modo simulado se pueden abordar adecuadamente sólo si el paciente y el clínico están sensibilizados para reconocerlos a través de una preparación correcta. El primer paso preparatorio en MBT es el grupo introductorio, en donde los terapeutas preparan el escenario para el trabajo futuro. Paciente y terapeuta definen el modelo siempre centrado en el paciente. En particular, establecen el patrón de activación de los procesos relacionales en las interacciones personales del paciente para comprender como los procesos de mentalización ineficaces, incluido la condición para el modo simulado, interfieren en la adaptación relacional y social del paciente.

A continuación, en *Terapia de grupo para adultos y adolescentes*, capítulo séptimo (Bateman, Kongerslev & Bo Hansen), se describe la terapia grupal basada en la mentalización (MBT-G) y discutiéndose los componentes básicos y las intervenciones esenciales de MBT-G con adultos y adolescentes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (BPD). Es importante destacar que MBT-G no es un tratamiento genérico, se modifica según el grupo de pacientes.

Sus componentes básicos son: 1) una *estructura* que garantice que el grupo mantenga una trayectoria específica; 2) la *postura clínica*, al ser el clínico parte del grupo, trabajando y exponiendo sus propias experiencias; 3) La *gestión activa* del proceso del grupo, el clínico controla la velocidad de interacción entre los

participantes; 4) el *objetivo principal* de la intervención, es trabajar la mentalización ineficaz; 5) la *exploración de estados mentales y las reacciones afectivas* en torno a acontecimientos significativos de la vida de los pacientes y en relación con los acontecimientos en el grupo; 6) la *mentalización relacional* y 7) la *postura activa del clínico* para facilitar el diálogo mentalizador en el grupo.

En el capítulo 8, *Trabajando con familias* (Asen & Midgley), los autores resaltan que los desarrollos de la terapia familiar sistémica implicaron un cambio significativo de lo intrapsíquico a lo interpersonal. Bateman y Fonagy (2006) plantean que el funcionamiento de las interacciones familiares puede contribuir o no a la mentalización y que la carga emocional de las mismas tiende a evolucionar, lo que puede conducir a cada miembro a una pérdida temporal de su capacidad para pensar los pensamientos y sentimientos de los demás y del yo, de una manera eficaz (Fonagy y Luyten 2009). Pueden surgir modos de funcionamiento familiar de prementalización o no mentalización. Si hay ausencia de mentalización (temporal) en las interacciones familiares, aumenta la posibilidad de violencia, socavando y destruyendo la sensación de seguridad. Por el contrario, estar mentalizado en el contexto de las relaciones de apego en la familia genera confianza epistémica.

Mejorar la mentalización efectiva es el foco principal de la terapia familiar, promoviendo discusiones sobre situaciones relevantes de los problemas; para provocar y destacar los sentimientos emergentes y su importancia, generando curiosidad sobre los estados mentales y sus conexiones con los

comportamientos del self y de los demás.

El terapeuta debe ser inquisitivo y respetuoso en relación con los estados mentales de todos, transmitiendo que entiende los sentimientos de los demás y los propios, para que se comprenda que acontece. La comunicación es al conjunto y a cada uno.

Trabajar con las familias puede hacer sentir a los terapeutas vulnerables, así como exige un compromiso de ser genuinamente abierto de mente.

El capítulo 9, *Terapia de Pareja* (Bleiberg & Safier) considera que el matrimonio, o cualquier asociación íntima, es sin duda la experiencia más cercana que la mayoría de las personas tienen de ser un paciente en terapia pues, en esas relaciones nos enfrentamos a verdades incómodas sobre nosotros mismos, ya que exponen aspectos de nuestros mayores temores y vulnerabilidades. La *solución* evolutiva para protegernos de esta vulnerabilidad inherente, provienen del apego. Este contexto es el que brinda la capacidad de entender, es decir, mentalizar, las intenciones de otras personas. Pero la mentalización, también se apaga cuando nos sentimos amenazados y respondemos defensivamente. Esto dificulta poder seguir siendo reflexivos con las personas que están más cerca de nosotros, no porque no importen lo suficiente, sino porque importan *demasiado*.

Al ponerse en marcha transacciones en las que un miembro de la pareja muestra defensividad y pérdida de mentalización, se genera una reacción similar en el otro. Privando a la pareja de las funciones protectoras y restauradoras que proporcionan los apegos íntimos, particularmente la confianza epistémica y el aprendizaje social. La terapia de pareja basada en la

mentalización (MBT-CO) intenta sistemáticamente, estimular y restaurar la mentalización y la confianza. Se propone interrumpir la no mentalización y ayudar a la pareja para ser un recurso mutuo para actualizar y adaptar su sentido de sí mismos, el otro y la relación. A lo largo del capítulo se describe y ejemplifica como trabajar con parejas y que intervenciones del terapeuta logran mayor capacidad de mentalización.

El décimo capítulo, *Modelos terapéuticos* (Fonagy, Campbell & Allison) intenta desenredar las implicaciones terapéuticas sobre la relación entre la resiliencia, la mentalización y la noción de un factor de vulnerabilidad general para la psicopatología mediante la confianza epistémica. Para ello, trabajan sobre tres sistemas de comunicación de cambio, cuya efectividad reside en reconocer las necesidades y percepciones del paciente. Mediante la identificación, el reconocimiento y la apreciación del estado mental, el conocimiento de las creencias y la compleja subjetividad del individuo; se puede estimular el proceso por el cual el individuo puede comenzar a aprender de la mente del terapeuta. El modelo terapéutico propuesto es abrir a la confianza epistémica, posibilitando la comunicación social y la alineación cooperativa con otras mentes, mediante la experiencia de reconocer la mente propia del individuo, representada con mayor precisión en la de otra persona. En el tratamiento, el terapeuta aprende a reconocer la narrativa personal de un paciente y lo ayuda a establecer gradualmente la confianza epistémica.

Dado que la creatividad es un elemento intrínseco de la mentalización Havsteen-Franklin, en *Arte terapias Creativas* (capítulo 11), enfatizan la importancia de

utilizar modelos de arteterapia basados en la mentalización, como método en cual el arte sea un terreno de práctica para involucrarse con la propia mente mejorando la mentalización. Regular los estados afectivos y su representación mediante el arte, facilita una perspectiva más compleja de la interacción con otros. Estos modelos de arteterapia, proveen un lenguaje común a los diferentes métodos terapéuticos que utilizan el arte como el drama, el baile y el movimiento corporal, la música, etc. Estas terapias hacen foco en los procesos de mentalización implícita y explícita en el contexto terapéutico, y en las metáforas como mecanismo, para explicitar los afectos vinculados en las representaciones artísticas. Estudios recientes parecen demostrar efectividad en pacientes que tienen dificultades resultantes de la no mentalización.

A lo largo del capítulo 12, *Contextos de Hospital de día* (Bales), se plantean aspectos relacionados con la adaptación, aplicación y eficacia del programa MBT en dichos contextos.

El MBT fue originalmente desarrollado para pacientes de hospital de día MBT-PH con trastornos de personalidad, especialmente borderline, porque son pacientes con dificultades serias de mentalización. Se plantea que el MBT puede ser un modelo de tratamiento transdiagnóstico dado que varios cuadros psicopatológicos presentan dificultades de mentalización y el MBT tiene como objetivo aumentar la capacidad de mentalización de los pacientes.

Los objetivos principales del MBT-PH son: comprometer con la terapia, disminuir síntomas psiquiátricos, especialmente ansiedad y depresión, reducir auto-agresiones

u otros comportamientos que interrumpan el tratamiento y mejorar el funcionamiento interpersonal y social.

El MBT-PH a diferencia del MBT incluye grupos de MCT (Mentalizing Cognitive Therapy). Se incluir arte terapia y/o grupos de escritura alternativamente para promover la mentalización.

AMBIT, es el título del capítulo 13, incluye un subtítulo: Involucrando al paciente y a las Comunidades de Mentes (Bevington & Fuggle). AMBIT (Tratamiento Integrativo Adaptativo Basado en la Mentalización), era previamente: Adolescent Mentalization Based Integrative Treatment, actualmente amplía las franjas de edad y se cambió *Adolescent* por *Adaptive*. Es un modelo asistencial basado en la mentalización, para equipos que trabajan con jóvenes con múltiples y serias dificultades.

Este tratamiento buscaba ofrecer intervenciones bien estructuradas y basadas en la evidencia que pudieran implementarse de manera realista para atender a esta población de riesgo.

Se describen brevemente en el capítulo, los principales aspectos de AMBIT. Por ejemplo, como amplía el campo de intervención con herramientas específicas que estimulen la mentalización en cuatro niveles diferentes: en el trabajo con los jóvenes y sus familias (lo cual suele predominar en todos los equipos o consultas privadas de salud mental), entre los compañeros del equipo, en las redes interinstitucionales más amplias y en el apoyo a los equipos para sostener el aprendizaje, respecto a la propia práctica. Todos estos niveles tienen la misma relevancia para lograr el éxito terapéutico en esta población.

El capítulo 14, *Sistemas Sociales. Más*

allá del microcosmos del individuo y la familia (Asen, Campbell & Fonagy), permite ampliar la mirada respecto de la salud mental. Mentalizar es un proceso fundamentalmente intersubjetivo. Incluso cuando un individuo se mentaliza en relación con el yo, intentando dar sentido a sus propias acciones, pensamientos o ideas, la interacción y las preocupaciones interpersonales son parte central del contenido. La teoría de la confianza epistémica refuerza aún más la idea de que los procesos interpersonales basados en el desarrollo y en el apego están intrínsecamente relacionados con el aprendizaje, apuntando a mejorar el funcionamiento del sistema social en general. La función evolutiva de la confianza epistémica conduce al individuo a participar de la experiencia subjetiva individual y de la transmisión cultural, obteniendo los beneficios de su entorno sociocultural. Considerando estas ideas un siguiente paso lógico, consistirá en enfocarse ampliamente en los sistemas sociales y su capacidad para apoyar la mentalización y la generación de confianza epistémica. Se explora en el texto, la aplicación de la teoría de la mentalización y la confianza epistémica al pensamiento sobre los sistemas sociales. Socializar implica al individuo, un encuentro con varios sistemas sociales extrafamiliares. El funcionamiento en entornos sociales más amplios es difícil, si existe una incapacidad de tener otras mentes en mente. Se describen entonces distintos sistemas extrafamiliares y que efectos mentalizadores o no tienen, de acuerdo con las particulares del funcionamiento de cada uno. Otro aspecto de importancia considerado es el conocimiento de diferentes sistemas y prácticas culturales que el clínico tenga,

para comprender mejor a los pacientes y las familias. La experiencia cultural no se enseña y valora de forma rutinaria en las capacitaciones profesionales, lo cual puede evidenciar una discriminación y marginación subyacentes. Se presentan modelos provenientes de diferentes contextos sociales, como el escolar, la justicia y los tribunales de familia.

Con esta ampliación con relación a pensar intervenciones en salud mental, el libro finaliza la segunda parte e inaugura la tercera y última parte dedicada a *Aplicaciones Específicas*.

El capítulo 15, *Niños*, explica que el MBT-C se desarrolló para utilizarse con niños entre 5 y 12 años, que presentan dificultades emocionales y comportamentales, este tratamiento tiene un enfoque transdiagnóstico. Su objetivo es desarrollar y mejorar los procesos de mentalización, ayudando al niño a tomar conciencia y a regular las emociones. Para ello, debe realizarse una revisión exhaustiva del funcionamiento del niño y la familia, prestando atención a los síntomas y al comportamiento y también a la naturaleza y gravedad de los déficits de mentalización. Se distingue así, si existe una dificultad en el desarrollo global del niño en la mentalización o si las fallas en la mentalización son más específicas o temporales. El trabajo con los padres es de importancia, pues apunta a mejorar su capacidad de mentalizar tanto a los hijos como a las propias emociones relacionadas con la crianza. Este modelo de tratamiento propone 12 sesiones de trabajo con el niño y sesiones simultáneas con los padres, adaptables a cada familia. Se propone usar un calendario y la formulación del enfoque, para convertirlos en medios que desarrollen

en el niño, el sentido de participación, propiedad y agenciamiento del proceso terapéutico. Además, son instrumentos útiles para realizar un seguimiento temporal y crear coherencia en la terapia. En el MBT-C de duración limitada, la estructura y el enfoque se consideran factores terapéuticos importantes.

Redfern, autora el capítulo 16, *Crianza y hogares de tránsito*, describe las cualidades esenciales que todo adulto debe tener para mentalizar a su hijo, considerando particularmente la capacidad reflexiva y el apego. Luego, describe el modelo de *Reflective Parenting* (Paternidad Reflexiva, Cooper & Redfern, 2016) que tiene 3 componentes esenciales, los cuales subrayan la importancia de trabajar el estado mental de los padres y su capacidad para mentalizar a sus hijos.

La autora explora las dificultades de los hogares de tránsito, donde por lo general los niños han vivido situaciones adversas y apegos inseguros. Quienes toman el rol de cuidadores, suelen necesitar apoyo, ya que suelen presentarse situaciones de comportamientos externalizantes en sus casas, generado por las vivencias traumáticas del niño. Pese a las vivencias traumáticas anteriores, es posible que se genere un apego seguro con su nuevo cuidador (Joseph et al. 2014). Por último, el Anna Freud Center también ha desarrollado una terapia específica basada en la mentalización para familias de tránsito o de adopción.

Trastorno límite de la personalidad (TLP) en la Adolescencia (Sharp & Rossouw) es el tema del capítulo 17, se señala que en la edición publicada anteriormente (Bleiberg et al. 2012, pp. 467-468), se hicieron ocho afirmaciones claves sobre

la mentalización encuadrar poder así entender y tratar la personalidad borderline (BPP) en la adolescencia. Se proporcionan nuevas pruebas empíricas que apoyan estas ocho afirmaciones claves. La MBT-A en adolescentes plantea que el problema central, especialmente en quienes presentan síntomas de un emergente trastorno borderline de personalidad (TLP), fallan en su capacidad mentalizadora ante ciertas situaciones emocionales e interpersonales.

MBT-A se evaluó empíricamente en ensayos controlados abiertos y aleatorizados. La evidencia sugiere que un enfoque basado en la mentalización para entender la BPP adolescente es útil y puede guiar los tratamientos en los servicios de salud mental de adolescentes, como tratamiento principal o como complemento a las intervenciones existentes. Los autores también describen la trayectoria (Fases) y proceso del TBM-A. Taubner, Thorsten, Gablonski, & Fonagy describen en el capítulo 18, el Trastorno de Conducta (DC) como un trastorno mental grave y complejo de alta incidencia en la adolescencia. Mencionan que varios estudios coinciden en los déficits pronunciados de mentalización de adolescentes con DC. El MBT podría ser un método prometedor para su tratamiento. Actualmente se está evaluando su eficacia en un ensayo controlado aleatorio en Heidelberg, Innsbruck y Klagenfurt.

Se describen las fases del tratamiento propuesto y la formulación de caso, destacando la necesidad una mayor evidencia de su eficacia y de un mayor desarrollo conceptual.

Trastorno de personalidad borderline (Bateman, Fonagy & Campbell) es el tema abordado en el capítulo 18. En torno a este trastorno clínico se elaboraron inicialmente

tanto la teoría de la mentalización como el enfoque del tratamiento basado en la mentalización (MBT). Se describen las características asociadas con este trastorno, y también se mencionan sus vulnerabilidades asociadas, que lo hacen tan paradigmático de psicopatología general. Es alto su nivel de comorbilidad y la falta general de resiliencia psicológica. Sus vulnerabilidades impiden generar confianza epistémica y que el individuo pueda beneficiarse de su entorno social. Se propone la mentalización como la herramienta fundamental para el aprendizaje social y el beneficio de la comunicación social. Este aprendizaje implica saber cómo operar sobre el mundo social, trabajar sobre la interpretación, ser capaz de comprender los estados mentales de las acciones y reacciones de los demás. Se trata en definitiva del mantenimiento continuo de relaciones sociales constructivas, la regulación de las emociones y el control del comportamiento. Ya en el capítulo 20, Bateman, Motz & Yakeley se refieren al *Trastorno de personalidad antisocial en contextos comunitarios y carcelarios*, describiendo la utilidad del MBT-ASPD para personas con trastorno de personalidad antisocial (TPA), en dichos contextos. Estas personas tienen altos niveles de mentalización en las dimensiones externas en lugar de internas, cognitivas en lugar de afectivas y automáticas en lugar de reflexivas. Responden mejor a los procesos con pares que a intervenciones jerárquicas. Esta pérdida de mentalización, o pseudomentalización, posibilita que la personas con TPA usen o lastimen a otros para su propio beneficio. Los autores indican que es un tratamiento innovador, donde las intervenciones grupales permitirían reducir la agresión reactiva hacia los demás.

Actualmente se está investigando su efecto en un ensayo controlado aleatorio.

Los *Trastornos de personalidad evitativa y narcisista* son planteados en el capítulo 21 por Simonsen & Euler. Consideran la utilización de MBT tanto en pacientes con trastorno de personalidad evitativa (AVPD) como con trastorno de personalidad narcisista (NPD). Justifican la utilización de tratamientos basados en la mentalización con estos pacientes dado que tienen un estilo de apego inseguro, predominantemente evitativo y una autoestima inestable que inhibe la vida social. La capacidad de mentalización está gravemente perjudicada; tienden a la hipermentalización cognitiva, excesivamente analítica y carente de afectividad. Los autores advierten la ausencia de estudios controlados de MBT para AVPD o NPD que demuestren su eficacia.

Trastornos de la alimentación es el tema del capítulo 22, Robinson & Skårderum argumentan que el modelo de mentalización es relevante para comprender los trastornos de alimentación y terapéutica. Se describe la psicopatología de estos trastornos, entendiéndolos como un desorden subyacente a apegos perturbados y síntomas resultantes de una inseguridad crónica. Proponen un tratamiento para trastornos alimenticios basado en la mentalización (MBT-ED) dirigido a reducir los síntomas, potenciar las competencias psicológicas y sociales de los estados mentales propios y ajenos, y mejorar la regulación afectiva. Este abordaje puede incorporarse a cualquier modelo terapéutico (psicodinámica o cognitiva-conductual), o tipo de intervención (internación, ambulatoria u hospitalización parcial).

Los autores consideran que el MBT-ED es

un tratamiento adecuado para pacientes con síntomas severos y perdurables de trastornos alimenticios y/o una combinación de estos y BPD, que habitualmente no responden a una terapia (Robinson et al., 2016), pero reconocen todavía no hay evidencia que lo respalde.

Luyten, Lemma & Target escriben sobre *Depresión*, en el capítulo 23. Plantean el valor de aplicar el concepto de mentalización a los casos de depresión clínica, reformulando a esta patología como una respuesta a dificultades interpersonales o amenazas percibidas al apego, o sea al self. Los presupuestos básicos de este abordaje sobre la depresión consideran el círculo vicioso entre las amenazas al apego, el ánimo depresivo y la mentalización. Dos manifestaciones clínicas importantes en pacientes con esta patología son la desactivación del apego y las estrategias de hiperactivación. Esto evidencia que los trastornos de ánimo perturban las habilidades de mentalizar, el terapeuta puede reencuadrar la sintomatología como manifestaciones. Es necesaria una mayor investigación sobre la eficacia de los abordajes mentalizadores en la depresión, mientras tanto, parece ser una adición para los tratamientos existentes.

El penúltimo capítulo, *Comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y el trastorno de Personalidad* (Arefjord, Morken & Lossius) explica que los tratamientos ambulatorios actuales para trastornos por uso de sustancias (Substance Use Disorder – SUD) resultan aún un desafío para tratar efectivamente a pacientes con SUD y con trastornos de personalidad severos (Severe Personality Disorder – PDs). Proponen un modelo novedoso de tratamiento de doble vía, basado en la mentalización y

combinado con estrategias específicas de adicción (Mentalization-based Treatment for substance use disorder – MBT-SUD) que permita tratar a pacientes que tengan una comorbilidad de trastorno borderline y trastorno por uso de sustancias

El programa adhiere a los modelos del MBT, pero incluye estrategias y adaptaciones específicas para adicciones con terapia individual y grupal. Es apropiado tanto para ambos géneros, aunque no existen estudios formales cualitativos o cuantitativos. Se destaca la experiencia clínica en Noruega (Bergen Clinics Foundation – BCF) con el MBT-SUD, que según los auto reportes de pacientes luego de 2 años, modificaron la percepción de sus emociones, el pensar sobre sus estados internos y los encuentros interpersonales y la exploración del mundo

El capítulo final, propone que trabajar desde la mentalización mejora la calidad de vida de las personas con trastornos psicóticos o con padecimientos del espectro esquizofrénico. La evidencia científica del apego y la mentalización no son factores etiológicos, causales y necesarios de la psicosis; sino factores protectores. Podrían, por ende, atenuar la aparición de la psicosis, funcionando como una protección temprana para aquellas personas con mayor riesgo, y en las que ya fueron diagnosticadas podría fortalecer la parte *no psicótica* de su personalidad.

Los principios expuestos recorren tanto la práctica clínica como las aplicaciones específicas, posibilitando así, paso a paso, la inmersión del lector en una perspectiva de trabajo en salud mental inclusiva, informada por la investigación e inserta en contextos comunitarios.