



Nick Midgley · Karin Ensink · Karin Lindqvist
Norka Malberg · Nicole Muller

TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN PARA NIÑOS

Un abordaje de tiempo limitado



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

NICK MIDGLEY, KARIN ENSINK, KARIN LINDQVIST,
NORKA MALBERG y NICOLE MULLER

TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN PARA NIÑOS

Un abordaje de tiempo limitado



BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
MENTALIZATION-BASED TREATMENT FOR CHILDREN
A Time-Limited Approach
Nick Midgley, Karin Ensink, Karin Lindqvist,
Norka Malberg y Nicole Muller
© 2017 The American Psychological Association
Washington D.C. - USA

Traducción: Ramiro J. Álvarez

© EDITORIAL Desclee De Brouwer, S.A., 2019
Henao, 6 – 48009 Bilbao
www.edeslee.com
info@edeslee.com

 EditorialDesclee

 @EdDesclee

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-3054-2
Depósito Legal: BI-792-2019
Impresión: Itxaropena, S.A. - Zarautz

**5 Recursos para los profesionales de la psicología
que trabajan con las emociones**

Descárgalo gratis en edeslee.info con el código:

5RECURSOS3054

Índice

Prólogo a la edición española, <i>Pedro Sanz Correcher</i>	9
Prólogo a la edición original, <i>Peter Fonagy</i>	13
Agradecimientos	19
Introducción	23

PARTE I

Marco teórico

1. El desarrollo de la mentalización	39
2. Cuando la capacidad de mentalización falla o está poco desarrollada	73

PARTE II

Descripción del enfoque terapéutico

3. Estructura y propósito de la MBT-C de tiempo limitado . .	107
4. Actitud del terapeuta en la MBT-C de tiempo limitado. . .	135

5. El proceso de evaluación en la MBT-C de tiempo limitado .	165
6. Trabajo directo con niños en la MBT-C de tiempo limitado	203
7. Trabajar con los padres en un marco basado en la mentalización	241
8. Preparar la despedida: los finales en la MBT-C de tiempo limitado	271
9. MBT-C de tiempo limitado: Un caso práctico	293
Conclusión: Mirando hacia atrás y hacia delante	329
Apéndice: Medidas de funcionamiento reflexivo en niños y en padres	337
Referencias	343
Índice temático y de nombres	369
Sobre los autores.	374

Prólogo a la edición española

Pedro Sanz Correcher

*Coordinador Unidad Docente Multiprofesional
de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre.*

Sociedad Española de Terapia Basada en la Mentalización.

Resulta muy fácil prologar este libro para el público hispanohablante, pues se presenta solo. Es relevante por tantos motivos que bastaría con enumerarlos para transmitir la trascendencia del material que tenemos entre las manos.

Este texto recoge en papel el resultado de 6 años de trabajo en común de un grupo de clínicos e investigadores con una sólida formación, ligados al Anna Freud National Centre for Children and Families. Los autores transmiten en cada una de sus páginas el cuidado y respeto que tienen por su objeto de trabajo: el mundo interno único de un individuo en desarrollo, el niño.

El libro presenta un abordaje terapéutico de tiempo limitado basado en la mentalización para niños entre 5 y 12 años y sus familias. El objetivo último de la terapia es, entre otros, “aumentar la resiliencia en niños con una amplio espectro de problemas de salud mental”, incrementando la capacidad de mentalización del niño y su entorno. Y lo hacen exponiendo en una primera parte el marco teórico que fundamenta la técnica, para después describir paso a paso, y siempre ligado a casos de la práctica clínica, las técnicas a utilizar.

Los fundamentos teóricos que sostienen la técnica son amplios, y provienen de la neurobiología, de la teoría de la mente, de la tradición psicoanalítica y de la psicología del desarrollo, proponiendo

una estructura razonable –que no hay que confundir con algo rígido o inamovible–, y en la que retoman además técnicas propias de la terapia con niños, como la terapia de juego.

Y todo ocurre alrededor del niño, y de su “mente en relación con otras mentes”. No se puede comprender ni llegar a la subjetividad de un niño si no se incorpora a su familia o a su entorno en el proceso terapéutico, como parte que complementa y condiciona a esa subjetividad, como partes en continua relación.

Conectando de forma empática y contingente con el proceso mental del niño se conseguirá generar la confianza –confianza epistémica– que le permitirá comprenderse y que comprenda el mundo que le rodea, abriéndolo a un mundo que, poco a poco, se convertirá en un espacio donde se sentirá seguro y capaz.

En este proceso, como ocurre en los modelos derivados del psicoanálisis o del desarrollo, la figura del profesional será objeto también de atención y consideración especial. El modelo de profesional que aquí se presenta no es un terapeuta transparente, que aplica una técnica y que pasa inadvertido. Muy al contrario, el profesional aquí descrito es una parte más de la ecuación terapéutica. Uno más, pero cualificado que, desde su posición, se articula entre las otras dos partes, individuo y entorno, tratando de dar sentido al mundo interno del niño ante sí mismo y ante sus cuidadores.

La técnica descrita es depurada y respetuosa, y no pone el foco en el contenido de lo que se trasmite al niño –que también–, sino en la forma en que se esto se da, en el “cómo” se relacionan y comprenden entre sí los estados mentales del niño y de los otros que con él interactúan. En eso precisamente consiste la mentalización, en cómo se piensan y sienten cada uno, a sí mismos y en la mente del otro.

Este modelo de terapia pone en valor la técnica, además de como herramienta del profesional, como superestructura clínica que “contiene” –*incorpora*– y “contiene” –*es capaz de soportar*– todo lo necesario para tratar al niño en un contexto de seguridad. Y lo hace desde un posicionamiento ético, que lleva implícita una

comprensión del individuo respetuosa con los principios de autonomía, y que es concedora del riesgo que podría suponer la invasión no controlada del espacio mental del menor o de su entorno.

Cuando trabajamos con niños –al igual que cuando trabajamos con patología mental grave– hay una probabilidad muy elevada de que se produzca esta invasión del espacio mental del individuo. Una mente en desarrollo o con un número de representaciones limitado o desorganizado, puede verse fácilmente “rellenada” externamente por contenidos y afectos de terceros.

Precisamente por ello, además de la descripción de la técnica psicoterapéutica, podemos advertir en este manual la importancia de un aspecto que puede parecer menor, pero que es determinante y –creemos que– de referencia para cualquier modelo de psicoterapia de futuro: el establecimiento de un completo sistema de supervisión del proceso a varios niveles.

Este sistema de supervisión, auténtico control de calidad de la técnica, da cuerpo y sentido a todo el programa de tratamiento. Aparece explicitado a lo largo de todo el manual en los momentos claves del programa terapéutico: en el proceso de evaluación inicial; en la formulación del caso y del foco; en la monitorización de la posición del terapeuta; en la incorporación de una sesión de revisión a mitad del tratamiento; en la evaluación de los resultados; y, por supuesto, en la propia supervisión por terceros, que también el presente texto detalla.

La supervisión será también, pues, parte intrínseca del tratamiento. Y así debe ser. Debemos recordar que los profesionales somos catalizadores del cambio (y no los sujetos activos), y como todo catalizador tenemos que ajustar muy bien la dosis de nuestra acción. Del otro lado estaría la omnipotencia terapéutica y la invasión –o el descuido– del espacio mental del niño y del sistema familiar, y el riesgo de generación de efectos secundarios, rechazos o dependencias terapéuticas.

En este manual de MBT-C no se hace referencia a diagnósticos concretos. No habla de indicaciones de tratamiento en función de

diagnósticos, sino en función de la alteración de la capacidad de mentalización del niño. No se pretende restar importancia al diagnóstico psicopatológico, y quizá en un futuro cercano los estudios demuestren su evidencia para tratar tal o cual trastorno. Lo interesante de la propuesta que nos ocupa es que nos va a permitir evitar –o al menos repensar– la imposición de narrativas y etiquetas al niño, que una vez aparecidas bloquean lo que precisamente pretendemos evitar: respetar la esencia particular del individuo, afinando el oído a lo que hay más allá de los clichés, de la conducta o de las propias palabras.

Por ello, igual de importante que el diagnóstico con el que se presenta el niño en la consulta, resulta interesante observar los contextos donde se puede aplicar la terapia. Deberíamos considerar seriamente la aplicación de este modelo en aquellos niños que se encuentran en entornos de aislamiento, nuevos, cambiantes (adopción, acogimiento), o que están sometidos a cambios familiares o sociales (familias rotas, recompuestas, cambios de domicilio, de entorno social, de colegio)

Estos contextos exigirán del niño una capacidad de comprensión con la que a su edad no cuenta y en la que, además, el entorno, si no consigue sintonizar con esta necesidad especial, puede actuar de forma desfavorable, generando una etiqueta en una situación que quizá es meramente adaptativa en un individuo en desarrollo.

Estamos ante un libro que incorpora técnicas nuevas junto a lo mejor de la tradición de las terapias con niños. Un libro de referencia para aquellos que quieran formarse en el modelo, pero también para cualquier profesional que trabaje con población infantil y busque cómo mejorar su técnica psicoterapéutica. En definitiva, ante un libro que con toda seguridad hará escuela. Disfrútenlo.

Pedro Sanz Correcher
Coordinador Unidad Docente Multiprofesional
de Salud Mental del Hospital 12 de Octubre.
Sociedad Española de Terapia Basada en la Mentalización.

Prólogo a la edición original

Peter Fonagy

Resulta paradójico, hasta cierto punto, que la madurez de un enfoque tenga como referente su aplicación al mundo de los niños. Es un indicador de la consolidación del tratamiento basado en la mentalización (MBT) como terapia que encuentra una aplicación sólida y rigurosa en el contexto de la psicoterapia infantil individual.

La MBT, probablemente, no es una excepción a este respecto. El caso del “Pequeño Hans” fue el reflejo de la maduración del pensamiento de Freud sobre las dos primeras décadas del psicoanálisis; el conductismo tiene su propio “Pequeño Alberto”; más recientemente, la ampliación de la terapia conductual cognitiva al trabajo terapéutico con niños tuvo lugar 15 o 20 años después de los descubrimientos de Aaron Beck.

Naturalmente, estoy encantado de que el grupo terapéutico de enorme talento que ha elaborado esta guía de tratamiento eligiera la MBT como el marco que, como terapeutas infantiles, consideran como el más fiable para incluir a niños y jóvenes, modificando sustancialmente en muchos puntos el enfoque original articulado e implementado por Anthony Bateman y por mí mismo para el tratamiento del trastorno de personalidad (MBT-PD). Resulta alentador que la práctica terapéutica centrada en los más jóvenes pueda beneficiarse tan palpablemente de la aplicación de algunos de los

principios que se desarrollaron en el contexto de un enfoque terapéutico del trastorno de personalidad (Bateman & Fonagy, 2016). Las técnicas terapéuticas guardan un sentido de familiaridad y, sin embargo, también resultan diferentes; la actitud del terapeuta, recomendada en la MBT-PD respecto a favorecer la mentalización, es semejante a la recomendación de la guía de tratamiento para el trabajo con niños. El parecido no resulta sorprendente dados los orígenes de la MBT-PD en estudios sobre el desarrollo de la mentalización y el fundamento de la MBT para niños (MBT-C) como una intervención para el desarrollo. Las diferencias que surgen están relacionadas con las distintas aspiraciones de desarrollo de ambas terapias: la MBT-PD intenta liberar una capacidad de mentalización desarrollada pero inhibida o desestabilizada mientras que la MBT-C pretende facilitar el desarrollo del propio proceso optimizando las condiciones ambientales necesarias para su crecimiento.

En relación a la distinción de aspiraciones terapéuticas, hay una diferencia importante en la implementación que se debería destacar porque apunta a una laguna fundamental en el arsenal de técnicas MBT disponibles para el trabajo con adultos. La MBT-C, necesariamente, supone la colaboración de los padres –en este contexto, en una función principalmente psicoeducativa pero también, implícitamente, terapéutica en el sentido de liberar a los cuidadores de inhibiciones o distorsiones de mentalización en relación al niño o niña en concreto–. El modelo dialéctico de auto-desarrollo que sustenta ambos enfoques sugiere que la claridad con la que los padres vean a su hijo o hija como intencional, va a favorecer el desarrollo de la mentalización de los niños (Fonagy, Gergely, & Target, 2007). Me pregunto si las terapias para adultos serían más efectivas si se implicara a las personas clave con las que mantenemos relaciones efectivas en la empresa terapéutica de apoyo para la recuperación de la mentalización equilibrada.

En la esencia del enfoque de la MBT-C perfilado en este bien articulado manual se encuentra el concepto de que en cada uno de nosotros, nuestras capacidades emergentes para concebir acciones

en términos de pensamientos y sentimientos dependen fundamentalmente del apoyo ofrecido por nuestras familias y nuestras redes sociales, lo que es esencial para que desarrollemos y mantengamos esta actitud. El terapeuta es un compañero obvio y durante el proceso de tratamiento va a ser capaz de apoyar la mentalización del niño y de ayudarlo a experimentar el valor de mentalizar en las relaciones sociales y en el auto-reconocimiento. Cuando el terapeuta ya no esté presente, los niños que todavía no hayan conseguido compañeros y adultos que los ayuden a mantener esa actitud contemplativa tendrán que esforzarse por mantener sus logros de desarrollo. La claridad con la que este proceso dialéctico se describe y se ilustra en esta guía es una de las valiosas aportaciones del trabajo de Midgley y colaboradores.

Pero, ¿por qué es importante la mentalización? Los autores son prolijos a la hora de describir lo que es la mentalización y cómo se desarrolla. Como expertos en el desarrollo, elaboran un cuadro especialmente apreciable y rico sobre cómo la mente de los niños se ajusta cada vez más al universo mental de quienes lo rodean, especialmente, durante la primera década vital. El movimiento desde algo sentido de manera intuitiva y simple –aunque profunda– a una consciencia más rica de pensamientos y sentimientos, el contenido de lo que se puede reflejar, favorece el intercambio social con adultos e iguales y, en general, establece el trasfondo para el aprendizaje del mundo social y el lugar que uno ocupa en él.

Naturalmente, muchos de esos aprendizajes sociales son dolorosos. Algunas experiencias, en especial aquellas relacionadas con rechazo, abandono, agresión y persecución, son de difícil mentalización y pueden dar lugar a niveles insoportables de dolor que hacen que la observación de los estados mentales tenga un escaso beneficio en comparación con el riesgo de daño que se podría derivar de seguir los pensamientos y sentimientos, ideas e intenciones, de un cuidador abusivo o de un compañero admirado pero cruel. Si se prevé que un viaje va a ser doloroso, tiene sentido no emprenderlo; algunos niños, tal vez debido a vulnerabilidad biológica o a

deprivación social, elegirán no embarcarse en un viaje en torno a la mente del cuidador ni centrarse demasiado estrechamente en los pensamientos y sentimientos que hay detrás de las acciones de sus amigos. Sin embargo, esos son los contextos sociales esenciales a partir de los cuales se puede lograr una comprensión de los demás en términos de estado mental así como proporcionar una base para la comprensión de sí mismo. El terapeuta tiene que ser la fuente de curiosidad y emoción que motive al niño a superar su indecisión hacia la exploración intersubjetiva.

Visto de la manera en que la MBT-C enmarca el tratamiento de niños, la psicoterapia infantil no es nada especial. Simplemente es un reflejo del proceso natural de desarrollo. Es parecido al modo de aprendizaje de la propia lengua: la evolución nos ha dado un completo juego de herramientas, suponiendo un entorno lingüístico apropiado, para la adquisición de nuestra lengua nativa. Algunos niños, privados de entorno lingüístico, necesitan esforzarse para alcanzar todo su potencial lingüístico. Lo mismo sucede con la mentalización. Si hay poco interés por parte de quienes tienen al niño a su cargo, puede que algunos procesos biológicos no lleguen a activarse. Tal vez el niño se tome esa falta de interés como una señal, pulida por la evolución, indicadora de que el entorno social no conduce a priorizar la subjetividad sobre un mundo físico desafiante.

La MBT-C puede ser más adecuada en el caso de niños que están intentando adquirir y, a continuación, dominar, estas capacidades más específicamente humanas de desarrollo pero cuya exploración haya tenido que detenerse por los retos que supone la capacidad emergente: comprender la motivación humana “en crudo”, sin el suficiente blindaje para soportar sus implicaciones más amenazadoras. La vulnerabilidad puede ser biológica y estar asociada a niños con recursos naturales insuficientes (p. e., regulación afectiva) para protegerlos de las implicaciones del descubrimiento de la malicia y la hostilidad de su entorno. Su respuesta emocional, sin embargo, debilita, a su vez, su capacidad para comprender y los vuelve cada vez más vulnerables frente a una mala interpretación

de las intenciones y creencias de los demás. De ese modo, ni el contexto biológico ni el social, en o por sí mismos, son causa suficiente; el fallo de mentalización es el fallo de la “mente en el cuerpo”.

La MBT-C resulta especialmente útil para interrumpir el desafortunado patrón de culpabilización parental que es evidente entre algunos psicoterapeutas. La naturaleza intersubjetiva de la mentalización –la idea de que todos encontramos nuestra propia mente en los pensamientos y sentimientos que sobre nosotros tiene alguna otra persona– reparte la responsabilidad en la diada padres-hijo. Si los niños ocultan su propia mente a sus padres (de nuevo, bien sea por razones biológicas o experienciales), los padres fracasarán en el proceso de mentalización pero, en ningún sentido, pueden ser considerados en falta; pero la comprensión limitada de los padres hacia sus hijos va a colocar a los niños en una posición de desventaja al no ser capaces de aprender sobre sí mismos al no sentirse, a su vez, entendidos por sus padres. Los niños contribuyen de manera muy importante a la determinación de las condiciones de su entorno y los padres de niños con predisposición a ocultar su mente, a mostrarse “difíciles” e “inaccesibles”, necesitan apoyo y ayuda para llegar a evitar el círculo vicioso de la relación sin mentalización. Los niños necesitan hacer que su mente sea accesible a sus padres; los padres necesitan estar presentes para interesarse por la mente del niño para que el niño internalice el aprecio de los padres y lo utilice para desarrollar una capacidad relativamente auto-sustentable.

La relación, aunque transaccional, no tiene lugar entre iguales. Los padres están ahí para “enseñar” al hijo. La paternidad tiene la función de preparar al niño para una vida de aprendizaje social. Con esto no nos referimos al aprendizaje en el colegio, aunque un cierto aprendizaje (no demasiado) también tiene lugar allí. En nuestros contextos sociales estamos aprendiendo continuamente sobre cómo y qué hacer con el conocimiento que está incorporado en nuestra cultura, qué hacer respecto a nosotros mismos y nuestras relaciones y lo que podemos esperar de ellas. Este aprendizaje tiene que ser selectivo porque no se puede confiar en todo el mundo.

Entonces, ¿cómo sabremos en quién hacerlo? La mentalización, creemos, es fundamental para identificar a la gente que tiene presente nuestro interés (Fonagy, Luyten, & Allison, 2015). En aquellos que sentimos que nos responden –a nuestros pensamientos y sentimientos, no solo a nuestra conducta– probablemente, podamos confiar. Respecto a quienes nos abandonan o malinterpretan nuestra mente, es mejor mantenerse alerta.

Una pobre mentalización hace que sea más difícil distinguir entre aquellos en quienes se puede confiar y en los que no. Debilita el proceso de aprendizaje social. Esta es, seguramente, la justificación más importante para una guía para la puesta en práctica del enfoque MBT con niños: Ellos tienen mucho que aprender. Si el aprendizaje en general resulta perjudicado por dificultades de mentalización serias debido a que la fuente de conocimiento no es claramente confiable, entonces un enfoque basado en la mentalización puede que sea lo más importante que podamos ofrecer. Puede permitir a los niños acceder y beneficiarse de una abundancia de conocimientos que están programados para ser adquiridos a partir de maestros (bajo la forma de cualquier adulto) como parte de su socialización en el mundo en el que viven. De modo que aunque esta guía de tratamiento está enfocada al tratamiento de niños con problemas de salud mental, la misión de mejorar la calidad de mentalización de nuestros niños es ayudarlos a mejorar su adaptación a un mundo social altamente complejo.

Este libro es un importante logro y, además, de muy fácil lectura. Constituye una guía esencial de puesta en marcha de una forma de tratamiento que está diseñado para combinar la terapia con la prevención secundaria. Es también una guía para mejorar el trabajo terapéutico con niños basado en otras orientaciones teóricas. Será una valiosa aportación a la biblioteca de cualquier terapeuta.

Introducción

Se calcula que, en un momento dado, aproximadamente uno de cada 10 niños entre 5 y 16 años padece algún trastorno psíquico (Green, McGinnity, Meltzer, Ford, & Goodman, 2005). Entre los problemas mentales más frecuentes en los niños se cuentan los problemas de comportamiento, la conducta antisocial, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, la depresión y la ansiedad; los trastornos emocionales son más frecuentes en las chicas mientras que los problemas de comportamiento se dan más en los chicos. Como han señalado Hagell y Maughan (en prensa), dichos problemas mentales “tienen implicaciones importantes en todos los ámbitos de vida de los jóvenes, incluyendo su capacidad para implicarse en la educación, hacer amigos y mantenerlos, comprometerse en relaciones familiares constructivas y encontrar su propio camino en la vida”. Sugerimos, por lo tanto, que esos problemas tienen implicaciones importantes para los miembros de la familia, amigos, escuela y sociedad en general.

Aunque, en el momento actual, existen muchos tratamientos para niños y familias basados en evidencias, una cantidad significativa de niños, o bien dejan la terapia, o son incapaces de utilizar los tratamientos disponibles (Fonagy, Luyten, & Allison, 2015). Por otra parte, muchos de los tratamientos basados en evidencias se han desarrollado con poblaciones específicas, lo que hace poco realista

que los terapeutas infantiles puedan recibir formación en los numerosos modelos de tratamiento indicados para los diferentes problemas existentes que pueden llevar a los niños a los servicios infantiles de salud mental. Paradójicamente, ante la amplia variedad de terapias estructuradas para distintos trastornos infantiles, se dispone, de hecho, de una limitada gama de enfoques para los niños y las familias, con muchos servicios de salud mental infantil que proponen intervenciones basadas en un modelo de terapia cognitiva (CBT).

Aunque la CBT tiene una buena base de evidencias para una variedad de trastornos de la infancia (McLaughlin, Holliday, Clarke, & Ilie, 2013), y ha ayudado claramente a muchos niños y familias, un enfoque de talla única siempre encierra peligros, sobre todo, cuando la evidencia sugiere que la elección y preferencias del cliente debería ser la base de toda buena práctica clínica. Por otra parte, muchos terapeutas se han encontrado en situaciones en las que padres y niños tienen dificultades para poner en práctica el tipo de estrategias que se les puede ofrecer para manejar sus problemas de un modo más eficaz, generalmente, porque no tienen habilidades de regulación afectiva ni capacidad de hacer uso de la orientación, lo que es un prerrequisito para sacar partido de tales enfoques terapéuticos (p. e., Scott, & Dadds, 2009). Esperamos, por lo tanto, que el enfoque descrito en este libro cubra una carencia importante al ofrecer una intervención a corto plazo centrada en niños de edad escolar que utiliza principios psicodinámicos tradicionales pero que los integra junto con la teoría del apego, el estudio empírico de la mentalización, y características de otros enfoques basados en evidencias.

Nuestro enfoque

En su prefacio a *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, Allen y Fonagy (2006) escriben,

Al proponer el tratamiento basado en mentalización no reivindicamos ningún tipo de innovación. Al contrario, el tratamiento basado en la mentalización es el enfoque terapéutico menos novedoso

que se pueda imaginar; se dirige a la base de la capacidad humana para entender la mente como tal. Mantener la mente en la mente es tan antiguo como las relaciones humanas y la consciencia de sí mismo (p. xix).

Aunque esta manifestación podría ser considerada poco sincera, no hay duda de que mucho de lo que se ha descrito como “tratamiento basado en la mentalización” (MBT) le resultará familiar a los terapeutas de diferentes procedencias –sobre todo, tal vez, a aquellos que, como nosotros mismos, han sido formados en la tradición psicodinámica–. Al mismo tiempo, creemos que, de manera deliberada o accidental, se han deslizado algunas nuevas ideas. Cuando impartía formación en MBT en el Anna Freud National Centre for Children and Families, en Londres, Dickon Bevington añadía una divertida apostilla a la declaración de Allen y Fonagy (2006) advirtiendo que “este producto puede contener trazas de originalidad. Se trata solo de residuos de contaminantes debidos al propio proceso de producción y no deberían menoscabar el disfrute del producto” (Asen et al., 2011).

En este libro describimos un enfoque orientado a trabajar con niños, en formato de terapia de tiempo limitado, que esperamos que resulte familiar y de sentido común, al tiempo que ofrece a los terapeutas algunas “trazas de originalidad” que esperamos que aporten algún valor a la caja de herramientas del terapeuta infantil. Describimos el trabajo como una guía de tratamiento porque proponemos un modelo particular de tratamiento, pero uno que se puede adaptar y ajustar a los contextos locales en los que están trabajando los terapeutas y que puede ser lo bastante flexible como para ser utilizado en el trabajo con niños que presentan una variedad de dificultades.

Al centrarse en una capacidad básica que puede favorecer la resiliencia en niños con una variedad de problemas, la MBT para niños (MBT-C) pretende ser una terapia general que se puede adaptar a las necesidades particulares de niños en su segunda infancia o infancia intermedia –aproximadamente, entre 5 y 12 años–.

La MBT-C como se describe en este libro es una intervención de tiempo limitado que se puede integrar fácilmente y utilizar junto con distintos tratamientos psicosociales. El propósito general de la MBT-C es favorecer la mentalización y la resiliencia de tal manera que el proceso de desarrollo se vuelva a poner en marcha, y que tanto la familia como el niño sientan que están mejor equipados para enfrentarse a los problemas que, en primer lugar, los condujeron a la terapia. De este modo, la MBT-C se propone incrementar la capacidad de regulación emocional del niño así como apoyar a los padres para satisfacer mejor las necesidades emocionales de sus hijos.

El modelo básico MBT-C de tiempo limitado consta de 12 sesiones individuales, con reuniones aparte para el (o los) padre(s). Aunque puede que algunos terapeutas consideren las terapias breves de tiempo limitado como un “mal necesario” en la era de la atención médica de seguros (Salyer, 2002), un amplio cuerpo de investigación sugiere, en la actualidad, que las intervenciones breves en salud mental infantil pueden ser eficaces (McLaughlin et al., 2013), incluyendo las intervenciones psicodinámicas de corto plazo (Abbass, Rabung, Leichsenring, Refseth, & Midgley, 2013). Del mismo modo, un metaanálisis de intervenciones centradas en el apego, de Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn y Juffer (2003) mostraron que las intervenciones más eficaces utilizaban un número reducido de sesiones (entre cinco y dieciséis) y tendían a mantenerse más centradas en sus propósitos.

El trabajo de tiempo limitado, cuando es efectivo, redundante claramente en interés de los niños y las familias porque permite que los niños regresen a su vida cotidiana sin una gran distorsión de su vida diaria. Sin embargo, hay algunos niños para los que puede que una intervención breve no resulte indicada (Ramchandani & Jones, 2003). En determinados casos en los que es apropiada una intervención a largo plazo (p. e., para aquellos niños cuyo trauma por relaciones tempranas o apego inseguro les suponga un problema real el confiar en un adulto), es posible ofrecer tres bloques de

12 sesiones de MBT-C (p. e., hasta un máximo de 36 sesiones). Estos bloques adicionales de tratamiento se basan en un proceso de revisión que valora las ventajas e inconvenientes del tratamiento adicional y, en estos casos, el tratamiento no es nunca indefinido sino que sigue siendo de tiempo limitado con un objetivo y propósitos claros.

Como todas las intervenciones basadas en mentalización, el propósito fundamental de la MBT-C es desarrollar las habilidades de mentalización tanto de los padres como del niño. Tanto para los unos como para los otros, esto implicaría oportunidades de practicar una buena mentalización pero también de prestar atención a los puntos en los que la mentalización se venga abajo o de trabajar sobre áreas donde existan déficits en la capacidad de mentalización. Esta atención se justifica por el hecho de que la investigación muestra, cada vez más, que la capacidad de mentalización contribuye a un sentido positivo del self, a unas relaciones saludables y a una mejor regulación emocional (Ensink, Bégin, Normandin, & Fonagy, 2016; Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin, & Fonagy, 2014). Apuntar a estas capacidades es probable que sea provechoso para los niños (y sus padres) que presenten diversos problemas, incluso si el trastorno subyacente de salud mental no está “causado” por un fallo de mentalización.

Como implica la descripción anterior, el foco de la MBT-C se centra más sobre el proceso que sobre el contenido: El propósito no es, en primer lugar, que cada padre o niño adquiera *insight* de sus dificultades ni que desarrolle una comprensión del posible origen de dichas dificultades; más bien, se trata de desarrollar su capacidad de utilizar su habilidad de mentalización para controlar emociones y relaciones así como de incrementar la capacidad del niño de utilizar las relaciones para un aprendizaje emocional. En cuanto tal, el propósito último de la MBT-C es ayudar al niño a utilizar mejor las relaciones de ayuda una vez que la terapia ha concluido y a que los padres estén mejor equipados para apoyar el desarrollo de su hijo fuera y más allá de la terapia.

Orígenes de la MBT-C de tiempo limitado

Aunque no es posible hacer justicia a la rica historia del pensamiento clínico que ha inspirado este libro, presentamos aquí un breve esbozo de algunos de los desarrollos que han contribuido a este trabajo y, en particular, aquellas ideas que han orientado a los autores de esta guía de tratamiento.

En su trabajo de 1991, que inició una nueva forma de pensar sobre los estados mentales *borderline* en adultos, Fonagy se refirió al “logro de una representación de acontecimientos mentales” que, según señalaba, habían sido referidos en la literatura psicoanalítica como *capacidad de simbolización*. Este término, sugería, había sido sobrecargado de significados, especialmente en el psicoanálisis (p. 641). De este modo, él proponía: “En aras de la brevedad, me gustaría denominar la capacidad de concebir los estados mentales conscientes e inconscientes de uno mismo y de los demás como la capacidad de *mentalización*” (p. 641, en cursiva en el original).

Lo que empezó como un término utilizado “en aras de la brevedad” ha prosperado de manera espectacular en los años transcurridos desde que se escribieron esas palabras. En un informe de revisión sobre MBT (Bateman & Fonagy, 2013), los autores señalaban con evidente orgullo que el uso del término *mentalización* en títulos y resúmenes de trabajos científicos en la Web of Science había aumentado desde 10 en 1991 a 2.750 en 2011, con numerosos autores haciendo uso del término en este momento, “desde psicoanalistas hasta neurocientíficos, desde investigadores del desarrollo infantil hasta genetistas, desde filósofos existenciales hasta fenomenólogos (p. 595).

El estudio de Fonagy de 1991 sitúa el desarrollo del concepto de mentalización en el punto de contacto de diversos ámbitos, incluyendo la investigación sobre teoría de la mente (Premack & Woodruff, 1978) y el apego y el funcionamiento reflexivo (Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Pero ante todo, fue un desarrollo en la esfera clínica y, en particular, en el modo de abordaje

del tratamiento de la personalidad *borderline* (BPD-TLP) lo que Fonagy y Bateman vinieron a reconceptualizar como “trastorno de mentalización” (Bateman & Fonagy, 2010). Desde comienzo de los años 1990, Bateman y Fonagy empezaron a describir determinadas modificaciones en la técnica de la terapia psicodinámica que surgirían de un interés por la capacidad de mentalizar, llevándolos a proponer un nuevo modelo de terapia para adultos con TLP [trastorno límite de personalidad]: la MBT (Bateman y Fonagy, 2004).

Aunque la MBT se desarrolló originalmente como tratamiento para adultos con TLP, en años recientes, la MBT se modificó con el fin de trabajar con niños y familias (Midgley & Vrouva, 2012). Uno de los primeros de tales desarrollos fue la mentalización a corto plazo y la terapia relacional (SMART; Fearon et al., 2006), una intervención de base familiar renombrada más adelante como MBT-F (Asen & Fonagy, 2012a, 2012b), cuya valoración preliminar ha sugerido que podía ser útil con niños con un amplio espectro de problemas, tanto de internalización como de externalización (Keaveny et al., 2012). En términos de terapia individual con niños, el modelo de terapia de desarrollo psicodinámico de Fonagy y Target (1996a) tal vez fuera el primer enfoque de tratamiento que recibió la influencia de las ideas emergentes sobre mentalización. Una década más tarde, Verheugt-Pleiter, Zevalkink y Schmeets (2008) reinterpretaron el modelo de Anna Hurry (1998) de psicoterapia de desarrollo psicoanalítica desde una perspectiva de mentalización, iniciando un modelo de terapia abierto que, más tarde, describieron como psicoterapia psicoanalítica infantil fundamentada en la mentalización (Zevalkink, Verheugt-Pleiter, & Fonagy, 2012). Como en el trabajo aquí presentado, este enfoque va más allá del enfoque psicoanalítico tradicional basado en interpretación y desarrollo del *insight*, y reconoce que el terapeuta infantil no solo es un “objeto de transferencia” sino también un “objeto de desarrollo” (A. Freud, 1965), que ayuda a favorecer nuevas capacidades, incluyendo la mejora de la regulación afectiva y el funcionamiento reflexivo. Asimismo, Ensink y Normandin (2011) elaboraron una MBT para niños víctimas de abuso sexual incorporando técnicas

de psicoterapia infantil desarrolladas por Paulina Kernberg (p. e., Kernberg & Chazan, 1991; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000), y se han descrito modelos similares en estudios monográficos de Ramires, Schwan y Midgley, (2012) y de Perepletchikova y Goodman (2014). Todos estos enfoques han sido intervenciones indefinidas o de largo plazo, por lo general, dirigidas a niños con historial grave de abandono y maltrato, que integraban explícitamente enfoques de mentalización con terapia psicodinámica infantil.

También ha habido desarrollos en MBT para niños tanto pequeños como mayores. Numerosos equipos han desarrollado intervenciones basadas en mentalización con padres e hijos (p. e., Etezady & Davis, 2012; Ordway et al., 2014; Slade, Sadler et al., 2005) y con adolescentes (p. e., Bleiberg, 2013; Fuggle et al., 2015; Malberg & Fonagy, 2012; Rossouw & Fonagy, 2012; Sharp et al., 2009). Varios estudios han demostrado el valor de las intervenciones para fomentar la mentalización en establecimientos escolares (Twemlow, Fonagy, & Sacco, 2005) y de programas psicoeducativos (Bak, 2012; Bak, Midgley, Zhu, Wistoft, & Obel, 2015). Estudios empíricos que examinan lo que hace realmente el terapeuta en la sala de consulta (mirando más allá de la “marca comercial” de la terapia) han demostrado que el desarrollo de la mentalización es una característica de la terapia psicodinámica y de la CBT con niños así como de la terapia de juego (Goodman, Midgley, & Schneider, 2016; Goodman, Reed, & Athey-Lloyd, 2015, Muñoz Specht, Ensink, Norman-din, & Midgley, 2016). Dada la relación entre apego, trauma y mentalización (véase el capítulo 2 de este volumen) no sorprende que también hayan tenido lugar una serie de interesantes desarrollos sobre cómo la mentalización puede orientar de manera eficaz el trabajo con niños en el contexto de acogida y adopción (p. e., Bammens, Adkins, & Badger, 2015; Jacobsen, Ha, & Sharp, 2015, Midgley et al., 2017; Muller, Gerits, & Siecker, 2012; Taylor, 2012).

La idea de desarrollar un modelo de tiempo limitado de MBT para niños en edad escolar dio lugar a un encuentro en Londres, en

2011, que reunió a facultativos que estaban interesados en plantearse los desarrollos clínicos de la MBT para niños y familias. Varios miembros de ese grupo volvieron a reunirse en Londres al año siguiente y, por tercera vez, en Estocolmo, en 2013. La estrecha colaboración entre colegas de este grupo dio lugar al impulso para desarrollar nuestro concepto de MBT-C. Una influencia determinante sobre nuestras ideas respecto al trabajo de tiempo limitado fue la aportación noruega sobre terapia del desarrollo en tiempo limitado (p. e., Gydal & Knudtzon, 2002; Haugvik & Johns, 2006, 2008; Johns, 2008; Svendsen, Tanum Johns, Brautaser, & Egebjerg, 2012). Al mismo tiempo, hemos estado influidos por el enorme cambio que ha tenido lugar en la actitud respecto al trabajo con padres: habiendo dejado de ser considerados como un mero complemento de la terapia con niños, el trabajo con padres ha empezado a considerarse como algo central en el cambio terapéutico. Como se indica en el trabajo pionero de Novick y Novick (2005) “El trabajo con los padres hace que ‘trabaje’ la terapia”. Así, cuando la American Psychological Association nos brindó la oportunidad de escribir un libro sobre MBT con niños, cinco miembros del grupo de trabajo original nos reunimos aprovechando nuestra experiencia en una variedad de entornos clínicos y en estrecha colaboración con nuestros equipos clínicos, para desarrollar y describir un modelo de tiempo limitado de MBT-C en un formato que esperamos que sea accesible a terapeutas infantiles de diferentes ámbitos clínicos y formaciones conceptuales y que sea aplicable al trabajo en una variedad de entornos con distintos niños y padres.

El trabajo descrito en este libro se inspira en varios ámbitos y contextos, en clínicas del Reino Unido, Europa y Norteamérica. Nicole Muller es psicoterapeuta infantil y de familia establecida en De Jutters Centre for Child & Youth Mental Health en La Haya, Holanda, donde ella y su equipo tienen una amplia experiencia ofreciendo MBT de tiempo limitado a niños y familias con trastornos de apego, traumas o trastorno incipiente de personalidad. Además de llevar a cabo formación de introducción y profundización en MBT, Muller ha escrito varios artículos sobre MBT para niños y

familias y tiene un especial interés en el trabajo con niños en acogida y adoptados (Muller, 2011; Muller, Gerits, & Siecker, 2012). Tanto Norka Malberg como Nick Midgley se han formado como psicoterapeutas psicodinámicos infantiles y trabajaron en el Anna Freud Centre de Londres; allí han sido miembros del equipo clínico que desarrolló un modelo MBT para familias (MBT-F; Asen & Fonagy, 2012a, 2012b; Keaveny et al., 2012). Nick Midgley ha seguido el desarrollo de este trabajo centrándose principalmente en MBT para niños acogidos y adoptados (Midgley et al., 2017), incluyendo un modelo psicoeducativo basado en mentalización, el Reflective Fostering Programme [Programa Reflexivo de Acogida]. Tras su traslado a los Estados Unidos, Norka Malberg prosiguió desarrollando sus ideas sobre MBT con niños en la práctica privada así como durante los dos años de permanencia como directora clínica de Home Visiting Early Intervention Project [Proyecto de Intervención temprana en Visitas a Domicilio] en Connecticut. Una de sus áreas de especial interés es el trabajo con padres en el contexto de la terapia infantil (Malberg, 2015). Karin Ensink, en la actualidad, profesora de psicología de la infancia y adolescencia en la Université Laval de Quebec, Canadá, trabajó también como terapeuta e investigadora en el Anna Freud Centre y realizó su tesis doctoral sobre el desarrollo de las capacidades de mentalización de los niños junto con Peter Fonagy y Mary Target. Sus intereses principales son la mentalización, el trauma y la psicopatología en niños, adolescentes y padres. Como parte de su trabajo en Quebec, ha contribuido en la elaboración de un modelo MBT para niños y padres con historial de traumas y problemas de personalidad (Ensink & Normandin, 2011). Karin Lindqvist es psicóloga clínica, dedicada al trabajo con niños y adolescentes en acogida así como con sus padres y padres de acogida. Es, también, ayudante de investigación en la Erica Foundation, en Estocolmo, Suecia, donde se formó en el trabajo basado en mentalización con niños y padres. La Fundación Erica ofrece formación profesional a nivel universitario así como servicios de salud mental basados en mentalización para niños, adolescentes y familias; desarrolló uno de los primeros entrenamientos

intensivos para psicoterapeutas infantiles mediante un enfoque MBT con niños. La Fundación Erica ha sido pionera en la evaluación de la eficacia de un modelo psicodinámico de MBT a corto plazo para niños y adolescentes (Thorén, Pertoft Nemirovski, & Lindqvist, 2016).

Como indican nuestros antecedentes, compartimos interés y formación en terapia psicodinámica con niños y todos hemos recibido la influencia del desarrollo de la MBT que ha tenido lugar en el Centro Anna Freud de Londres así como en otros lugares de los Estados Unidos y Europa. Sin embargo, los contextos en los que hemos desarrollado nuestras ideas han sido, en cierta medida, distintos y el enfoque que se describe en este libro intenta proporcionar una síntesis de lo que nosotros (y los equipos de los que hemos formado parte) hemos aprendido. Al presentar este modelo compartido, reconocemos el impulso vital que hemos recibido de los colaboradores de cada uno de nuestros equipos para desarrollar y describir este enfoque de MBT-C de tiempo limitado.

Lo que debería quedar claro, sin embargo, es que el modelo específico descrito en este libro todavía no ha sido sometido a una evaluación sistemática más allá de un inicial estudio de resultados naturalista en la Fundación Erica (Thorén, Pertoft Nemirovski, & Lindqvist, 2016) y, como tal, se limita a ser una guía clínica de apoyo al tratamiento que todavía no está basado en evidencias. Muchos de los componentes de este modelo están basados explícitamente en hallazgos empíricos y, como indicamos anteriormente, las terapias MBT han mostrado su eficacia con distintas poblaciones clínicas, incluyendo adultos con TLP (Bateman & Fonagy, 2009), adolescentes con conductas autolesivas (Rossouw & Fonagy, 2012) y padres y niños en situación de riesgo (Slade, Sadler et al., 2005). El modelo concreto de MBT contenido en este libro, sin embargo, con su interés en el trabajo de tiempo limitado con niños en la mitad de la infancia, tendrá que ser evaluado sistemáticamente antes de que podamos afirmar con mayor certeza qué es lo que funciona, para quién, bajo qué circunstancias y en qué condiciones.

Un esbozo de la presente obra

Este libro se divide en dos partes: la primera, teórica; la segunda, más clínica. Los lectores que ya estén familiarizados con el concepto de mentalización y la investigación empírica y de desarrollo en torno a ella, pueden saltarse la primera parte; pero incluso aunque tu interés sea meramente clínico, te animamos a que te impliques en la parte teórica, primero. Después de todo, la MBT se basa en la idea de que aprender un conjunto de conductas (p. e., técnicas terapéuticas de desarrollo de la mentalización) no basta por sí solo; lo más importante son las intenciones que orientan esas conductas –intenciones que, en último término, dependen de una forma de pensar sobre el mundo; en otras palabras, teoría–. Por esta razón, el primer capítulo proporciona una visión general del concepto de mentalización, centrado específicamente en la mentalización en niños y lo que podemos esperar encontrarnos durante la segunda infancia. En el segundo capítulo se describen las situaciones en las que la mentalización de un niño podría quedar sin desarrollar, o cómo reconocer cuándo el proceso de mentalización ha fracasado. Ofrecemos algunas ideas provisionales sobre las relaciones entre esos problemas de mentalización y el tipo de problemas clínicos que, por lo general, llevan a niños y familias a pedir ayuda. Estos dos primeros capítulos intentan ofrecer una base conceptual del modelo MBT-C de tiempo limitado que se describe en las restantes partes del libro.

La segunda parte del libro comienza con una introducción general a la MBT-C de tiempo limitado, estableciendo el modelo básico y la estructura, perfilando, a continuación, quién puede encajar mejor en esta forma de trabajar. Como consideramos la posición mentalizadora una base para todo el trabajo clínico en MBT-C, ya sea en el trabajo con niños o con padres, este es el centro de atención del capítulo 4 y se presenta intencionadamente antes de que entremos en detalle con las técnicas MBT-C. El capítulo 5 describe el proceso de evaluación de niños en MBT-C, comentando aspectos que son especialmente relevantes para la evaluación desde una

perspectiva de mentalización, así como los aspectos prácticos de la evaluación tanto de niños como de padres. A continuación, en el capítulo 6, pasamos a describir intervenciones terapéuticas utilizadas en el trabajo directo en niños seguido, en el capítulo 7, de una descripción del trabajo clínico con padres desde una perspectiva de MBT-C. Tras un capítulo sobre el trabajo para la finalización del tratamiento, el libro concluye con el análisis de un caso clínico que proporciona un ejemplo de cómo debería ser un caso completo en MBT-C de tiempo limitado, seguido de algunas reflexiones sobre futuros posibles desarrollos y unos pensamientos finales sobre el futuro desarrollo de la MBT-C. En el apéndice se enumeran algunas medidas que los terapeutas pueden utilizar para evaluar el funcionamiento reflexivo de los niños y de sus padres.

Este libro es una guía para terapeutas más que un manual completo de tratamiento y está concebido para ser utilizado con flexibilidad, de acuerdo con el entorno y contextos en los que puede trabajar el lector. A lo largo del libro, recurrimos a ejemplos clínicos que esperamos que ayuden al lector a entender mejor cómo es el modelo MBT-C en la práctica. Estos ejemplos clínicos están compuestos por elementos de diferentes casos tomados de nuestra experiencia clínica pero no describen a niños ni a familias reales. Aunque dichos ejemplos ficticios corren siempre el riesgo de presentar el trabajo de una manera idealizada de modo que la complicada realidad de la práctica clínica pueda resultar distorsionada, hemos hecho el esfuerzo de no presentar tales ejemplos como ejemplos de terapia “perfecta” sino de retratar la práctica clínica habitual, con todas sus imperfecciones e improvisaciones.