



GUÍA CAMBRIDGE DE TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN (MBT)

Anthony Bateman
Peter Fonagy
Chloe Campbell
Patrick Luyten
Martin Debbané



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

ANTHONY BATEMAN
PETER FONAGY
CHLOE CAMPBELL
PATRICK LUYTEN
MARTIN DEBBANÉ

**GUÍA CAMBRIDGE DE TRATAMIENTO
BASADO EN LA MENTALIZACIÓN
(MBT)**

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Título de la edición original:

CAMBRIDGE GUIDE TO MENTALIZATION-BASED TREATMENT (MBT)

© 2023, Cambridge University Press & Assessment

University of Cambridge.

Cambridge, United Kingdom - Nueva York, EE. UU. -Port Melbourne, Australia

Traducción: Fernando Mora Zahonero

Revisión técnica: Pedro Sanz Correcher y Nuria Tur Salamanca

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S. A., 2025

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

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.

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-3966-8

Depósito legal: BI-974-2025

Impresión: Grafo S. A. - Basauri

Índice

Prefacio.....	9
Agradecimientos	15

PRIMERA PARTE

Visión general del modelo

1. Historia de la mentalización y del tratamiento basado en la mentalización	19
2. La teoría que sustenta el tratamiento basado en la mentalización	23

SEGUNDA PARTE

La práctica del modelo del tratamiento basado en la mentalización

3. ¿Qué es el tratamiento basado en la mentalización?	71
4. El proceso clínico del tratamiento basado en la mentalización: una guía gradual	83
5. MBT grupal (MBT-G)	179

TERCERA PARTE

Aplicación y adaptaciones para las presentaciones de la salud mental

6. Trastorno narcisista de la personalidad	203
7. Trastorno antisocial de la personalidad	227
8. Trastorno evitativo de la personalidad	263

9. Depresión	295
10. Psicosis	323
11. Trauma.....	355
12. Trastornos alimentarios	381

CUARTA PARTE

Aplicación del tratamiento basado en la mentalización en diferentes poblaciones y en distintos contextos

13. Trabajar con niños	409
14. Trabajar con adolescentes.....	421
15. Trabajar con familias.....	435
16. Trabajar con parejas	445
17. Mentalizar en otros contextos	453
18. Mentalización y atención de urgencia	467
Índice temático	495

Prefacio

La justificación de una nueva guía clínica para la práctica del tratamiento basado en la mentalización (MBT) provocó un considerable debate y reflexión entre nosotros: “¿Seguro que todo esto no se ha abordado ya de manera suficiente en las últimas dos décadas?”; “¿Hay algo nuevo que decir?”; “¿Existen suficientes cambios teóricos, de investigación y clínicos como para justificar un nuevo libro?”. Es obvio que nuestra decisión de escribir este nuevo texto atestigua nuestra conclusión de que el marco teórico que sustenta el MBT y su aplicación en la práctica clínica han cambiado lo suficiente en los últimos años como para justificar un nuevo libro. Se trata de un libro en el que intervienen varios autores y no de una colección de capítulos independientes escritos por expertos. Nuestro objetivo ha sido escribir un manuscrito coherente de principio a fin que, sin resultar repetitivo, resumiese las múltiples vertientes y aplicaciones de la teoría de la mentalización. Al compendiar este nuevo material, intentamos describir la teoría de la mentalización y las intervenciones clínicas aplicadas a una serie de problemas y contextos de salud mental de un modo que resulte accesible para el lector interesado, aunque posea escasos conocimientos previos de la teoría y sus aplicaciones prácticas. Los clínicos necesitan un marco al que recurrir para fundamentar sus intervenciones, junto con ejemplos clínicos acerca del modo de transformar ese marco en una práctica clínica eficaz. Este es el objetivo de este libro: ¡convertirse en un kit de iniciación al MBT!

El reconocimiento de la importancia de la mentalización eficaz como sistema de procesamiento mental de orden superior que sustenta los procesos sociales y la resiliencia individual estimula cada vez más la investigación en torno a sus orígenes en el desarrollo y su centralidad –o no– en los procesos sociales, de resiliencia individual, y en problemas de salud mental. Esto, a su vez, ha conducido al MBT, un modelo general de intervención organizado para mejorar la mentalización individual, refinándola en términos de cómo contribuir a que las personas reconstruyan su capacidad de mentalizar en entornos interpersonales y sociales desafiantes. Nunca hemos considerado que nuestras iteraciones

iniciales del modelo clínico fuesen la última palabra sobre cómo facilitar una mentalización robusta, y proseguimos desarrollando nuestro enfoque transdiagnóstico para facilitar que las personas cimenten su resiliencia en sus relaciones e interacciones sociales. De hecho, la investigación de los resultados nos indica que, si bien el MBT es eficaz en una serie de dominios sintomáticos, son muchos los pacientes que siguen evidenciando problemas de adaptación social y de satisfacción con su vida personal. Muchos de ellos no alcanzan su pleno potencial en cuanto a relaciones satisfactorias y logros vitales, tanto al final del tratamiento como a más largo plazo. Si bien creemos que hemos avanzado en la ampliación de las ambiciones de nuestro enfoque terapéutico, es evidente que queda mucho por hacer en vistas a desarrollar la plena eficacia del MBT. Y, en cierta medida, este libro resume hasta dónde hemos llegado.

Hemos intentado que el libro se centre en el clínico que lucha con un paciente de mayor agudeza y complejidad de lo que encontraría en el pasado. El modelo mentalizador del trastorno mental conceptualiza los problemas de salud mental desde el desarrollo, surgiendo ciertamente de diferentes vías (genética, histórica individual, cultural, social, ambiental, interna, externa, etcétera), aunque en última instancia se estrechan a través de un único embudo, que es la capacidad exclusivamente humana de pensar socialmente, es decir, de mentalizar. Los problemas de mentalización ocurren por diferentes motivos, y la manifestación de estos problemas reflejará obviamente los atributos e historias individuales, así como el contexto social en el que habita el individuo. El concepto de equifinalidad de la psicopatología del desarrollo reviste un inmenso valor clínico.

Las causas pueden ser complejas y multifacéticas, pero la intervención que aborda un importante mediador común da lugar a una oportunidad terapéutica pragmática. No pretendemos, ni en este libro ni en ningún otro, reducir las múltiples formas de trastorno mental a una única causa. Sin embargo, la elevada tasa de la llamada comorbilidad de los trastornos mentales exige que intentemos identificar los factores comunes que están implicados en numerosos trastornos, lo que nos brinda un enfoque transdiagnóstico para las medidas correctivas. El presente libro considera que la mentalización es uno de esos factores compartidos, puesto que permite al clínico crear un marco terapéutico sumamente útil, cuando se enfrenta a una confusa gama de presentaciones en un mismo paciente, para ofrecer intervenciones tanto genéricas como específicas para cada problema. No estamos seguros de que en el MBT hayamos conseguido el equilibrio adecuado entre lo genérico y lo específico; sin duda, ambos son necesarios. Nuestra conceptualización general de que, a pesar de la información que posee el individuo, los problemas de salud mental permanentes reflejan una falta de capacidad para adaptarse al entorno social y una resistencia improductiva al cambio, se basa en el concepto de confianza epistémica, es decir, la capacidad de la mente humana para abrirse o cerrarse a la influencia social. La vigilancia epistémica puede ser un estado natural, pero la hipervigilancia apunta a un estado que podemos definir como “oír pero no escuchar” y, por tanto, de falta de

interiorización del conocimiento social que nos ofrecen los demás. Mentalizar es clave para generar confianza epistémica y disolver la disfunción epistémica que caracteriza la persistencia del trastorno mental. Si esto es cierto, explicaría por qué mejorar la mentalización ayuda de modo transdiagnóstico, estudiándose como una intervención adecuada para una amplia gama de problemas de salud mental. La mejora de la comprensión social no solo corrige errores no forzados de cognición social en relación con uno mismo y con los otros, sino que también abre a la persona a nuevas comprensiones, obtenidas de la sala de terapia en primer lugar, pero también, más allá, a partir de las relaciones de apego –relaciones familiares, laborales y comunitarias– a las que todos nos vemos expuestos. Estas influyen de manera constante y consistente en nuestra comprensión de los demás y de nosotros mismos, manteniéndonos en el buen camino interpersonal. Si bien esta comprensión es relativamente nueva, ha incrementado nuestra confianza a la hora de abogar por un enfoque generalista de la terapia psicológica que sea relativamente fácil de adoptar y mejore –o más bien se base en– los numerosos modelos existentes de intervención psicológica. Nos complace afirmar que hay pocas cosas nuevas en MBT y que se basa en principios psicológicos que simplemente forman parte de nuestra herencia evolutiva. Sin embargo, es la verdad fundamental de esta afirmación lo que nos anima a producir otro libro que representa un nuevo intento de encontrar el equilibrio correcto entre lo general y lo específico para los clínicos y para quienes se benefician de este mecanismo tan notable de los procesos humanos de curación interpersonal: la psicoterapia.

En la Primera Parte del libro (capítulos 1 y 2) cubrimos la historia de la mentalización y el MBT, esbozamos algunos de los procesos básicos del desarrollo que contribuyen a la mentalización robusta, resumimos la investigación de los resultados y consideramos qué hace que las cosas vayan mal durante la infancia y la adolescencia. En la Segunda Parte (capítulos 3 a 5) exponemos los principios clínicos clave que se siguen en el MBT. Esperamos que a lo largo de este libro hayamos utilizado un lenguaje lo suficientemente cotidiano como para que los clínicos que se acercan por primera vez al mundo de la mentalización sientan las bases de su práctica clínica. Asimismo, cartografiamos el progreso de Sarah, que padece trastorno límite de la personalidad (TLP) –el problema de salud mental en el que se centraba inicialmente nuestro enfoque terapéutico– describiendo la aplicación del MBT para el TLP de forma paulatina. Los principios que sustentan el MBT (capítulo 3) y las diferentes etapas del modelo básico se ilustran tal como se utilizan en la práctica clínica en sus sesiones individuales (capítulo 4) y grupales (capítulo 5). Por supuesto, Sarah no es una paciente real, sino un “prototipo”, es decir, un retrato ficticio de alguien diagnosticado con TLP. Aunque en el presente libro utilizamos las categorías de trastorno límite, antisocial, narcisista y trastorno evitativo de la personalidad, etcétera, para delinear diferentes presentaciones de la salud mental, lo hacemos principalmente para enlazar con la literatura anterior. En todo momento, hacemos hincapié en que el enfoque mentalizador se atiene a un sistema dimensional y trasciende la cuestión de la

categorización. El MBT no trata de establecer la presencia o ausencia de características descriptivas específicas que conforman una determinada “categoría” diagnóstica, sino que requiere que el clínico evalúe la personalidad del individuo desde el punto de vista de los dominios dimensionales de la mentalización. El centro de una evaluación personalizada son los detalles del (des)equilibrio de los componentes dimensionales de la mentalización que pueden estar creando trastornos en la experiencia social del paciente; la formulación del paciente evita ese tipo de categorías mencionadas y se organiza en torno al proceso y la función. Esperamos que este enfoque personalizado se ponga de manifiesto a lo largo de los diferentes capítulos. Sarah presenta una serie de experiencias y comportamientos que le generan problemas a ella y a los demás y, sin embargo, como muchos de nuestros pacientes, se esfuerza por controlar sus emociones y su reactividad ante los otros y está motivada para cambiar. Centrarse en la mentalización exige que el clínico vea las cosas desde la perspectiva de Sarah y responda con compasión, de modo que ella experimente que el clínico la ve como ella se ve a sí misma. Eso es lo que genera confianza epistémica (confianza en el conocimiento transmitido por el terapeuta) dentro de la relación paciente-terapeuta, que consideramos un requisito para que el cambio observado sea duradero y Sarah aproveche las oportunidades de su vida. Sarah es una paciente típica del MBT, es decir, responde moderadamente al tratamiento.

Los grupos son parte esencial del MBT. El objetivo del grupo es apoyar el aprendizaje acerca de uno mismo con los demás y a través de ellos, y en el capítulo 5 se describen algunas intervenciones específicas que diferencian a los grupos MBT de otros tratamientos grupales. Sarah comienza en el grupo y, poco a poco, empieza a participar y a aprender sobre sí misma a través de los demás, un proceso que conduce poco a poco a una mentalización cada vez más sólida y eficaz. Aprender acerca de uno mismo a través de los demás en un grupo es el formato principal utilizado en el MBT para el trastorno antisocial de la personalidad (MBT-TASP) (descrito en el capítulo 7), que, junto con otras adaptaciones del MBT, abordamos en la Tercera Parte (capítulos 6-12). En estos capítulos, se analiza la forma en que los tratamientos se apartan del modelo original para el TLP en su aplicación a otras dificultades de la personalidad. Al adaptar el modelo a los distintos trastornos, los clínicos se atienen a los principios centrales del MBT, concretan y formulan los problemas de mentalización de la persona que tienen delante en lugar de definir su “trastorno”, y adaptan sus intervenciones en consecuencia. De nuevo, aunque utilicemos las categorías del trastorno de la personalidad, solo lo hacemos para vincular al lector con el área de discusión. El clínico MBT rara vez se preocupa por los “trastornos” y los “diagnósticos”, sino que intenta asegurarse de que la persona que hay detrás de la “función de la personalidad” sea evaluada desde el punto de vista de los dominios dimensionales de la mentalización. Gracias a la lente de la comprensión interpersonal que ofrece la perspectiva mentalizadora, no vemos simplemente trastornos mentales o trastornos de la personalidad, sino personas que piensan, sienten, desean y anhelan.

La observación y la mejora delicada de la mentalización constituye el núcleo de todo lo que hace el clínico MBT. Hasta cierto punto, las etiquetas de los diferentes tipos de trastornos se traducen en distintos patrones comúnmente observados en la forma en que nosotros, como individuos, pensamos y sentimos acerca de nosotros mismos y de otras personas, algo que en mayor o menor medida caracteriza a todos nuestros pacientes (y, nos atrevemos a decir, a todos nosotros). Así pues, el clínico que aplica el MBT a los aspectos narcisistas del funcionamiento de la personalidad (MBT-TNP) (capítulo 6), los aspectos antisociales (MBT-TASP) (capítulo 7) o a los rasgos evitativos y ansiosos del funcionamiento social (MBT-TEvP) (capítulo 8) sigue los mismos principios básicos (capítulo 3) y el patrón de intervenciones esbozadas en el MBT-PBD (capítulo 4), si bien ajusta el formato y el proceso de intervención MBT según la formulación mentalizadora del individuo. No percibimos una distinción tajante entre los aspectos más estables y de cambio más lento del funcionamiento, que suelen englobarse en la descripción de “trastorno de la personalidad”, y los trastornos mentales más específicamente descritos y posiblemente episódicos. Ambos implican fallos característicos de la mentalización, lo que nos brinda oportunidades terapéuticas para el MBT, que se analizan en los capítulos siguientes. El abordaje del tratamiento de los trastornos del estado mental, como la depresión (capítulo 9) y la psicosis (capítulo 10), confirma aún más nuestro enfoque transdiagnóstico. Cada capítulo esboza un marco mentalizador y una formulación de las áreas problemáticas, y luego describe las intervenciones que surgen naturalmente de estas construcciones de la función mental del paciente.

En el capítulo 11, se analiza el MBT para individuos que han experimentado traumas, describiendo un abordaje de intervención focalizado en el trauma (MBT-TF). En su formulación original para el TLP, el MBT tuvo en cuenta el hecho de que la mayoría de los pacientes tenían una historia considerable de traumas de apego. Se incorporó al modelo el trabajo en torno a las secuelas de estas experiencias. Los datos señalan que, hasta cierto punto, funcionó este enfoque clínico genérico de los efectos del trauma en los pacientes: quienes habían experimentado un trauma identificable obtuvieron resultados en el tratamiento que no fueron peores que los de aquellos que no informaron de una historia de trauma. No obstante, es evidente que algunos síntomas del trauma complejo requieren una atención especial. De nuevo, el primer paso exige replantear el trauma desde una perspectiva de mentalización. En la primera parte del capítulo 11 se detalla la relación entre mentalización y trauma. Basándose en los cuatro temas de mentalización del trauma –sentirse solo, aislamiento mental-evitación, vergüenza y vigilancia epistémica– se discute el enfoque terapéutico MBT (MBT-TF). El MBT-TF se imparte en un formato de grupo, lo que es inusual en un abordaje de traumas complejos, ya que los pacientes pueden compartir y aprender más de otras personas que han tenido las mismas experiencias que ellos. Tal vez se añadan sesiones individuales para apoyar a los pacientes del grupo. El capítulo 12, el último de la Tercera Parte, aborda los trastornos alimentarios, que en el MBT se consideran

dolencias que surgen en el contexto de problemas de mentalización determinados por el desarrollo, predisposiciones genéticas, apego y adversidades en la infancia y la adolescencia. Argumentamos que la variedad de síntomas asociados con los trastornos alimentarios pueden compartir la función de ser diferentes intentos de autorregulación social. Esto es importante, puesto que el enfoque del MBT para los trastornos alimentarios no focaliza tanto en el peso y la forma del cuerpo, por ejemplo, como en las relaciones disfuncionales y las ansiedades sociales, y en los problemas de mentalización que mantienen los trastornos.

Los capítulos que componen la Cuarta Parte consideran el uso de la mentalización como un marco para trabajar con niños (capítulo 13), adolescentes (capítulo 14), familias (capítulo 15) y parejas (capítulo 16) en distintos contextos (capítulo 17). Por último, en el capítulo 18 se analiza la organización de un servicio que utiliza la mentalización para orientar la evaluación y atención de las personas que se presentan en situaciones de crisis en contextos de emergencia.

Anthony Bateman

Peter Fonagy

Chloe Campbell

Patrick Luyten

Martin Debbané

I

Visión general del modelo

1

Historia de la mentalización y del tratamiento basado en la mentalización

Introducción

¿Cómo llega una persona a conocer de manera inmediata que una determinada mirada de su pareja significa que ha tenido un día duro en el trabajo? ¿Cómo es posible que los mejores amigos mantengan diálogos enteros sin completar una sola frase? Durante milenios, los filósofos han reflexionado acerca del funcionamiento de la mente, y los dramaturgos, novelistas, cantantes y poetas del siglo xx han narrado historias referentes a lo que supone hallarse dentro de la mente de otra persona. Y, en época más reciente, los psicólogos han utilizado métodos experimentales para profundizar en la comprensión del funcionamiento de la mente. En nuestra vida cotidiana todos somos filósofos de la mente: casi todos dedicamos gran parte de nuestro “espacio mental” a preguntarnos qué pasa por la cabeza de los demás y a seguir nuestros propios pensamientos o sentimientos. Hay varios términos que se han utilizado para referirse a este territorio consistente en pensar sobre los pensamientos: inferencia del estado mental, Teoría de la Mente, actitud intencional, funcionamiento reflexivo y mentalización. Todos ellos se refieren a la capacidad de representar algo que está más allá, detrás o que simplemente es diferente de los objetos físicos, los cuerpos en movimiento y los rostros expresivos. Cada vez nos damos más cuenta de que estas “cuestiones mentales” son fundamentales para la interacción social, la cultura y la moralidad y, de paso, para la política, la religión y la tecnología. En el mundo del tratamiento basado en la mentalización (MBT) nos hemos centrado en este concepto como una forma de dar sentido a las dificultades de salud mental, sirviéndonos de él para configurar una nueva modalidad de tratamiento psicoterapéutico.

Todos sabemos qué son los estados mentales: engloban las intenciones, las creencias, las pretensiones, la ironía y el conocimiento; el filósofo alemán Franz Brentano identificó que lo que tienen en común es *ser acerca de algo* [1]. El otro aspecto de los estados mentales es que requieren matización, como, por ejemplo, “creo que...”. Necesitan esta nota de precaución porque los pensamientos carecen de sustancia física y son invisibles para los demás; pero, por supuesto, a pesar

de ser intangibles, tienen consecuencias muy reales por su poder para dirigir la acción. Desde el punto de vista del comportamiento, las creencias humanas son determinantes y tienen consecuencias observables; por esa razón, son mucho más importantes que el mundo físico del que emergen y con el que solo mantienen una leve relación. Por poner un ejemplo, la última víctima europea quemada en la hoguera por brujería, en el año 1810, fue una mujer en la ciudad polaca de Reszel. Tres años antes se había producido un incendio en la ciudad cuya causa no se pudo determinar. Una mujer –que durante años había sido sospechosa de brujería– fue acusada y torturada, y aunque no admitió el delito, fue declarada culpable y condenada a morir en la hoguera. El caso pasó por todos los niveles de la corte prusiana, llegando incluso hasta el rey, pero la sentencia se mantuvo y la ejecución siguió adelante. Hay muchos más ejemplos dramáticos de las terribles consecuencias que pueden tener las falsas creencias, y la historia de la humanidad testimonia la gravedad de las consecuencias de la mala mentalización. Para contribuir a mejorar el tratamiento de los trastornos mentales, el presente libro describe de qué modo el MBT trata de aprovechar lo que sabemos acerca de la fascinación, en ocasiones problemática, de la mente humana por el contenido de otras mentes humanas. Comenzaremos en la Primera Parte (este capítulo y el siguiente 2) proporcionando algunos antecedentes sobre la mentalización, las ideas que la sustentan y la base de pruebas que la apoyan. La mayor parte del resto de este libro es bastante práctico: nuestro objetivo consiste en brindar una visión concisa del MBT y cómo se aplica en diferentes situaciones y con diferentes grupos de pacientes. Pero antes ofreceremos una visión teórica.

“Teoría de la Mente” es una expresión acuñada por primera vez hace medio siglo para referirse a la capacidad de las personas para anticiparse a las acciones de una persona actuando sobre la base de una falsa creencia (buscando un objeto que era desconocido y estaba ausente). A medida que despegaba la industria de la Teoría de la Mente, una amplia gama de diseños experimentales y conceptos filosóficos empezaron a apretujarse en la maleta bastante superficial de “tener una Teoría de la Mente” (como, por ejemplo, el concepto de Daniel Dennett de “adoptar una actitud intencional”) [2]. Dado que la Teoría de la Mente mezclaba el concepto con un diseño experimental, y corría el riesgo de cosificar una actividad tan polifacética y abstracta, dos psicólogos de tradiciones radicalmente distintas propusieron de manera independiente otro término: mentalizar. Uta Frith introdujo el término para presentar una explicación cognitiva del autismo [3]. Por su parte, Peter Fonagy lo lanzó desde una perspectiva psicoanalítica al abordar las dificultades interpersonales que experimentaban los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP); en concreto, la experiencia clínica de trabajar con alguien para quien pensar en el contenido de la mente de otras personas es tan aversivo y aterrador que en determinadas situaciones le resulta imposible [4].

Mientras tanto, Anthony Bateman y Peter Fonagy –compañeros y colegas en formación y práctica clínica– eran cada vez más conscientes y estaban cada vez más preocupados por la ineficacia de la ayuda que se ofrecía a las personas diag-

nosticadas con TLP en el National Health Service del Reino Unido. Las revisiones de los tratamientos en la década de 1990, en la época en que se desarrolló el MBT, indicaban que el 97% de los pacientes aquejados de TLP que se presentaban para recibir tratamiento en EE.UU. recibían atención ambulatoria de una media de seis terapeutas. Un análisis de los resultados medidos entre 2 y 3 años después del tratamiento sugería que este tratamiento era, en el mejor de los casos, solo marginalmente eficaz (véase [5]), y que la mayoría de los pacientes no mejoraban o incluso empeoraban, lo que sugería que los tratamientos psicosociales que se proporcionaban en realidad impedían la capacidad de recuperación de los pacientes. En el clásico seguimiento de pacientes realizado por Michael Stone, solo se alcanzó una tasa de recuperación del 66% al cabo de 20 años [6]. Era necesario replantearse los enfoques terapéuticos, y en la década de 1990 se desarrolló el MBT para el tratamiento de TLP con el fin de satisfacer en parte esta carencia. Quizá porque el MBT emergió en respuesta a este vacío en las opciones clínicas disponibles, siempre ha sido un enfoque abiertamente pragmático. Si bien sus orígenes se encuentran en la psicoterapia psicodinámica, selecciona abiertamente las técnicas disponibles de otros modelos que mejoran la mentalización sólida, evitando celosamente las intervenciones que tienen el potencial de socavar la mentalización, con el fin de minimizar los posibles efectos nocivos de la terapia.

El MBT se basa principalmente en la idea de que mentalizar es una tarea complicada con la que todos bregamos bastante a menudo y que, como ocurre con la mayoría de las habilidades complejas, es fácil hacer mal, muchas veces a pesar de lo mucho que nos esforcemos. Algunos sentimientos son complejos y difíciles de precisar, como, por ejemplo, ¿quién puede decir que entiende completamente el amor? Hablando de eso, las emociones intensas suelen perturbar la mentalización (para más información, véase el capítulo 2), a pesar de que comprender los sentimientos es una de las principales tareas de la mentalización. Mentalizar es aún más difícil porque la gente a menudo no quiere revelar su estado mental, por lo que las pruebas que tenemos sobre lo que realmente están pensando pueden ser muy inferiores a las que necesitamos. A menudo hacemos suposiciones, en ocasiones descabelladas, acerca de lo que piensa la gente. En ocasiones, suponemos que determinados estados mentales son posibles explicaciones del comportamiento y utilizamos esta teoría como explicación de la reacción de los demás ante nosotros (por ejemplo, “Les he oído explicar mucho mejor su trabajo en el pasado; debían de estar bastante ansiosos; quizá se sentían intimidados por tener que contarnos lo que hacen”). Este tipo de razonamiento puede ser bastante sencillo, pero a medida que las situaciones se vuelven más complejas y hay más actores implicados, estas líneas de pensamiento se vuelven más elaboradas (por ejemplo, ¿qué piensa A que pienso yo de B y cómo entiende B la relación de A con C?) Ofrecemos estos ejemplos de lo fácil que resulta mentalizar de manera inexacta para señalar que la humildad en relación con la lectura mental tiene que estar bien presente. De hecho, quizá el indicador más claro de una mentalización deficiente sea la excesiva certeza ante este tipo de complejidades.

Observaciones finales

En resumen, parece que estamos diciendo algo contradictorio: que la mentalización es un proceso bastante ordinario y cotidiano (todos lo hacemos todo el tiempo, y todos sabemos que lo hacemos aunque nunca antes hayamos pensado en nosotros mismos como “mentalizadores”) y, sin embargo, mentalizar también es polifacético, susceptible de torcerse y, a veces, requiere una atención cuidadosa. Esto forma parte de la paradoja de la conciencia humana: su naturaleza y complejidad constituyen uno de los grandes misterios sin resolver de la filosofía y la ciencia, si bien la mayor parte del tiempo la utilizamos para planificar o para reflexionar sobre por qué nuestro vecino es tan molesto mientras intentamos desenvolvernó en nuestro mundo social. En el capítulo 2 explicaremos con más detalle qué es la mentalización y por qué pensar en ella puede ser tan útil para comprender la psicopatología, empezando por las distintas facetas –o dimensiones– de la mentalización, y cómo tendemos a actuar y pensar cuando nos “desconectamos” de la mentalización”.

Referencias

1. Brentano F. *Psychology from an Empirical Standpoint*. Londres, Reino Unido: Routledge, 1973/1874.
2. Dennett D. *The Intentional Stance*, Cambridge, MA: MIT Press, 1987.
3. Frith U. *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford, Reino Unido: Blackwell, 1989.
4. Fonagy P. “On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients”. *Bull Anna Freud Centre* 1989, 12, pp. 91-115.
5. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C *et al.* “Borderline personality disorder”. *Lancet* 2004, 364, pp. 453-61.
6. Stone, M. H. *Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*. Nueva York, NY: The Guilford Press, 1990.