

Tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. Una guía práctica (Bateman, Fonagy, 2006).

Mentalization-based treatment for borderline personality disorder, a practical guide, Anthony Bateman y Peter Fonagy (2006) edited by Oxford University Press.

Reseña de la Dra. Socorro Ramonet Rascón.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

La obra que nos ocupa a reseñar ha sido traducido en México por el grupo de investigación y mentalización, David López Garza, Pablo Cuevas Corona, Laura Elliot y Socorro Ramonet Rascón, con el título de: *Tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. Una guía práctica*, y editado gracias al apoyo de Editorial Psimática.

En el año 2005 se publicó *“Tratamiento Basado en la Mentalización (TBM) Psicoterapia para el Trastorno Límite de la Personalidad”* (Bateman y Fonagy, 2004), traducida al español por Dra. Socorro Ramonet Rascón, y Mtra. Jeannette Peña y con el apoyo de Editorial Universitaria de Universidad de Guadalajara y la Asociación Psicoanalítica Mexicana en el año de 2005.

Siguiendo la misma línea de difusión, tan necesaria en este campo, se explicita las razones que los mismos autores ofrecen para la edición de la obra que ahora nos ocupa: “En nuestro primer libro “Tratamiento Basado en la Mentalización (TBM) Psicoterapia para el Trastorno Límite de la Personalidad” (Bateman y Fonagy, 2004), describimos la teoría y la técnica de nuestra psicoterapia para el paciente limítrofe. Poco después de publicarlo vimos que los terapeutas pedían guías prácticas para aplicar la terapia, por lo que decidimos escribir este texto como complemento al libro original”.

El desarrollo de la Mentalización inicia con el libro básico de Bateman y Fonagy donde exponen una reseña de las investigaciones que se han llevado a cabo para implementar la terapia.

Especialmente para los pacientes con trastornos de personalidad, pero en específico con los limítrofes, cuya historia diagnóstica se detalla en el primer libro traducido, la aparición de esta guía práctica es un gran avance en la lengua española.

En dicho libro los autores exponen el diseño de la investigación que permitió una base de evidencia para el tratamiento basado en la mentalización.

El programa fue desarrollado e implementado por un equipo de profesionales entrenados en la generalidad de la salud mental con un interés en la psicoterapia de orientación psicoanalítica, en lugar de un personal altamente entrenado dentro de un departamento de investigación en una universidad.

Luego, la investigación tuvo lugar dentro de instalaciones clínicas normales y en una localidad con un sistema del cuidado de la salud que no permitía que los pacientes pudieran obtener tratamiento en otro lugar. Esto último permitió un rastreo efectivo de los pacientes dentro del servicio; de la evidencia discutida se concluyó que los tratamientos que parecen ser efectivos con el trastorno límite de personalidad (TLP) tienen ciertas características en común. Éstos tendían a: (a) ser bien estructurados, (b) dedicar un esfuerzo considerable en la incrementación de la conformidad, (c) estar enfocados claramente, sin importar si el punto era un problema conductual como los auto ataques o patrones de aspectos de relaciones interpersonales, (d) ser teóricamente coherentes, tanto con el terapeuta como con el paciente, algunas veces omitiendo deliberadamente información incompatible con la teoría, (e) ser, relativamente, de largo plazo, (f) alentar una poderosa relación de apego entre el terapeuta y el paciente, permitiendo al terapeuta adoptar una postura relativamente activa, más que pasiva, y (g) integrarse bien con otros servicios disponibles para el paciente.

A partir de ahí, la TBM se aplica en hospitales por enfermeras y otros profesionales afines a la psicología, abriendo una enorme dimensión a los servicios de salud mental, que pueden llegar a poblaciones más amplias.

Es pues, de suma importancia continuar diseminando los aciertos que este formato terapéutico conlleva y que vienen a ilustrarse en el libro ahora reseñado, respondiendo así a la demanda de los lectores que pedían una guía práctica.

El primer capítulo define el concepto de mentalización y discute sus diferencias con la empatía y la mentalidad psicológica. Después se enumeran sus aplicaciones a la terapia psicológica.

¿Cómo se define la mentalización? Mentalizar implica focalizar en los estados mentales de uno mismo y de los otros, en especial al explicar la conducta con base en los pensamientos, sentimientos, creencias y deseos, conscientes e inconscientes, que determinan lo que hacemos. Es “tener una mente en la mente”.

Un acierto indiscutible del libro es el cuadro que resume y define cada una de las variables presentadas en el capítulo y que realmente facilitan la comprensión del texto.

Mentalizar es percibir e interpretar la conducta en relación a estados mentales intencionales,

- Mentalizar es suponer que los estados mentales influyen la conducta humana,
 - Mentalizar requiere un análisis cuidadoso de las circunstancias de las acciones,
 - Mentalizar requiere un análisis cuidadoso de los patrones previos de conducta,
 - Mentalizar requiere un análisis de las experiencias a que ha estado expuesto el individuo.
- Mentalizar, aunque implica procesos cognitivos complejos, es preconscious.
 - Los estados mentales (Ej. Creencias), en contraste con los aspectos del mundo físico, son rápidamente cambiables.
 - Focalizar en los productos de mentalizar es un proceso más proclive a ser erróneo que cuando se analizan circunstancias físicas, porque trabaja con una representación de la realidad y no con la realidad en sí misma.
 - Mentalizar es una actividad mental imaginativa.

El mismo capítulo define conceptos que se encuentran asociados a la mentalización en forma por demás clara, evitando largas disquisiciones del pasado. Así, mentalizar y vida emocional son vistos como paralelos donde se aclara que la mentalización es un proceso más emocional y afectivo que otra cosa. Y que mentalizar es la forma natural que el cerebro humano tiene de comprender el mundo.

La empatía es definida en su diferenciación con mentalización porque la primera es automática, apoyada en las neuronas espejo, mientras que la segunda implica reflexión sobre el estado mental del otro, así como imaginación y correlato emocional.

La mentalidad psicológica conlleva el entendimiento de poner la mente en su lugar primigenio para entender el mundo. Relacionar acciones con pensamientos y sentimientos.

La mentalidad-mente indica la importancia de las relaciones de apego, ya que surge precisamente de este entorno. Mientras más pueda una madre mentalizar a su hijo, hablarle, demostrar su existencia en su mente, más podrá el hijo mentalizar.

La mentalización es el constructo central para reconocer que los pensamientos son solo pensamientos y que no son "tú mismo o la realidad". El sólo hecho de reconocer esto puede liberar al paciente de la realidad distorsionada que los pensamientos pueden crear.

Enseguida se indican la importancia de la simbolización en contra del concretismo, el uso de la imaginación en el espacio transicional y la tercera posición indicando la alteridad.

Terminando, el Modo de equivalencia psíquica y el Modo pretendido indican con claridad el estado precursor de la mentalización, que es como los pacientes llegan a terapia.

Las implicaciones clínicas son enormes. Todos los cuadros diagnósticos tienen en sí mismos fallas en la mentalización. Por ejemplo, los individuos con depresión crónica no tienen más representaciones negativas de ellos mismos que los sujetos no deprimidos; lo que ocurre es que ellos experimentan las autoevaluaciones negativas ordinarias de sí mismos (que todos tenemos) en el modo de equivalencia psíquica, con lo que sus pensamientos parecen estar basados en hechos reales.

El capítulo dos nos lleva al uso de la mentalización para entender el TLP y se encuentra el modelo del desarrollo basado en la teoría del apego, y los aportes de la psicología del desarrollo, principalmente Gergely y Watson estudiosos de la teoría de la contingencia. La teoría del apego postula que el desarrollo del Self ocurre en el contexto de la regulación del afecto en las relaciones tempranas de la madre y el bebé, por lo que no es sorprendente que la desorganización del apego desestructure al Self.

Este es un capítulo donde la consistencia y la coherencia de la teoría y la práctica realmente adhieren y especialmente puede observarse en la exposición de la fenomenología del TLP, donde se clarifica que esa perturbación es la consecuencia de: a) La inhibición de la mentalización relacionada con el Apego, b) La emergencia de los modos prementalistas y, (c) La presión constante de la identificación proyectiva para la reexternalización del *Self* Ajeno-autodestructivo.

El self ajeno es una consecuencia directa de la desregulación afectiva en la crianza y no corresponde exactamente al concepto desarrollado por Winnicott, ya que aquí hace acopio básicamente del mecanismo de la identificación proyectiva y la impulsividad.

Son particularmente prácticos los cuadros que resumen y enfocan la esencia de los conceptos para su elaboración adecuada, como los siguientes puntos prácticos:

ϕ Los déficits asociados con el TLP incluyen

Impulsividad

Desregulación emocional

Problemas en las relaciones interpersonales

Perturbaciones en la formación de la identidad.

ϕ Los problemas en la mentalización se pueden relacionar con cualquiera de (o con todos) esos defectos

ϕ Los problemas típicos del TLP pueden ser consecuencias directas de no percibir los estados mentales del otro con suficiente exactitud, o de la reemergencia de los modos prementalizadores de la cognición social.

El capítulo tres revisa exhaustivamente los cambios en los últimos años sobre el concepto del trastorno límite de personalidad, notoriamente avanzado. Ellos se deben a: (1) Saber que el TLP tiene un curso más benigno de lo que se pensaba y, (2) Al surgimiento de intervenciones psicosociales efectivas y prácticas, ambas insertadas en un contexto neurocientífico, lo que ofrece nuevas oportunidades y riesgos para organizar servicios de tratamiento para estos trastornos.

Un estudio controlado del tratamiento con mentalización, descrito en esta guía práctica (Bateman y Fonagy, 1999, 2001), ha reportado cambios significativos y perdurables en el estado de ánimo y en el funcionamiento interpersonal con un tratamiento hospitalario de 18 meses. Los beneficios se incrementaron al salir del hospital. En este

estudio los pacientes recibieron terapia individual y de grupo, psicodrama y psicoeducación.

Es particularmente importante el análisis hecho a los problemas de la iatrogenia en relación con muchos tratamientos ajenos a la mentalización, que son los responsables de que los pacientes en todo caso no mejoren como podrían.

En el capítulo cuatro se encuentra la estructura del tratamiento que nuevamente, resalta por su nivel de coherencia con lo expuesto.

Primero, hay una evaluación, un diagnóstico y una psicoeducación para explicar el diagnóstico y luego el modelo mismo de tratamiento. Continúa con una estabilización social y sólo después se le sigue el contrato que involucra todos los aspectos de vida del paciente. Los medicamentos son finamente revisados y se obliga una formulación psicodinámica que debe ser entendida por paciente y terapeutas. Existe una guía para resolver crisis que incluye los aspectos más personales del paciente donde pudiera ponerse en peligro. El tratamiento se divide en tres fases, inicial, media y final. La mentalización se vive en cada fase porque el terapeuta debe mentalizar claramente que su objetivo es reconocer y entender la mente del paciente en su propia mente, y que el paciente, a su vez, debe explicitar que entiende lo que está sucediendo entre ambos. La psicoeducación es imperante ya que es a través de ella que se le explica al paciente todo el proceso.

Este tema es abundante y detallado, aplicado a ejemplificar cómo son los mecanismos respecto a pertenecer o no al programa, la utilidad del grupo, las facetas que implican las interacciones mentalizadoras, así como las reglas del contrato. No se permite el uso de drogas.

Un ejemplo amplio de la formulación y cómo manejarla con el paciente es una gran aportación del texto. Se entiende que es una hipótesis.

Terminado el período de 18 meses puede haber un seguimiento disponible: terapia de grupo, terapia de parejas, tratamiento externo de mantenimiento, consejería educativa-universitaria para regresar a la universidad, y algunas veces, más terapia individual. Todo depende de los servicios que puedan organizarse.

El capítulo cinco plantea el problema de la evaluación. Su fin es: (1) ayudar al terapeuta a establecer el foco de la terapia, (2) Obtener ejemplos relacionales de fallas en la mentalización como foco del tratamiento.

Se recomienda la entrevista de apego adulto (EAA) como base y se incluye la lista de las preguntas así como una amplia y puntual expresión de las diversas formas en las que puede evaluarse la mentalización, incluyendo las formas negativas como son la pseudomentalización y el mal uso de la misma.

Este tema es tratado inclusive con mayor prolijidad que en el mismo libro base.

El capítulo seis detalla la evaluación del mundo relacional e interpersonal y se hace examinando el estilo y la calidad de las relaciones interpersonales del paciente en los últimos 5 años, que será la relación que establecerá con el terapeuta y el equipo de tratamiento y con ello se diseñan las intervenciones apropiadas. Al hacerlo se evalúa en forma simultánea la capacidad de mentalización y, si hay discrepancias, se profundiza hasta aclararlas. Una vez que se ha identificado un patrón interpersonal se le dice al paciente que lo más probable es que se repita durante el tratamiento: “¿Te das cuenta que todas tus relaciones se vuelven problemáticas después de unos meses y entonces sientes que ya no te quieren? Tenemos que estar pendientes de ello cuando empiece el tratamiento”. Éste es un patrón transferencial y una intervención muy común en la TBM.

Un enfoque importante en la obra es dejar sentado que sí existe un patrón de normalidad que habrá de contrastarse con las pautas desadaptativas de los pacientes. Este tema define el apego seguro y el tipo de relaciones normales en contraposición con aquellas que desmentalizan. Puntos prácticos van llevando de la mano, como ir restableciendo la mentalización sin asustar al paciente con señalamientos transferenciales, como por ejemplo, “es mejor explorar con tacto y de manera abierta: Creo que estoy haciendo algo que te hace sentir nervioso. ¿Puedes tratar de identificarlo?”

En el capítulo siete se observa la postura del terapeuta que quizá sea uno de los puntos más decisivos en este enfoque. El terapeuta es básicamente alguien que debe saber que no sabe, tiene que indagar, prestar atención continua a los detalles y a su propia mente, preguntar, nunca imponer y saber conservar su postura neutral. Ha de

mantener la mente del paciente en su mente y no tanto su comportamiento. Se define básicamente con la palabra “humildad”.

Se desalienta la asociación libre y en su lugar se indaga la mente. Se presume que la mente es opaca y de ahí la necesidad de poner luz mediante la indagación, que por otro lado no debe ser un interrogatorio sino un proceso dialéctico donde se busca iluminar la opacidad.

Las acciones son necesarias por el carácter teleológico del TLP. Esto descarta la actitud neutral del excesivo silencio y significa que el terapeuta pueda esperarlos y alargar la sesión, que conteste sus llamadas telefónicas a cualquier hora, que los conforte con una palmada e incluso que los visite en su casa si hay una emergencia.

El terapeuta se monitorea constantemente y siempre acepta sus errores.

En el capítulo ocho se indican los principios de las intervenciones. Siempre usar la compasión y la humanidad como línea básica y cuando se cometen errores o se tiene duda, hay que volver a lo básico y regresar al momento en que se sentía seguro y confiado.

Las intervenciones deben ser simples y cortas y no extensas y complejas; centradas en el afecto y no en la conducta; focalizadas en el estado mental del paciente más que sólo en la cognición; dirigidas a relacionar los eventos presentes o las interacciones interpersonales actuales con la realidad mental actual; que se ocupen del material consciente o casi consciente en vez de lo inconsciente y de mantener el proceso más que interpretar el contenido.

Finalmente, el enfoque en el presente debe privilegiarse en contraste con el enfoque centrado en el pasado histórico y genético, pero esto no quiere decir que si el paciente quiere hablar de su pasado, sobre todo relacionado con el evento traumático del día, no pueda permitirse. El apoyo y la empatía son las estrategias de inicio y siempre hay que volver a ellas, en especial cuando hay una tormenta emocional. Y debe irse de la superficie a la profundidad.

Las guías para intervenir en las conductas de auto daño cooperan a dispersar la gran mayoría de los prejuicios sobre estos temas y cooperan a evitar la iatrogenia tan común en esos momentos.

En el capítulo nueve se encuentra la parte más rica de la guía práctica. Es, literalmente enseñar la forma de hablar y enfocar la mentalización con las intervenciones básicas.

Desde hacer hincapié en la motivación constante para mantener el foco mentalizador, pasando por las técnicas elementales de reaseguramiento, apoyo, y empatía, la escucha reflexiva y la confrontación, el terapeuta va entendiendo que de lo que se trata es de no juzgar, no criticar ni adivinar cómo se siente el paciente. Con la atención siempre dispuesta a corroborar y colaborar para encontrar significado y las rutas más adecuadas.

Contrario a la técnica clásica del psicoanálisis aquí se permiten elogios para dar esperanza, siempre y cuando se hagan en forma sensata y coherente, así como aclarar y elaborar afectos.

Las dificultades tienen como mejor herramienta el parar y observar, incluso usando frases chiches como ¿Me pregunto sí...?

De la misma forma se indican cosas que no deben hacerse nunca como las frases siguientes: Lo que realmente sientes es...Pienso que lo que realmente me estás diciendo es...Siento que las expectativas de esta situación están distorsionadas....Lo que trataste de decir es...

Todas ellas indican que el terapeuta “sabe”, lo cual no ayuda a la mentalización.

La transferencia debe manejarse en los mismos términos de aclaración, señalamiento, pero no como hechos a interpretar. Y nunca como algo genético. La mejor interpretación es la que abre alternativas.

El capítulo diez plantea una de las herramientas más originales del proceso porque indica cómo manejar un grupo terapéutico que desarrolle la mentalización.

Para los pacientes con trastorno de personalidad, especialmente límite, estar en grupo es un reto mayor que la terapia individual porque fácilmente pueden confundirse. Sin embargo, eso mismo lleva a tener la oportunidad de poder tener las mentes de los otros en su propia mente.

Aquí se delinea puntillosamente cómo hacer eficiente la participación de terapeuta y coterapeuta dentro del grupo, indicando que tipo de participaciones hacer para

promover la mentalización y conservar la unidad del self encada sujeto al tiempo que la pertenencia en el grupo.

Son especialmente claras y precisas las intervenciones en el manejo de las crisis dentro del grupo, algo que no se ve ni siquiera en los libros especializados.

El capítulo once plantea las preguntas más frecuentes hechas sobre el procedimiento, si es terapia nueva, si es variante cognitiva, sólo una terapia de apoyo, analítica, si se usa validación, o si la mentalidad plena coincide con mentalización, para poner sólo algunos ejemplos. Una pregunta central es si mentalización culpa a la madre, y la respuesta es enfática: No se culpa a la madre ya que se entiende claramente que el TLP o los TP son el resultado de múltiples variables que inciden en el curso del desarrollo. Simplemente este pensamiento, amplio e incluyente, indica la importancia de entender que no somos islas, sino grandes continentes influidos por múltiples variables.

El libro termina con el consejo de acudir a otras fuentes y los apéndices que facilitan al terapeuta la evaluación tanto de la mentalización como de la adherencia al proceso.

Es un libro altamente recomendable que puede realmente facilitar la asimilación de la teoría y técnica aumentando la posibilidad de ofrecer un tratamiento eficaz, eficiente y efectivo a pacientes en alto grado de sufrimiento y que puede ser aplicado por múltiples profesionales.