

Almeida Díaz, Elena
Barrera Piñero, José
Claret, Jaume
Del Arco Heras, Salvador
Fernández Cagigas, Ana María
Fuertes Beneítez, Pilar
Garrán Sabando, Encarnación
Gómez García M^a Dolores
González Santana, Sabrina
González Serrano, Fernando
Jiménez Pascual, Ana María
Laita de Roda, Paula
León Allué, Luis
Panera Uribe, Consuelo
Picaza Ereño, Uxue
Rodríguez Pérez, Esther
San Pedro Verdejo, María
Sánchez-Carpintero Abad, Alfonso
Santamaria Sanz, Itxaso
Solana Azurmendi, Begoña
Soriano Sala, Asunción
Soriano Tormos, Sonia
Usobiaga Sayes, Elena
Villero Luque, Sonia

N.º 61
1º semestre

2016

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEPΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

ISSN: 1575-5967

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)

Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Alicia Sánchez Suárez (Madrid)

Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)

Fernando González Serrano (Bilbao)

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)

María Dolores Gómez García (Sevilla)

Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)

Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)

Alain Braconnier Centro Alfred Binet (París)

M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)

Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo

Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)

Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)

Marian Fernández Galindo (Madrid)

Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)

Pablo García Túnez (Granada)

Bernard Golse Universidad Paris Descartes (París)

Carmen González Noguera (Las Palmas)

Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)

Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)

Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)

Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)

Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †

Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)

Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Manzano Garrido (Ginebra)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)

Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)

Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)

Mercè Mabres Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Roger Misés (París)

Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (París)

Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)

Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)

María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)

Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)

Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)

Remei Tarragò Riverola Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Jorge Tizón García (Barcelona)

Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)

Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)

Eulalia Torras Fundació Eulàlia Torras (Barcelona)

Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)

Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)

Xaber Tapia Lizeaga (Bilbao)

INDICE:

V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes. La atención a los trastornos graves de la personalidad. Bilbao octubre 23 y 24 de octubre de 2015 <i>Fernando González Serrano</i>	9
De la patología vincular al trastorno de inestabilidad emocional. De cómo el niño se convirtió en erizo <i>Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz</i>	11
Evaluación del Hospital de Día infante juvenil <i>Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Beneítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual</i>	17
Técnicas terapéuticas basadas en la teoría de la mentalización en grupos de adolescentes y sus familias en el contexto de Hospital de Día <i>Paula Laita de Roda</i>	35
Hospital de día comunitario como dispositivo de crisis: experiencia clínica sobre el abordaje institucional de la patología límite en la adolescencia <i>Jaume Claret</i>	43
La demanda a enfermería en un centro terapéutico educativo con adolescentes <i>Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes</i>	49
El grupo como recurso terapéutico en un centro terapéutico educativo <i>Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas</i>	59
Intervenciones psicoterapéuticas con familias <i>José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García</i>	65
Convivir con los límites: El Hospital de Día como experiencia terapéutica para adolescentes con trastorno límite de la personalidad <i>Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos</i>	73
Atención a las familias de niños con trastorno mental grave en un programa específico de atención ambulatoria <i>Begoña Solana Azurmendi</i>	81
Acompañando los procesos simbólicos. Intervención temprana en grupo <i>Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando</i>	87

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, Leon

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@seypna.com

Página Web: <http://www.seypna.com/revista-seypna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=dulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECS: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=IBECS&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarna Molins (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martinez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

V JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES DE DÍA Y TERAPIAS INTENSIVAS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES. LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD. BILBAO OCTUBRE 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2015	
<i>Fernando González Serrano</i>	9
FROM BONDING PATHOLOGY TO THE EMOTIONAL INSTABILITY DISORDER. HOW THE CHILD BECAME AN HEDGEHOG	
<i>Sabrina González Santana y Elena Almeida Díaz</i>	11
EVALUATION OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL	
<i>Sonia Villero Luque, Pilar Fuertes Benítez; Luis León Allué, Esther Rodríguez Pérez; Alfonso Sánchez-Carpintero Abad; Ana María Jiménez Pascual</i>	17
THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL	
<i>Paula Laita de Roda</i>	35
HOSPITAL DE DÍA COMUNITARIO COMO DISPOSITIVO DE CRISIS: EXPERIENCIA CLÍNICA SOBRE EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PATOLOGÍA LÍMITE EN LA ADOLESCENCIA	
<i>Jaume Claret</i>	43
THE NURSING DEMAND IN AN EDUCATIONAL THERAPEUTIC CENTER WITH TEENAGERS	
<i>Itxaso Santamaria Sanz, Salvador del Arco Heras y Elena Usobiaga Sayes</i>	49
THE GROUP AS A THERAPEUTICAL RESOURCE IN AN EDUCATIONAL THERAPY CENTRE	
<i>Uxue Picaza Ereño, María San Pedro Verdejo y Ana María Fernández Cagigas</i>	59
PSYCHOTHERAPEUTICAL INTERVENTIONS WITH FAMILIES	
<i>José Barrera Piñero y Ma Dolores Gómez García</i>	65
LIVING WITH THE LIMITS: THE DAY CARE HOSPITAL AS THERAPEUTIC EXPERIENCE FOR TEENS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER	
<i>Asunción Soriano Sala y Sonia Soriano Tormos</i>	73
ATTENTION TO FAMILIES OF CHILDREN WITH SEVERE MENTAL DISORDERS IN A SPECIFIC OUTPATIENT TREATMENT PROGRAM	
<i>Begoña Solana Azurmendi</i>	81
GOING ALONG WITH SYMBOLIC PROCESSES. EARLY GROUP INTERVENTION	
<i>Consuelo Panera Uribe y Encarnación Garrán Sabando</i>	87

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN LA TEORÍA DE LA MENTALIZACIÓN EN GRUPOS DE ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS EN EL CONTEXTO DE HOSPITAL DE DÍA*

THERAPEUTIC TECHNIQUES BASED ON THE MENTALIZATION THEORY IN GROUPS OF TEENS AND THEIR FAMILIES IN THE CONTEXT OF DAY HOSPITAL *

Paula Laita de Roda**

RESUMEN

En el presente trabajo, se presenta un breve resumen de algunas de las bases teóricas de la Teoría de la Mentalización, en relación con su aplicación clínica en el contexto terapéutico del Hospital de Día de Adolescentes de orientación psicodinámica, una reflexión acerca de la relación entre los factores terapéuticos de este formato de terapia intensiva, y el favorecimiento de una mentalización mejor y más integrada en los pacientes y sus familias, que se puede observar durante el tratamiento. Además, se expone una experiencia de grupo psicoeducativo con las familias de los pacientes, inspirado en la Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes, como ejemplo de la aplicabilidad de este modelo en este tipo de dispositivos. El marco que proporciona la teoría de la mentalización puede ser útil para estructurar y optimizar las estrategias psicoterapéuticas del Hospital de Día - Centro Educativo Terapéutico.

Palabras clave: Hospital de Día, Mentalización, apego, grupo psicoeducativo.

ABSTRACT

In this paper, a brief summary about some of the Theory of Mentalization's fundamentals is presented, in relation to its application in a psychodynamic Adolescents' Day Hospital setting. It is a reflection about the possible relationship between the therapeutic factors of this kind of intensive therapy and the improvement in the capacity to mentalize, in a more integrated way, that is generally observed in patients and their families during treatment. I present a pilot experience of a psychoeducation group with families, inspired in Mentalization-Based Therapy for Adolescents, as an example of the applicability of this model to this type of therapeutic settings. The theoretical frame of Mentalization can be useful to optimize and give structure to the psychotherapeutic strategies at a Day Hospital.

Key Words: Day Hospital, Mentalization, Attachment, Psychoeducation group.

* Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Terapias Intensivas con Niños y Adolescentes: La atención a los trastornos graves de la personalidad, celebradas en Bilbao los días 23 y 24 de octubre de 2015. Acreditadas como actividad de Formación Continuada por el Consejo Vasco de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

** Psiquiatra. Hospital de Día – CET “Pradera de San Isidro” E-mail: paulalaita@yahoo.com

INTRODUCCIÓN. EL HOSPITAL DE DÍA – CET.

El Hospital de Día – Centro Educativo Terapéutico de “Pradera de San Isidro” está constituido desde su creación hace más de 15 años según el modelo psicodinámico de comunidad terapéutica. El recurso dispone de 20 plazas para adolescentes, a tiempo completo. El perfil de pacientes admitidos en el dispositivo abarca diagnósticos diversos, desde trastornos psicóticos, trastornos generalizados del desarrollo, trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y del comportamiento, trastornos de la personalidad, etc. Prácticamente todos los tratamientos se planifican a tiempo completo (6 horas diarias, 5 días a la semana, todos los días laborables del año), siendo excepcionales los tratamientos a tiempo parcial, fuera de los periodos de adaptación de los nuevos pacientes, o los procesos de adaptación progresiva a sus centros escolares durante la fase alta clínica. El Hospital de Día cuenta con una unidad de atención a niños de 6 a 12 años, que funciona de modo similar.

Este centro atiende la población adolescente de dos áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, la 7 y la 11, una población de 1.250.000 personas aproximadamente, se reciben una media de 70 derivaciones anuales, y entre 20 y 25 altas al año en cada unidad. La ocupación suele ser completa ya que la lista de espera de ingreso es siempre alta.

El equipo terapéutico de la Unidad de Adolescentes está formado por 2 psicólogos, un terapeuta ocupacional, un educador, una enfermera y una psiquiatra. El Hospital de Día es Centro Educativo Terapéutico, y por tanto cuenta también con un equipo docente, dependiente de la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid, que consta de una coordinadora, 5 profesores y una trabajadora social.

El esquema de tratamiento no difiere del de otros Centros Educativos Terapéuticos. El horario de asistencia es de 9 a 15 h. De este tiempo, 2 horas diarias se dedican a docencia, en grupos de 4-5 alumnos, y el resto del día se dedica a las tareas terapéuticas: 2 grupos de terapia en grupo reducido (grupo psicodinámico, relajación, expresión corporal, terapia deportiva, habilidades sociales, debate de prensa, grupo de chicos y chicas, terapia expresiva), grupo comunitario, recreo y comida. También se intercalan regularmente actividades de ocio (cine fórum, excursiones, etc.) y abordajes individuales y familiares. Sólo se interrumpe el tratamiento grupal 15 días al año, en verano, en los que tan solo se mantienen los abordajes individuales y familiares.

MENTALIZACIÓN. ALGUNOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Son muchos los autores que se han preguntado acerca de los factores terapéuticos comunes o universales a las distintas formas de psicoterapia (Gabbard, 2005). A continuación, se expone un breve resumen de aspectos fundamentales del concepto de mentalización, dentro del marco del apego seguro, de cara a poder luego exponer parte de nuestro trabajo en el Hospital de Día inspirado en esta teoría.

Entre los factores terapéuticos propios del HD, quizá el primero y más importante es el ser una matriz terapéutica, que se comporta como un “continente” adecuado para poder hacerse cargo de los momentos más psicóticos y regresivos del paciente. En palabras de García Badaracco, “la comunidad se comporta como una familia sustitutiva que debe proveer el alimento afectivo, modelos de identificación y la estabilidad necesaria para que el enfermo mental pueda recorrer y realizar su proceso terapéutico. Un ambiente emocional de seguridad donde las múltiples interacciones permitan la realización de experiencias enriquecedoras de la personalidad y el desarrollo de recursos propios, cuya carencia es una de las características de la enfermedad mental”. (García Badaracco, 1989)

La fortaleza de esta cualidad está relacionada con un fenómeno observable con frecuencia en el Hospital de Día, en particular con los pacientes con perfil borderline: pacientes con trastornos graves del vínculo, comportamientos autolesivos y heteroagresivos graves, inestabilidad emocional y desadaptación generalizada al entorno. Resulta significativa la relativa rapidez con que sus síntomas suelen atenuarse al poco de llegar al centro, así como la práctica ausencia de episodios de agitación dentro del centro. Al profundizar en los textos de los teóricos de la mentalización, surge la hipótesis de que la Comunidad Terapéutica provee un entorno vincular seguro, que es básicamente un lugar favorecedor de la mentalización y del desarrollo de la confianza epistémica.

La mentalización es un concepto desarrollado hace algo más de 20 años por el equipo de Peter Fonagy, en Londres, a partir de la necesidad de modificar la técnica psicoanalítica estándar en algunos pacientes, particularmente los trastornos graves de personalidad. El concepto tiene sus raíces en el psicoanálisis, en la escuela de psicósomática y particularmente en la teoría del apego.

Mentalizar es, básicamente, “tener la mente en mente”, atender a los estados mentales en uno mismo y en los demás. Es un tipo de cognición social, una

forma de actividad mental imaginativa (casi siempre preconscious) que nos hace posible percibir e interpretar la conducta humana en términos de estados intencionales: necesidades, deseos, sentimientos, creencias, metas, propósitos y razones (Allen y Fonagy, 2006).

La mentalización implica imaginar lo que la otra gente puede estar pensando o sintiendo; como la mente es opaca, nunca tendremos la certeza absoluta de lo que hay en la mente del otro. Su desarrollo está íntimamente ligado a la regulación atencional, la representación de los afectos y a las respuestas neuronales a las situaciones de estrés. Esta capacidad no es innata, aunque nacemos determinados para poder desarrollarla en los primeros años de vida en el contexto de las relaciones de apego tempranas. A lo largo de la vida, esta función es dinámica, puede evolucionar y, lo que es más importante, modificarse a través de la terapia. Además, Fonagy y sus colaboradores describieron cómo, en situación de estrés, esta capacidad se ve mermada (Allen y Fonagy, 2006).

Los niños empiezan a preguntarse acerca de las mentes de forma natural en el contexto de la relación con los miembros de la familia. Empiezan a comprender que el comportamiento está basado en los estados mentales cuando intentan comprender las acciones de sus seres cercanos. Para lograrlo, la figura materna ha de ser capaz de reflejar en espejo los afectos de su hijo, de forma concordante, contingente y adecuadamente marcada, para que el niño pueda generar, a partir de las representaciones mentales que la madre le devuelve, sus propias representaciones de 2º orden de sus estados internos, diferentes de los de ella (Fonagy, 1998; Fonagy y Allison, 2014). Cuando este proceso no sucede de forma adecuada, es decir, el reflejo que devuelve el cuidador no es congruente, o contingente, o no está suficientemente marcado, entonces las representaciones mentales del niño quedarán dañadas o serán disfuncionales. De esta interacción fundamental surgirá también el sentido de agencia del self en el niño, el ser capaz de verse a sí mismo como un ser intencional diferente de la madre. Si el niño no puede desarrollar una representación de su propia experiencia a través del reflejo en espejo (el yo), internalizará la imagen del cuidador como una parte de su representación del self, un alien self que quedará incluido en su estructura psíquica. (Bleiberg, 2013)

Cuando la figura de apego es capaz de mentalizar suficientemente bien, surge la intencionalidad en el niño, su sentido de self subjetivo, aumentan las posibilidades de desarrollar un apego seguro, incrementa su resiliencia ante la adversidad, y mejora su capacidad cognitiva,

sociocognitiva y de regulación emocional (Fonagy y Allison, 2014).

Dado que es difícil demostrar la relación entre las variables que miden el apego y las que miden la mentalización, es probable que ambas estén relacionadas de forma indirecta. El apego seguro puede no ser un facilitador directo del desarrollo de la mentalización, pero es un indicador de que el acercamiento del cuidador al niño es de hecho el adecuado para este logro. Más bien se podría decir que un apego seguro implica que no ha habido comportamientos parentales de los que minan la capacidad de mentalización. (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012)

Signos de una buena capacidad de mentalización en los padres, son por ejemplo la inclinación de la figura materna a tomar una perspectiva psicológica en la comprensión de sus propios actos o en la relación con su hijo, incluyendo la capacidad para leer de forma precisa los estados mentales que gobiernan el comportamiento del niño (“mind-mindedness”), y la función reflexiva en la interacción con su hijo o al describirle. La mentalización del niño por parte de los padres puede por otro lado ser deficiente (concreta o excesivamente ligado a los estímulos), o excesiva, es decir, hipermentalizadora (llevándola al extremo, distorsionada, a veces paranoide). (Bleiberg, 2013)

Además, no podemos olvidar que éste es un sistema transaccional por lo que hay que considerar también una relación causal de hijo a padres: los niños con un comportamiento lábil y ansioso pueden no beneficiarse de las cualidades reguladoras de la relación de apego, provocando un comportamiento parental más controlador. (Bateman y Fonagy, 2012)

El proceso de desarrollo de la mentalización sucede en los primeros 3 o 4 años de vida, si bien se puede perfeccionar a lo largo de toda la vida, aumentando el grado de profundidad y de elaboración mental y mejorando en la capacidad de ver a los otros y a nosotros mismos como realmente somos. Por supuesto, la coincidencia de factores traumáticos en la vida del niño y de sus padres va a alterar los procesos de creación de una base segura y por tanto interferirán en la capacidad de mentalización de ambas partes.

Previamente a la consecución de una mentalización integrada, equilibrada, aparecen los precursores, los modos prementalizadores, propios de estadios precoces del desarrollo infantil (Allen y Fonagy, 2006):

1. Modo en equivalencia psíquica
2. Modo simulado

3. Modo teleológico

La mentalización es además un concepto multidimensional. Se describen cuatro polaridades de esta capacidad (Fonagy y Luyten 2009):

1. Automática/ implícita - controlada/ explícita
2. Centrada en lo interno – centrada en lo externo
3. Orientada hacia el sí mismo - orientada hacia los demás
4. Cognitiva – afectiva

Deteniéndonos más en la primera de estas polaridades, la mentalización implícita, puede ocurrir automáticamente incluso sin que seamos conscientes de ella y debe ser contemplada, en gran parte, como disociada del desarrollo intelectual general. Por ejemplo, somos capaces de atribuir estados mentales a otros, sin hacer uso de la conciencia, observando las expresiones faciales o el lenguaje corporal. La mentalización implícita es por lo tanto procedimental y la utilizamos continuamente, sin que tengamos que prestarle atención o conciencia.

La mentalización explícita, está íntimamente relacionada con el lenguaje y por lo tanto muy influida por nuestra habilidad verbal. Es la propia de la instancia consciente, requiere atención, consideración y esfuerzo, y puede verse desbordada o impedida por afectos intensos.

La mentalización adaptable y equilibrada conlleva un cambio flexible: pasa de ser predominantemente automática a ser una mentalización más controlada y viceversa. Un aspecto esencial que repercute en la capacidad de mantener ese equilibrio es el efecto del estrés y la impulsividad en cada modo del mentalizar (Bleiberg, 2013). El estrés y la excitación elevados activan la mentalización automática, acompañada de la activación del sistema de apego, el cual, según Bowlby (Bowlby, 1988), está preprogramado para ser “detonado” por el miedo y por señales internas que avisan del peligro que amenaza la supervivencia del individuo. La mentalización controlada, por otro lado, es facilitada por el incremento de la excitación, pero solo hasta un cierto nivel de estrés (el punto de quiebra) en cuyo punto la mentalización controlada se inhibe (Arnsten, 2009; Bleiberg, 2013).

Cuando la mentalización integrada se desequilibra, en estas situaciones de estrés, se reactivan formas prementalizadoras de pensamiento (el modo en equivalencia psíquica, modo simulado, modo teleológico, pseudomentalización), o podemos hacer un mal uso de nuestra capacidad mentalizadora (hipermentalizando, o

haciéndolo de forma concreta o con fines manipulativos...). Cuando esto sucede, la interacción social se verá alterada y la comunicación, la capacidad de comprender y compartir los estados mentales propios y ajenos quedará momentáneamente impedida. La posibilidad de perder la capacidad de mentalización puede sucedernos a todos en situaciones de estrés, y además, se ha observado que en las distintas patologías puede predominar uno u otro modo de no mentalizar.

ADOLESCENCIA Y MENTALIZACIÓN.

La adolescencia, por otro lado, es una fase particularmente vulnerable para el fallo en la capacidad mentalizadora. Es una etapa marcada por la confusión y la desestructuración de los vínculos, en la que uno debe enfrentarse, con el bagaje (de mentalización, apego, confianza) logrado durante la infancia, a una multitud de tareas (aceptar los cambios físicos y emocionales, la construcción de la identidad del yo, la separación, la socialización...). Esto puede resultar, a veces, demasiado duro, sobre todo si este proceso de reorganización coincide además con experiencias traumáticas (incluyendo las sucedidas durante la infancia cuyo recuerdo se reactiva en esta etapa). (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012)

Esta vulnerabilidad al fallo en la mentalización, que tiene una base neuroevolutiva, está asociada a la sensibilidad interpersonal, y se relaciona con síntomas como la impulsividad, la hiperactivación del apego, el comportamiento coercitivo, la desregulación del afecto y los esfuerzos defensivos para afrontar la experiencia de pérdida del control. El adolescente puede perder su propio sentido de agencia del self, la capacidad de experimentar como autores de sus propias acciones, cuando se ven invadidos por un afecto negativo, pudiendo tener lugar fenómenos de difusión temporal de la identidad, experiencias de incoherencia personal, sentimientos de vacío, incapacidad para el compromiso y alteraciones de la imagen corporal. Estas respuestas, a su vez, tienden a provocar la pérdida de mentalización en los adultos y de esta manera generar ciclos de no-mentalización coercitivos que mantienen y exacerban la no-mentalización en los adolescentes (Bleiberg, 2013).

Los adolescentes, particularmente aquellos con síntomas de un trastorno límite de la personalidad incipiente, suelen presentar un perfil mentalizador caracterizado por el predominio de suposiciones irreflexivas, rígidas y automáticas, sostenidas con certeza injustificada acerca de los estados internos de la propia mente y/o de la mente de los demás, demasiado centrado

en las características externas de ellos mismos y los otros, en la que se destacan estados afectivos abrumadores. (Bleiberg, Rossouw, Fonagy, 2012)

Hay razones neuroevolutivas para explicar por qué la adolescencia tiene tantas similitudes con el trastorno grave de personalidad, y por qué es una fase tan vulnerable para el desarrollo de estas patologías. Durante la adolescencia se observan profundos cambios tanto en el volumen como en la funcionalidad de diversas zonas del cerebro. Una de las que cambian de forma más drástica es la corteza prefrontal. Ésta se encarga de multitud de funciones cognitivas de alto nivel, como la toma de decisiones, la planificación del tiempo, la inhibición de comportamientos socialmente inadecuados, y está implicada en el proceso de comprender a los demás y tener conciencia de uno mismo. (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012)

El volumen de sustancia gris prefrontal tiene un pico de crecimiento en la adolescencia temprana, que sucede una media de 2 años más tarde en varones que en mujeres, posiblemente porque la pubertad suele ser más tardía en chicos. Después, lo que se observa es una reducción en el volumen de sustancia gris a lo largo de la adolescencia. Esta reducción se debe a un proceso de poda neuronal sináptica, es decir, la eliminación de las conexiones innecesarias. La selección depende enormemente del entorno: las que se utilizan más, se fortalecen, las que no se utilizan, se eliminan (Mills et al., 2014).

Se ha observado en numerosos estudios de imagen funcional que hay tareas cognitivas para las que adultos y adolescentes utilizan regiones cerebrales distintas, por ejemplo en el proceso de toma de decisiones. El adolescente, por razones evolutivas, tiene más dificultad para tener en cuenta el punto de vista del otro. También se ha observado cómo el hecho de estar en grupo o a solas puede determinar respuestas totalmente distintas, con implicación de regiones cerebrales diferentes, y las emociones se procesan en zonas distintas en los adolescentes que en los adultos.

Y es que la maduración del cerebro humano es secuencial, tal y como propone Nelson (Nelson, 2005) en su modelo de “Red de Procesamiento de la Información Social”, con 3 nodos funcionales, situados en estructuras neuronales más o menos identificables, implicando la existencia de un nodo para detectar las señales socialmente relevantes, que madura en la infancia, un nodo que adjudica la significación emocional a las señales sociales, que madura en la adolescencia, y un nodo regulatorio cognitivo, que madura en la adolescencia tardía o en la

vida adulta precoz, que sirve para inhibir las respuestas y dirigir el comportamiento.

Es decir, el cerebro adolescente se desborda fácilmente por el impacto emocional de la situación social, porque hay un desequilibrio entre sus regiones prefrontales (encargadas de la autorregulación) aún infra-desarrolladas, y otros componentes del sistema límbico, como los ganglios basales, que están ya capacitados para involucrarse en la comunicación social relevante y generar respuestas afectivas instintivas a las mismas. Este desequilibrio puede activar respuestas de huida o lucha o conductas de apego, que inhiben la mentalización y limitan la capacidad para involucrarse en la terapia. Este desequilibrio “fisiológico” en la adolescencia es similar al observado en los pacientes adultos con TLP, que parecen tener un bajo umbral para la activación del sistema de lucha-huida, y una tendencia asociada a desactivar la mentalización explícita o controlada. (Rossouw y Fonagy, 2012)

Entonces, aunque muchos adolescentes parecen capaces de hablar de sus sentimientos de forma fluida, las ideas más abstractas pueden generar una sobrecarga en el sistema. Este sobreesfuerzo puede llevar a una interrupción brusca de los procesos de mentalización, aislamiento social, intensificación de la ansiedad y de los pasos al acto, con la autolesión como ejemplo más evidente. Que este proceso llegue a generar problemas a largo plazo va a depender no sólo de la fuerza inherente de las estructuras psíquicas del adolescente, sino también de la capacidad del medio para sostener esta función mentalizadora debilitada. (Bleiberg, Rossouw y Fonagy, 2012) Por eso, uno de los pilares fundamentales de la intervención debe ser apoyar al entorno para que sea lo más fuerte posible, reforzando en los adultos significativos la capacidad de comprensión y soporte.

GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIAS BASADO EN LA MENTALIZACIÓN

La idea de que la mentalización se activa en situaciones de apego seguro, pero puede desactivarse y volverse automática cuando la estimulación es excesiva, nos pareció muy clarificadora, a la hora de comprender la función de contención del hospital de día, y también para entender el significado de los procesos de reactivación sintomática que tienen lugar por ejemplo cuando un paciente nuevo se incorpora, o en los momentos previos al alta.

Cuando hablamos de promover la seguridad en el

vínculo con los pacientes, proponemos un entorno relacional en el que las estrategias de apego no estén hiperactivándose de continuo, donde no se encasilla a los pacientes en categorías diagnósticas que paralizan el proceso mentalizador, donde el trato es familiar y cercano, la presencia de los terapeutas es casi constante y la aceptación es genuina. En la Terapia Basada en la Mentalización se propone que el terapeuta mantenga una posición de curiosidad y respeto, cercana, inquisitiva, que no juzga, que invita al paciente a parar y reflexionar cuando su discurso se vuelve no mentalizador (Bateman y Fonagy, 2012). Los terapeutas prestamos atención a nuestra propia función mentalizadora, conscientes de que la podemos perder momentáneamente, y cuidamos unos de otros para sostenerla cuando sentimos que ello está sucediendo.

Si bien en el Hospital de Día no se realiza un protocolo de TBM propiamente dicha, nuestros pacientes, poco a poco, van interiorizando el trabajo desde la mentalización porque diariamente aplicamos estrategias favorecedoras de la misma en los espacios grupales. Esta actitud empática surge de forma casi espontánea en los que trabajamos en comunidad terapéutica, cuando se trabaja en grupos de adolescentes: en el grupo, continuamente se utilizan técnicas como la detención del discurso no mentalizador, la clarificación, la aceptación, la elaboración de los afectos... En los espacios en los que la técnica terapéutica no es verbal (expresión corporal, terapia ocupacional y creativa, terapia expresiva...), se organizan actividades y ejercicios dirigidos a mejorar el proceso de identificación y reconocimiento de emociones, como ejercicios de role-playing, técnicas de expresión artística, juegos de mímica y reconocimiento de expresiones faciales y corporales, etc.

En la medida en que aprendemos a ser interlocutores más adecuados, como figuras parentales más sanas, y una vez superadas las diversas pruebas a las que los pacientes han de someternos para comprobar nuestra confiabilidad (García Badaracco, 1989), incluir a las familias se hace particularmente necesario, para confrontar la fantasía con la realidad, para comprender gran parte de los fenómenos transferenciales, por ejemplo la escenificación de frustraciones y dificultades vividas en la relación con los padres pero también porque estos padres con frecuencia son en sí mismos seres frágiles, afectivamente inmaduros, con historias vinculares traumáticas, y para que los pacientes puedan reestructurar su forma de relacionarse, y extender la experiencia emocional del Hospital de Día a su vida, también los padres deben formar parte del

entorno seguro, incluso, poder vincularse con nosotros con esa seguridad, para favorecer también en ellos una mejor capacidad mentalizadora.

Con este objetivo inicial, nos propusimos entonces iniciar un grupo psicoeducativo, inspirándonos en el trabajo sobre Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes realizado por Trudy Rossouw, del Anna Freud Centre de Londres (Rossouw y Fonagy, 2012). Este grupo de psicoeducación no está dirigido a proporcionar información sobre los diagnósticos y los tratamientos, sino a favorecer un lenguaje común entre familias y terapeutas, a generar un clima de confianza mutua y de familiaridad con el recurso y con el equipo, una mejor percepción de las dificultades mentalizadoras de pacientes, y de los padres y terapeutas también.

En esta primera experiencia grupal, se convocó a todos los padres de adolescentes ingresados, y a algunas familias cuyos hijos iban a iniciar el tratamiento en las siguientes semanas. La propuesta fue la de realizar una jornada intensiva de trabajo grupal, durante una mañana, con un total de 4 horas de trabajo, siguiendo el modelo de Rossouw y su equipo.

El grupo se inició con una presentación a cargo de los propios pacientes, explicando en qué consistía, según su propia forma de verlo, el hospital de día: los pacientes prepararon el trabajo los días previos con el terapeuta ocupacional y el educador del equipo. Primero, presentaron al equipo de terapeutas, luego el horario, y los distintos espacios terapéuticos. El objetivo de esta presentación es que los padres pudieran hacerse una idea, a través de sus propios hijos, del tipo de entorno en que éstos estaban recibiendo cuidados; también, desmitificar el recurso para aquellos, sobre todo los recién llegados, que aún percibían el hospital de día casi como un lugar omnipotente donde sus hijos serían modificados por completo. También, aunque no esperábamos ese efecto, para algunos padres fue un momento esperanzador por la naturalidad y espontaneidad de los pacientes en su exposición, en un ambiente distendido y lúdico; esta imagen distaba mucho de la visión que estos padres tienen a veces de sus hijos, como seres deficitarios e incapaces, enfermos.

Los pacientes llegan al Hospital de Día con los diagnósticos que sirven a los profesionales de la salud mental para entendernos entre nosotros, son etiquetas que llevan al encasillamiento y que paralizan la capacidad mentalizadora del paciente, y de los propios padres para tener en mente a su hijo como un ser intencional con motivaciones y deseos (Bleiberg, 2013). Nuestro trabajo

promueve una forma distinta de comprender y dar sentido a los síntomas de sus hijos, empezando por restaurar su sentido de agencia del Yo, su percepción de sí mismos como agentes de su propia evolución y su vida.

Posteriormente, los terapeutas presentamos a los padres el concepto de mentalización, con el objetivo de poder compartir un lenguaje, de introducir esta idea de qué es lo que se procura hacer con sus hijos en el hospital de día. Se explicó en esta parte de la sesión en qué consiste el sistema de apego, cómo se va desarrollando, y de qué forma este sistema influye en nuestra forma de relacionarnos y en la manera en la que entendemos lo que sentimos, nos autorregulamos, comprendemos lo que hacen los demás e intentamos descubrir cómo se sienten. Después, presentamos a los padres información sobre el desarrollo cerebral adolescente. La intención, además de la puramente informativa, es favorecer la capacidad mentalizadora de los padres también aportando una visión evolutiva, permitir una mejor comprensión y una mayor indulgencia con algunos de los comportamientos de los hijos. Finalmente, ahondamos en el concepto de mentalizar, cómo todos tenemos esta capacidad, cómo ninguno podemos mentalizar siempre bien, y las diferentes formas de no mentalizar, explicadas de forma comprensible y con ejemplos apropiados. El objetivo no era sólo darse cuenta de cuándo sus hijos dejan de mentalizar, sino hacer consciente el hecho de que todos tenemos esos momentos no mentalizadores que generan incomunicación y confusión en las relaciones.

Después de una pausa, en la que los adolescentes se unieron al grupo de nuevo para desayunar juntos, propusimos una hora y media de ejercicios prácticos basados en los propuestos en los manuales de TBM. Como el objetivo era mantener elevada la capacidad de mentalización, los ejercicios propuestos no implicaban un tono emocional muy alto, es decir, se propusieron situaciones neutras afectivamente. El grupo de adolescentes y adultos se subdividió en 6 grupos de trabajo, con dos propuestas: la primera, representar entre dos o más de los miembros del grupo una situación de conflicto cotidiano (una discusión con un camarero en un restaurante, una situación comprometida con un compañero en el entorno laboral). Después se proponía una discusión en grupo acerca de los sentimientos, pensamientos y reacciones de cada uno de los actores, así como de los observadores de la escena. El segundo ejercicio que se planteó se basa en el que en el Anna Freud Centre se llama “ruleta de emociones”, sorteando dentro del grupo una emoción básica, que el designado debía

representar con mímica, para que los demás adivinaran de qué afecto se trataba. Este ejercicio motivó también una discusión intragrupal, de las dificultades o facilidades a la hora de detectar y reconocer de forma implícita, las emociones que los demás nos transmiten, y reconocer activamente lo confuso que en ocasiones puede resultar intentar leer la mente de los demás... Por último, se llevó a cabo una puesta en común para compartir la experiencia vivencial en grupo.

CONCLUSIONES.

- Aunque la presión asistencial a veces impone modelos de tratamiento eficientes, en cuanto al tiempo e intensidad terapéutica, nosotros defendemos la importancia del encuadre en comunidad terapéutica para los pacientes más graves, porque sólo generando ese entorno seguro, constante, protector podemos promover la creación de vínculos que favorezcan una mentalización más sana, que es una vía eficaz para la desaparición o atenuación de síntomas.
- Desde luego, en nuestra Comunidad, la elevada carga de derivaciones al Hospital de Día se debe también a la escasez de recursos a nivel ambulatorio para proveer una atención que posibilite intervenciones psicoterapéuticas regladas específicas, para los pacientes de mayor gravedad psicopatológica. Los pacientes cuyos sistemas de apego están más dañados, con estructuras narcisistas de personalidad por ejemplo, pueden no beneficiarse de tratamientos en comunidad terapéutica, que activan intensamente sus estrategias de apego, desactivándose entonces su capacidad para la mentalización reflexiva, y motivando empeoramientos clínicos relevantes.
- Siguiendo a Fonagy y sus colaboradores (Fonagy, Bateman y Luyten, 2012), *“las estrategias de mentalización son eficaces porque cambian mentes y cerebros. Todas las psicoterapias verbales intentan mejorar la mentalización, activando un contexto de apego, que como hemos visto, permite establecer la base para investigar sobre la propia mente y las de los demás. Las estrategias de apego se activan intensamente cuando un individuo en situación de estrés necesita asistencia de una persona de confianza para poder auto-regularse. El sistema se activará aún más si se dedica tiempo a pensar y hablar de las relaciones actuales y pasadas, porque se activarán los modelos*

operativos internos de apego. El terapeuta ofrece ayuda al paciente para regular su afecto de diversas maneras, pero con frecuencia lo hará a través de respuestas contingentes y marcadas en respuesta al afecto del paciente, creando a la vez un entorno interpersonal seguro y sensitivo. De forma más explícita, e independientemente de la orientación del terapeuta, éste creará en el encuentro terapéutico una serie de perspectivas alternativas ante la experiencia mental”.

- La Terapia Basada en la Mentalización es una propuesta práctica, aplicable, con instrumentos que permiten registrar la evolución clínica e investigar sobre resultados y factores terapéuticos, ya que se trata de un tratamiento estandarizado y estructurado que ofrece la posibilidad de medir sus efectos. Evidentemente, para hacerla es necesario realizar la formación específica y tener la acreditación pertinente, lo cual no siempre es posible, por tiempo o por falta de financiación o por ambas, pero, en palabras de los propios autores, muchas de sus estrategias son aplicables en el espacio terapéutico, desde otras orientaciones. La teoría de la mentalización proporciona un marco teórico novedoso, pero a la vez fácilmente aplicable, al Hospital de Día de orientación dinámica. Sin perder de vista nuestra forma de entender cada caso, poner el foco en la mentalización, en los procesos más que en los contenidos, puede mejorar la efectividad de nuestros recursos terapéuticos habituales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. G.; y Fonagy P. (2006). *The Handbook of Mentalization Based Treatment*. West Sussex: John Wiley and Sons, Ltd.
- Arnsten, A. F. (2009) Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews in Neuroscience*; 10(6):410-22.
- Bateman, A.W; y Fonagy, P. (2012). Individual techniques of the Basic Model. En: Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp 67-80). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bleiberg, E., Rossouw, T. y Fonagy, P. (2012). Adolescent Breakdown and Emerging Borderline Personality Disorder. En Bateman, A. y Fonagy, P. (Eds.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp 463-509). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bleiberg, E. (2013). Metalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2(2), 295-330. [Disponible en español en AIEDEM: Asociación Internacional Para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización. www.asociacion-mentalizacion.com. (Trad: María Noel Firpo)]
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Fonagy, P. y Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues: The international Journal of Relational Perspectives*; 8(1), 87-114.
- Fonagy P. y Luyten P. (2009) A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology*; 21(4):1355-81.
- Fonagy, P.; Bateman, A.W. y Luyten, P. (2012) Introduction and overview. En: Bateman A. y Fonagy P. (Eds.) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp 3–41). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P. y Allison, E (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 10, 1037.
- Gabbard GO, Beck JS, y Holmes J. (2005). *Oxford textbook of psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Buenos Aires: Tecnipublicaciones S.A.
- Lanza Castelli G. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000722&a=La-mentalizacion-su-arquitectura-funciones-y-aplicaciones-practicas>
- Mills, K.L.; Goddings, A.L.; Clasen, L.S.; Giedd, J.N.; y Blakemore, S.J. (2014). The developmental mismatch in structural brain maturation during adolescence. *Developmental Neuroscience*, 36(3-4), 147-60.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E.; McClure, E. B.; y Pine, D.S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*; 35, 163–174.
- Rossouw, T. y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in Adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12); 1304-1313.