

REVISIÓN

¿POR QUÉ MENTALIZAR EN ADOLESCENTES CON DESARROLLO ANORMAL DE LA PERSONALIDAD?

(Rev GPU 2015; 11; 2: 160-167)

Nicolás Labbé¹, Catalina Álvarez², Marcela Larraguibel³

La mentalización sería la capacidad para comprender los estados mentales tanto propios como de los demás. Esta capacidad se encuentra disminuida en pacientes con trastornos de la personalidad, afectando la regulación de los procesos afectivos, la atención y el autocontrol en situaciones de estrés, la capacidad de inferir los estados mentales propios y de los demás. El objetivo del presente artículo es profundizar en las dificultades de la mentalización en adolescentes que presentan un desarrollo alterado de la personalidad, así como también las diversas intervenciones basadas en la evidencia para el tratamiento de aquellos sujetos con estas características, donde el trabajo de la mentalización es el foco principal. El presente estudio es una revisión teórica donde se repasa el origen del concepto de la mentalización, su relación con los trastornos de la personalidad tanto en adultos como en adolescentes, y finalmente se analizan tanto las intervenciones manualizadas como las técnicas específicas de la Terapia basada en la Mentalización para Adolescentes.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de la Personalidad (TP) se ha caracterizado por rasgos inflexibles y desadaptativos que causan deterioro funcional significativo, ya sea para el mismo sujeto o para los demás. Según el DSM-5 la característica principal del trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamientos que se apartan acusadamente de

las expectativas de la cultura del sujeto y se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, interpersonal, o del control de impulsos (1).

La prevalencia a nivel mundial de los Trastornos de la Personalidad es alrededor de un 2% en la población general, 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios, y 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados (1).

Si bien el TP suele diagnosticarse en la vida adulta, es desde la niñez cuando comienzan a gestarse aquellos

¹ Psicólogo Clínico, Universidad de los Andes. Estudiante Magíster Infanto-Juvenil Universidad de Chile.

² Psicóloga Clínica Infanto-Juvenil, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudiante Magíster Infanto-Juvenil Universidad de Chile.

³ Dra. Marcela Larraguibel Q. Profesora Asistente Clínica Psiquiátrica Universitaria Universidad de Chile.

patrones que derivarán en el desarrollo de este trastorno. Debido a esto, es necesario un diagnóstico temprano y riguroso para su prevención e intervención precoz.

La adolescencia es un periodo de crisis, donde son esperables ciertos conflictos para afrontar la adultez, pero también es una etapa donde hay una mayor exposición a diversos factores de riesgo que afectan de manera directa el desarrollo psicológico, y estos eventos pueden generar importantes consecuencias, especialmente en aquellos jóvenes que ya presentan patrones de comportamiento alterados. Sumado a esto se encuentra el complejo proceso del desarrollo cerebral, donde la neuroplasticidad juega un rol en el logro del pensamiento abstracto, en las funciones ejecutivas, y la regulación emocional (2).

Estudios en relación con la “mentalización”, que se define como la capacidad de comprender los estados mentales propios y de los otros (3), han estado estrechamente vinculados con sujetos con Trastornos de la Personalidad, especialmente el Trastorno Límite. Al tener alterada esta capacidad los sujetos con TP son más propensos a tener conductas impulsivas, desregulaciones emocionales, conflictos interpersonales, y una amplia gama de patrones característicos del trastorno.

El objetivo de este artículo es revisar los postulados teóricos del concepto de mentalización, para luego dar cuenta de por qué y cómo abordar el déficit de esta capacidad en pacientes adolescentes con Trastorno del Desarrollo de la Personalidad, haciendo un mayor énfasis en los Trastornos Límites de la Personalidad (TLP). De la misma manera, se abordará la evidencia empírica que respalda la efectividad del trabajo de la mentalización en estos.

MENTALIZACIÓN

Concepto

La capacidad de mentalización se podría definir, en términos generales, como la capacidad de comprender e interpretar el comportamiento humano, tanto propio como de los demás, en término de estados mentales, como sentimientos, creencias, y deseos (3). La mentalización se da en la relación con el otro, comienza con la curiosidad, que es el genuino interés por el otro, y continúa al percatarse o constatar que uno no sabe lo que el otro está pensando.

El poder mentalizar de una forma efectiva implica las siguientes características (4):

- Tener curiosidad sobre los estados mentales tanto propios como de los demás.
- Tener conciencia sobre el impacto de los propios estados mentales en otros.

- Tener conciencia de que los estados mentales son “opacos”, es decir, que solo podríamos inferirlos ya que estos son invisibles.
- Abrirse a la posibilidad de que existen perspectivas distintas.
- Tener una actitud no-paranoica.

Este concepto surge a partir de la teoría psicoanalítica y la teoría del apego, en conjunto con estudios neurocientíficos orientados a estudiar los procesos cerebrales subyacentes a esta capacidad, así como también investigaciones evolutivas sobre el desarrollo de la mentalización y las posibles alteraciones de estas que desencadenarían diversas psicopatologías (5). La capacidad de mentalizar no solo permite comprender el comportamiento propio y el de los demás, sino que también es posible predecir sentimientos e intenciones subyacentes. El concepto surge también, a partir de la teoría de la cognición social, involucrando procesos metacognitivos y afectivos, de manera que la capacidad de mentalizar implica también la posibilidad de contener y regular experiencias, y dar sentido a las emociones y sentimientos (6).

Los estudios a partir de imágenes cerebrales han podido dar cuenta de que la mentalización es una capacidad dinámica, directamente afectada por eventos que causan algún nivel de estrés o activación (3). De esta manera la mentalización no podría ser considerada como una habilidad o un rasgo único, sino que sería una capacidad multifacética, un constructo multidimensional donde su función adaptativa reside en la flexibilidad de equilibrar varias dimensiones para poder procesar la experiencia, particularmente en el contexto de relaciones de apego específicas (3, 5). Cada una de dichas dimensiones está relacionada con un sistema neural distinto, las cuales en su conjunto forman parte de una compleja matriz de cognición social:

1. **Automática/Implícita–Controlada/explicita:** Se podría decir que es la dimensión más importante, donde la mentalización controlada/explicita implica aquellos procesos mentales que requieren de mayor reflexión, atención, intención, alerta y esfuerzo; mientras que la mentalización automática/implícita, al contrario, implica procesos más rápidos, que requieren de poca o nula atención, intención, alerta y esfuerzo (3). En las interacciones sociales cotidianas por lo general predomina una mentalización automática, especialmente con quienes se posee vínculos seguros ya que sería innecesario estar en un constante estado de reflexión, o mentalización controlada. Sin embargo, habrá situaciones en que se hace necesario

pasar a un estado de mentalización más controlada, demostrando así una flexibilidad adaptativa ante las diversas interacciones. Por lo tanto, un alto nivel de mentalización implica ser consciente de poder adaptarse de forma flexible a las interacciones y poder intercambiar de una mentalización más automática a una más controlada. Al contrario, las dificultades en la mentalización se generan cuando esta se basa solo en supuestos automáticos sobre el sí mismo y los demás, siendo mucho más difícil entender y reflejar las propias experiencias y la de los demás, sin haber espacio para la reflexión (3, 4).

2. **Focalizada internamente-Focalizada externamente:** Podría considerarse como la segunda dimensión más importante, donde la mentalización focalizada en lo interno se refiere a los procesos mentales tanto propios como de los demás (afectos, deseos, pensamientos, etc.), mientras que la focalizada externamente se refiere a los procesos mentales inferidos solamente a partir de las expresiones faciales u otro tipo de rasgos visibles, tanto propios como de otros. Por ejemplo, existen individuos que parecieran tener serias dificultades para comprender los estados mentales internos de otros, pero aun así, parecieran ser hipersensibles a las emociones reflejadas a partir de los rasgos faciales o la postura corporal. Por otro lado, otros sujetos presentarían una mayor facilidad para comprender los estados mentales internos tanto propios como de los demás, no obstante carecer de la habilidad para leer las emociones a partir de las expresiones faciales (3, 5).
3. **Orientada al sí mismo-Orientada a otros:** Si bien las dificultades en la mentalización se pueden manifestar de diferentes maneras, es importante considerar las siguientes formas dentro de esta dimensión. Esta se puede expresar como una dificultad para mentalizar en ambas dimensiones, tanto en el sí mismo como en los demás. Una segunda dificultad es que exista un desequilibrio en estas dimensiones, ya sea orientándose más hacia el sí mismo que hacia los demás, o viceversa. Como tercera dificultad sería el desequilibrio entre dos sistemas que permiten mentalizar sobre sí mismo y sobre otros. Uno de estos sistemas sería más visceral o menos meditado, lo cual refleja procesos más automáticos y externos, mientras que el otro sistema sería más abstracto y simbólico que razonaría sobre los propios estados mentales de una manera más controlada (3, 5).
4. **Cognitivo-Afectivo:** El ser capaz de mentalizar, además de lo planteado anteriormente, también implica ser capaz de integrar el área cognitiva con

la afectiva. Por un lado se encontrarían aquellos aspectos relacionados con la toma de perspectiva (siendo un proceso más controlado) y, por otro, donde predomina una dimensión afectiva más automática. Existen diversos tipos de psicopatología que pueden manifestarse ya sea a través de un sobreénfasis en aspectos cognitivos o afectivos, o bien en una dificultad para integrar ambos (3, 5).

Relación con apego

El poder mentalizar no sería una capacidad innata, sino más bien debe ser entendido como un logro evolutivo, donde la calidad de las primeras relaciones de apego sería un factor fundamental para su desarrollo (3). Los recién nacidos son incapaces de poder regular sus propias emociones por sí mismos, por lo que necesitan de un cuidador que efectivamente pueda comprender sus necesidades y responder a sus cambios emocionales (7). Ahora bien, esto solo podría ser logrado en la medida que el cuidador sea capaz de reflejar la experiencia de una forma marcada y entonada afectivamente, es decir, la madre representa en su mente el estado mental del infante y el bebé internaliza esta representación (3, 4, 6).

En la literatura se describe que la oxitocina es un mediador en la relación entre apego y mentalización, ya que suele presentarse en niveles elevados en mujeres durante el parto y la lactancia, donde el entonamiento afectivo con el bebé es particularmente importante (3, 8). Diversos estudios indican que un apego seguro estaría asociado con altos niveles de oxitocina (8, 9), mientras que personas que han sufrido de trauma o maltrato tendrían bajos niveles de este neuropéptido (10, 11). Siguiendo en esta línea, se postula que en el caso de un apego seguro, un alto nivel de oxitocina en los padres en presencia de sus hijos aseguraría una instancia más mentalizadora, caracterizada por respuestas contingentes y marcadas afectivamente. Esta instancia fomentaría la posibilidad de que el niño pueda crear sólidas representaciones simbólicas sobre sus propios estados mentales, lo cual contribuiría al desarrollo de la mentalización. En cambio, reducidos niveles de oxitocina en los padres están ligados a apegos inseguros en sus hijos, lo cual puede llevar a respuestas parentales no mentalizadoras (no contingentes ni marcadas afectivamente), generando estrés en sus hijos. Esto traería como consecuencia una falla en el niño en poder internalizar sus propios estados mentales, donde la capacidad de mentalización se vería torcida, especialmente en situaciones de estrés o en que las relaciones de apego se vean amenazadas. En estas circunstancias

los estados mentales serían actuados más que experimentados, lo cual puede generar importantes consecuencias cuando las relaciones más significativas no se comportan según las expectativas del sujeto (3).

MENTALIZACIÓN EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Apego, mentalización y trastornos de la personalidad

Siguiendo los postulados de Bowlby, el hecho de que las primeras experiencias entre el cuidador y el bebé sirven para organizar futuras relaciones de apego ayuda a comprender la psicopatología de los TP (12). Diversos estudios comprueban distorsiones considerables en las representaciones de apego en sujetos con TP, particularmente en aquellos con Trastorno Límite. En estos, los tipos de apego preocupado y desorganizado son los más frecuentes, los cuales están asociados a experiencias de trauma no elaboradas, así como también a una reducida capacidad de mentalización y función reflexiva (13-15).

Neurobiología de la mentalización en trastornos de la personalidad

Existe una amplia bibliografía que relaciona la capacidad de mentalización con ciertas áreas cerebrales, que se ven especialmente alteradas cuando se presentan en sujetos con TP (15).

Existe evidencia que demuestra que la corteza prefrontal estaría involucrada cuando se requiere inferir representaciones implícitas de los estados mentales de otros (16). Áreas como la corteza prefrontal mesial, la unión parieto-temporal, y los polos temporales estarían activadas cuando los procesos de mentalización se manifiestan. Y estas áreas se observan comprometidas en pacientes con TP, principalmente Límite, en aquellas pruebas que buscan medir apreciación de confianza, interpretación del significado de expresiones faciales, ejecutar juicios morales, y en atender e identificar las propias emociones (15).

Manifestaciones clínicas

Los TP presentan inhibición en la capacidad de mentalizar, por lo que surgen modos regresivos de experimentar la realidad interna, previos al desarrollo mismo de la mentalización. Esto se ve manifestado en; 1) importante fragilidad para regular los procesos afectivos, característico de los Trastornos Límites, donde existe una mayor vulnerabilidad a padecer afectos y experiencias

negativos, las cuales además son vividas como “catastróficas” y con imposibilidad de ser contenidas o ayudadas; 2) Dificultades en la atención y en el autocontrol en aquellas actividades que requieren de una atención sostenida, o un procesamiento más controlado y detenido de la información, de modo que se hace difícil inhibir aquellas ideas que son ajenas y/o periféricas a las tareas que se están ejecutando debido a la impulsividad y conductas erráticas, especialmente cuando se encuentran bajo estrés; 3) Frente a las relaciones y encuentros interpersonales íntimos e intensos, existiendo una mayor vulnerabilidad a inferir erróneamente los estados mentales propios y de los demás. Cuando esto sucede surgen modos prementalizantes de funcionamiento, lo cual genera desorganizaciones en la percepción de las relaciones, así como también una anulación de la experiencia de coherencia interna (15); 4) el riesgo suicida se ve aumentado debido a serias dificultades para modular los afectos, junto con vivencia “catastrófica” mencionada anteriormente (6).

Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad

El objetivo principal de la Terapia basada en la Mentalización (TBM) es fortalecer esta capacidad, para así fomentar el desarrollo de un sentido coherente del *self* y mejorar las relaciones interpersonales. Además, secundariamente se reduce el riesgo suicida (4, 6). El tratamiento consta de tres fases que se divide en evaluación, fase media donde se estimula el trabajo de la mentalización, y la fase final donde se trabaja la terminación del tratamiento (4).

Existen diversos estudios empíricos que prueban su efectividad con resultados favorables en la reducción de riesgo suicida, de autodaño, síntomas depresivos, mejoría en las relaciones interpersonales, en el ajuste social y de TLP (6).

Factores asociados a trastornos de la personalidad en la adolescencia

Existe evidencia suficiente que indica que a pesar de las controversias en relación con el uso del diagnóstico de TP en la adolescencia (17), las alteraciones en el desarrollo de la personalidad son una forma significativa de psicopatología en esta etapa etaria (18). Para apoyar esta afirmación se han realizado estudios que muestran que los adolescentes poseen ciertos rasgos de personalidad relativamente estables (17, 19-21).

Estudios indican que patrones duraderos de la personalidad se observan a finales de la etapa preescolar y

que en la adolescencia se evidencia una personalidad relativamente estable, lo que permite identificar interrupciones en el funcionamiento normal de la personalidad del adolescente (19).

Actualmente existe consenso respecto a que el temperamento en la infancia posee una determinación biológica y por lo tanto es predictivo de los rasgos básicos de la personalidad en la edad adulta (19). Sin embargo, el entorno social puede fortalecer o debilitar el grado de expresión del temperamento, lo que permite explicar que estilos temperamentales similares puedan convertirse en personalidades patológicas o sanas (19).

Estudios respecto a la estabilidad del desarrollo de personalidad en la adolescencia indican que, independiente de la experiencia, los niveles medios de los principales dominios de personalidad como la extraversión, agradabilidad, y escrupulosidad, se mantienen relativamente estables. Esto sugiere que las dimensiones de personalidad probablemente persisten a través de distintos periodos del desarrollo, ejerciendo una influencia en la conducta y/o experiencias emocionales durante toda la vida de la persona (19).

Dentro de los factores ambientales asociados al desarrollo alterado de la personalidad se encuentran trauma severo, abuso, incesto, pérdidas tempranas (separación, divorcio o muerte de uno o ambos padres), haber tenido múltiples cuidadores, exposición a violencia, pobreza y psicopatología familiar (22).

Mentalización y trastornos de la personalidad en la adolescencia

El poder mentalizar es un logro evolutivo que comienza desde los primeros años de vida en las relaciones de apego tempranas. Sin embargo, en aquellos niños más vulnerables que han sufrido experiencias traumáticas como abuso o negligencia, o incluso que no se les mostró curiosidad por comprender sus estados mentales en sus relaciones de apego, se establecerán importantes dificultades en la posibilidad de comprender tanto los propios estados mentales como el de los demás (3).

Las regiones prefrontales, encargadas de las actividades cognitivas y del comportamiento, y el sistema límbico, encargado del estado de alerta, emociones, personalidad y actividades centradas en procesos, comienzan a alcanzar su máxima madurez en la adolescencia (23) por lo que el desarrollo de la mentalización en este momento del ciclo vital es frágil.

En términos psicológicos, la madurez de las regiones prefrontales y del sistema límbico permitirá la cognición, toma de conciencia y un funcionamiento

adaptativo, caracterizado por la capacidad de realizar juicios y planificar acciones, junto con favorecer el conocimiento de sí mismo (23).

Es precisamente en aquellos adolescentes con sintomatología propia de TP donde se aprecian importantes dificultades en la mentalización, lo cual ha sido demostrado en diversas investigaciones (24-26, 5). Algunos adolescentes con trastorno de personalidad poseen una tendencia a "hipermentalizar"; lo cual significa que son capaces de elaborar y detallar los estados internos de los otros, pero en forma incorrecta, por lo que se sugiere que aumentar la capacidad de mentalización adecuada puede ser una estrategia de tratamiento efectiva para estos adolescentes (27, 5).

Las autolesiones son frecuentes en los adolescentes con trastorno de personalidad, incluso han sido descritas como un indicador de riesgo temprano para el desarrollo de TP en la adultez (28). Estas se han considerado como síntoma de déficit en la capacidad de mentalizar, y como un intento de liberar al yo del yo ajeno, representando de manera concreta las dificultades en la gestión de las emociones fuertes y la disminución en la capacidad de asistir a los estados mentales de sí mismo y los demás (28).

INTERVENCIONES BASADAS EN LA MENTALIZACIÓN EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

Terapia Basada en la Mentalización en Adolescentes (MBT-A)

A partir de la Terapia basada en la Mentalización para adultos (MBT) (4), surge la Terapia basada en la Mentalización para adolescentes (MBT-A) (29). El objetivo de MBT-A es reducir la conducta suicida y autoagresiones, además de disminuir rasgos límites. Esto sería por medio de mejorar la capacidad de mentalización (29, 4).

El tratamiento tiene una duración de un año, siendo una terapia manualizada que consiste en sesiones individuales semanales, y sesiones familiares mensuales, las cuales también están orientadas a fomentar la capacidad de mentalización en los demás miembros de la familia. Además, se realiza tratamiento farmacológico en caso de que sea necesario. Se incluye en el tratamiento a aquellos adolescentes que hayan tenido al menos un episodio de autolesiones durante el último mes, siendo esta una de las principales características en adolescentes con TLP, aunque también se abre la posibilidad de atender a adolescentes con otras patologías similares. Por otro lado, se excluye a aquellos adolescentes con psicosis, dificultades cognitivas

(IQ<65), trastornos generalizados del desarrollo, trastornos de la conducta alimentaria y dependencia de sustancias (29).

El tratamiento se divide en 4 fases: Evaluación, Fase Inicial, Fase Media, y Fase Final. La fase de Evaluación consiste en sesiones individuales y familiares con el fin de pesquisar trastornos psiquiátricos y comorbilidades presentes, evaluación cognitiva y de la capacidad de mentalización. La Fase Inicial ya implica una formulación del caso, donde se define el plan de tratamiento, así como también las expectativas. Además se establece el contrato, Psicoeducación y el plan de crisis, el cual consiste en un protocolo de acción ante situaciones de emergencia, como por ejemplo autoagresiones. La Fase Media consiste en el tratamiento propiamente tal, teniendo como foco principal el trabajo en la mentalización tanto en el paciente como en la familia, además de intervenir en otras áreas de conflicto como autoagresiones, consumo de sustancias o conducta agresiva. Por último, la Fase final tiene como objetivo fomentar la independencia y responsabilidad del paciente, consolidar la estabilidad relacional, y ayudar al paciente a predecir futuras dificultades (28).

Evidencia en intervenciones basadas en la Mentalización en Adolescentes

Hoy en día existen dos estudios sobre MBT-A, un estudio piloto para intervenir en adolescentes con TLP (30) y un Estudio clínico randomizado (ECR) (29). El primero, que fue ejecutado por Laurensen *et al.*, tiene como objetivo principal el reducir sintomatología límite en pacientes adolescentes hospitalizados con TLP a partir de un modelo basado en MBT-A pero con algunas modificaciones, las cuales consistían en que los adolescentes debían asistir al colegio como obligación, las sesiones familiares se realizaban cada tres semanas, y el programa era residencial. La sintomatología límite se midió a partir del SCID-II, donde se consideraron aquellos adolescentes que tenían entre 2 a 5 criterios de TLP. Los resultados arrojan una reducción de la sintomatología significativa después de los 12 meses (30).

El segundo estudio es un ECR en adolescentes con autoagresiones y conductas suicidas, donde además se evalúa, como objetivo secundario, la sintomatología depresiva y de TLP. Dicho estudio constó de una muestra de 80 adolescentes entre 12 y 17 años, donde 40 sujetos recibieron MBT-A y otros 40 recibieron Tratamiento Usualmente Asignado (TAU). Los resultados indican que MBT-A es más efectivo que TAU en la reducción de autoagresiones y conductas suicidas, así como también en sintomatología depresiva. Si bien en

ambos grupos se apreció una reducción en sintomatología límite, en los adolescentes que recibieron MBT-A, esta reducción fue más significativa (29).

Postura y técnicas de Mentalización para Adolescentes

Antes de mencionar algunas técnicas de mentalización en adolescentes es necesario destacar que se debe mantener una postura orientada a la mentalización de manera constante por parte del terapeuta, donde construye y deconstruye continuamente una imagen del paciente en su mente, con el fin de comprender qué es lo que siente y por qué. De esta manera tanto el paciente se encuentra en la mente del terapeuta, y este en la mente del paciente, construyendo así un proceso mentalizador (4, 28).

Las siguientes técnicas son usadas a lo largo del trabajo terapéutico:

- a. *Intervenciones de contención y empatía:* Principalmente para establecer contacto emocional y una alianza terapéutica. Al comienzo esta técnica es usada casi de forma exclusiva, aunque cada vez que el paciente falle en su capacidad de mentalizar se debe volver a esta actitud para así comprender los procesos afectivos que llevaron a dicha falla (2).
- b. *Clarificación y Elaboración:* Con el objetivo de darle un sentido al comportamiento de los adolescentes, es de especial importancia mantener un uso activo de esta técnica para así ir reconstruyendo los eventos que llevaron al adolescente a perder su capacidad de estar consciente tanto de sus estados mentales como del resto. Junto con esto, se van elaborando los afectos presentes en el relato a medida que el terapeuta ayuda a elicitarlos. De esta manera se busca despejar aquellos afectos más profundos que pueden no manifestarse aparentemente, y así identificar el contexto interpersonal en que estas emociones fueron gatilladas, pues precisamente los adolescentes suelen mezclar y desorganizar los afectos (28, 2).
- c. *Mentalización Básica:* Podría resumirse en lo siguiente: “alto, escucha, observa” y “alto, retrocede, explora” (2). Suele aplicarse especialmente cuando ha sucedido algo en la interacción con el paciente y es necesario volver atrás para comprender qué fue lo que sucedió. Por lo general se aplica cuando se ha perdido la capacidad de mentalizar, por lo que se hace necesario explorar qué fue lo que sucedió para llegar a dicho punto. Por ejemplo cuando el adolescente ya no quiere hablar de un

cierto tema y responde “ya filo, no importa”, lo cual podría ser un indicador de que algo sucedió en la interacción y el paciente no se sintió comprendido por el terapeuta (28, 2).

- d. *Trazadores de Transferencia*: el concepto de “transferencia” en MBT-A no se refiere precisamente a los procesos inconscientes que se transmiten en la relación de terapeuta-paciente, sino más bien a todas las relaciones de la vida del paciente en el “aquí y en el ahora”, y los afectos que se gatillan a partir de estas interacciones. Por lo tanto el actuar terapéutico deberá percatarse de cómo se van desencadenando dichos afectos hasta que lleguen a una distorsión en la mentalización (28, 2).
- e. *Interpretación de la Mentalización*: Una vez clarificado y elaborado el relato y los afectos gatillados, se podrá entender la perspectiva del adolescente. Ahora bien, si no existe mucha tensión en la interacción terapéutica, se podrá invitar a ver y considerar otras perspectivas para que así el paciente pueda pensar sobre cómo otras mentes tienen distintas perspectivas, o cómo son impactados por otros, ya sea por sus pensamientos o sentimientos. Esto debe hacerse de forma cuidadosa para así no pasar por alto los afectos del paciente (28, 2).
- f. *Mentalizando la Transferencia*: La transferencia en MBT-A, como ya se mencionó anteriormente, se entiende como la interacción terapeuta-paciente en “el aquí y el ahora”, por lo que el terapeuta debe tomar responsabilidad sobre el impacto emocional que ejerce en el paciente, especialmente en los momentos en que surgen malentendidos. Para esto se debe en primer lugar validar los afectos, para así posteriormente clarificar y elaborarlos. Finalmente, si es que el terapeuta ha actuado en su transferencia, también debe aceptarlo y explicitarlo a través de sus afectos, de manera que el paciente sea capaz de reflexionar sobre otras perspectivas, incluida la del terapeuta (28, 2).

DISCUSIÓN

El conocimiento de intervenciones psicoterapéuticas que respondan a la neuroplasticidad observada en la etapa adolescente, puede permitir la remisión estable de síntomas relevantes, mejorar el funcionamiento del individuo, reducir la tasa de psicopatología y prevenir recaídas en la adultez (32).

La mentalización es definida como la capacidad de imaginar la actividad mental del otro, pudiendo percibir e interpretar la conducta humana en términos de estados mentales intencionales (por ejemplo necesidades,

deseos, sentimientos, creencias), es decir, permite mirarse a uno mismo desde afuera y a otros desde dentro. Cuando la mentalización es deficiente, como ocurre en el caso de los adolescentes con trastorno de personalidad, las cogniciones negativas autónomas se experimentan con mayor intensidad, lo que lleva a sentimientos intensos, necesidad de descarga impulsiva inmediata, desconexión de la experiencia consigo mismo y con los demás (28).

Los adolescentes que presentan una alta presencia de síntomas límites ven comprometida la satisfacción con la vida en general, y en particular, la capacidad para establecer relaciones sociales de calidad y recibir apoyo social en caso de necesidad (20).

Aquellos niños que tienen una alteración en la capacidad de mentalización estarían más vulnerables a enfrentar los desafíos evolutivos de la adolescencia. Esto quiere decir, que estarían menos preparados para integrar los cambios corporales, para manejar el aumento de la intensidad de los afectos y de la sexualidad, para lidiar con mayores exigencias de abstracción y simbolización. Todo esto mientras se enfrenta a las presiones sociales, a la necesidad de pertenencia a grupos extra-familiares, al desarrollo de la autonomía, y finalmente asumir roles y responsabilidades adultas (3).

Es precisamente la interacción entre este desarrollo vulnerable y los cambios que suelen surgir en la adolescencia donde aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad, ya que las alteraciones del sujeto estarían a un nivel de estructura mucho más profundo que una mera expresión sintomatológica, ya sea depresiva, ansiosa, o de otra índole. Por lo que el trabajar la mentalización puede resultar en un objetivo esencial para poder brindar una estabilidad en aquellos sujetos que padecen de este trastorno.

Se requiere de un trabajo psicoterapéutico profundo, basado en la evidencia, que permita el ser consciente tanto de los propios estados mentales como de los demás, para así poder mejorar la capacidad de regular las propias emociones, formar relaciones interpersonales estables, y resolver en forma exitosa los conflictos con otros.

REFERENCIAS

1. American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, Washington, DC; 2013
2. Sharp C, Tackett J. Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. New York. Springer, 2014
3. Bateman A, Fonagy P. Handbook of Mentalization in Mental Health Practice. American Psychiatric Pub (2 Ed.), Arlington, Washington, 2012

4. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004
5. Bleiberg E. Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2013; 295-330
6. Escobar MJ, Santelices MP, Peláez G. Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa Psicológica UST* 2013; 10 (1): 155-160
7. Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 2000; 48: 1129-1146
8. Heinrichs M, Domes G. Neuropeptides and social behavior: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research* 2008; 170: 337-350
9. Buchheim A, *et al*. Oxytocin enhances the experiences of attachment security. *Journal of Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1417-1422
10. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague R. Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues. *Journal of Neuropsychopharmacology* 2009; 34: 2655-2666
11. Fries AB, Ziegler T, Kurlan J, Jacoris S, Pollak SD. Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *PNAS* 2005; 47 (22): 17237-17240
12. Heim C, Young LJ, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry* 2009; 14: 954-958
13. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. The Other Press: New York, 2004
14. Patrick M, Hobson R, Castle D, Howard R, Maughan B. Personality Disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology* 1994; 6: 375-388
15. Fonagy P, Fearon P, Kennedy R, Matoon G, Steele H, Target M, *et al*. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 22-31
16. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder—a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(1): 4-21
17. Gallagher HL, Firth CD. Functional imaging of “theory of mind”. *Trends in Cognitive Science* 2003; 7: 77-83
18. Chanan A, Jackson H, McGorry, P, Allott K, Clarkson V, Yuen H. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders* 2004; 18(6): 526-541
19. Chanan A, Jackson H, McCutcheon L, Jovev M, Dudgeon P, Yuen H, *et al*. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 193: 477-484
20. Miller A, Muehlenkamp J, Jacobson C. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 969-981
21. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(9): 933-941
22. Bornoalova M, Hicks B, Iacono W, McGue M. Longitudinal-Twin Study of Borderline Personality Disorder Traits and Substance Use in Adolescence: Developmental Change, Reciprocal Effects, and Genetic and Environmental Influences. *Personal Disorders* 2013 January; 4(1): 23-32
23. Lavados J, Slachevsky A. *Neuropsicología. Bases neuronales de los procesos mentales*. Mediterráneo. Santiago, 2014
24. Ludolph P, Westen D, Mistle B, Jackson A, Wixom J, Wiss CH. The Borderline Diagnosis in Adolescents: Symptoms and Developmental History. *The American Journal of Psychiatry* 1990; 147(4): 470-476
25. Fossati A, Feeny J. Thinking about Feelings: Affective State Mentalization, Attachment Styles, and Borderline Personality Disorder Features Among Italian Nonclinical Adolescents. *Psychoanalytic Psychology* 2014; 31(1): 41-67
26. Chiesa M, Fonagy P. Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health* 2014; 8: 52-66
27. Goodman M, Siever L. Hypermentalization in Adolescents with Borderline Personality Traits: Extending the Conceptual Framework to Younger Ages. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 50(6): 536-537
28. Biskin R. Treatment of Borderline Personality Disorder in Youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013; 22(3): 230-234
29. Rossow T. *Self-Harm In Young People: Randomised Control Trial Testing Mentalization Based Treatment Against Treatment As Usual*. MD (res) Thesis University College London September 2012
30. Rossouw T, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 51(12): 1304-1313
31. Esterberg M, Goulding S, Walker E, Cluster A. Personality Disorders: Schizotypal, Schizoid and Paranoid Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal Psychopathology Behavior Assess* 2010; 32: 515-528
32. Laurensen E, Hutsebaut J, Feenstra D, Bales D, Noom M, Busschbach J. Feasibility of Mentalization-Based Treatment for Adolescents With Borderline Symptoms: A Pilot Study. *Psychotherapy* 2013; 51(1): 159-166
33. Fonseca-Pedrero P, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muniz J. Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents. *Revista Psiquiatría y Salud Mental* 2013 Jul-Sep; 6(3): 129-38
34. Dziobek I, Preibler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren H, Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage* 2011; 57: 539-548
35. Glenn C, Klonsky D. Reliability and Validity of Borderline Personality Disorder in Hospitalized Adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2013 August; 22(3): 206-211
36. Pinto A, Lexington W, Francis G, Picariello C. Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996 October; 35(10): 1338-1343