

EL APOORTE DE PETER FONAGY A LA COMPRENSIÓN DEL  
TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE

*“La realidad es lo que se nos resiste”; José Ortega y Gasset.*

Dr. Antonio Menchaca  
Psiquiatra-Psicoanalista APCH  
Director Centro Especializado en Personalidad, [www.cepe.cl](http://www.cepe.cl)  
Miembro Instituto Chileno de Trastornos de Personalidad, [www.ichtp.cl](http://www.ichtp.cl)

## RESUMEN

Peter Fonagy, psicoanalista con robusta formación empírica ha desarrollado una teoría psicoanalítica en la cual integra la teoría del apego con conceptos winnicottianos y bionianos aportando a las metáforas de estos autores con descripciones operacionalizables que han permitido el testeado empírico de estas ideas y una mejor comprensión del funcionamiento mental de pacientes con trastornos graves de la personalidad.

El concepto de mentalización es central en la teoría de Fonagy. En este trabajo se lo define y se describe en forma sucinta la teoría del desarrollo mental que lleva a adquirir esta función. Este logro necesita de una relación de apego que permita al niño internalizar aspectos del cuidador necesarios para simbolizar, autoregularse y finalmente a mentalizar.

El fallo frecuente de esta función, sobre todo cuando se activan relaciones de apego, es lo que caracteriza a los pacientes que llamamos limítrofes.

Para concluir, se hace una breve comparación de similitudes y diferencias entre la teoría de Otto Kernberg y la de Peter Fonagy.

## Summary

Peter Fonagy, psychoanalyst with strong empirical background who has developed a psychoanalytic theory that integrates attachment theory with winnicottian and bionian concepts, giving to these author's metaphors operational descriptions which has allowed empirical testing of these ideas and a better understanding of the mental functioning of patients with severe personality disorders.

Mentalization is Fonagy's theory main concept. This paper defines it and describes briefly the child's mental development which culminates with the acquisition of this function. This achievement needs an attachment relationship which allowed internalization of caregiver aspects needed to symbolized, self-regulate and finally mentalize.

Frequent failure of this function, especially when attachment relationships are activated, is characteristic of patients called borderline.

To the end, a brief comparison of similarities and differences between Kernberg's and Fonagy's theory is made.

Palabras Claves: Mentalización, Trastornos de Personalidad, Trastorno de Personalidad Limítrofe, Desarrollo Mental, Desarrollo Psíquico.

Key words: Mentalization, Personality Disorders, Borderline Personality Disorder, Mental Development, Psychic Development.

## INTRODUCCIÓN

La validez de una teoría se pone a prueba en sus límites, los bordes de una teoría permiten desafiar los preceptos centrales de ésta y producir avances en el conocimiento a través de modificaciones teóricas con mayor extensión explicativa a los fenómenos que encontramos (Goodman N, 1983). La patología limítrofe ha producido exactamente eso en el psicoanálisis, ha obligado a testear empíricamente los conceptos psicoanalíticos, ha obligado a buscar en disciplinas aledañas conceptos que enriquezcan la teorización y ha confrontado posturas distintas dentro del psicoanálisis. Esto ha producido cambios importantes en la teoría psicoanalítica que han permitido el tratamiento de pacientes antes inaccesibles o a los cuales se les produjo iatrogenia en el pasado (Fonagy P, 2005). Por otro lado, mirado desde afuera del psicoanálisis, ha permitido mantener y consolidar una terapéutica que otras corrientes teóricas disputan, a diferencia de otras patologías donde el psicoanálisis ha perdido influencia como, por ejemplo, en las neurosis sintomáticas (Schachter J, 2011).

El objetivo de este trabajo es describir brevemente los aportes que ha hecho Peter Fonagy a la conceptualización de la patología limítrofe y a su tratamiento. Fonagy, un psicólogo húngaro formado en Inglaterra con una fuerte influencia del empiricismo inglés, ha basado su teorización en la investigación empírica guiada por el psicoanálisis clínico, considerando especialmente los postulados W. Bion y D. Winnicott, junto con los conceptos de la teoría del apego de J Bowlby (Holmes J, 2006).

Comenzaré con una revisión histórica, no exhaustiva del concepto de limítrofe, para después entrar de lleno en la teoría de Fonagy, finalizaré con una contrastación con otra teoría psicoanalítica importante para la comprensión de lo limítrofe, como es la de Kernberg, que incluirá mi visión de sus diferencias y similitudes y las implicancias que éstas tienen para la práctica clínica.

## REVISIÓN HISTÓRICA

Lo limítrofe es un concepto que ha tenido una definición poco clara en el psicoanálisis y a la vez con acepciones distintas que lleva a que cada vez que alguien se refiere a lo

límitrofe debiera explicitar el marco de referencia que está usando para que no haya un malentendido (Fromm G, 2008).

El psicoanálisis norteamericano inserto en la psiquiatría es el que más ha tratado de delimitar el concepto, en un esfuerzo de aumentar la confiabilidad diagnóstica entre evaluadores (psiquiatras generales).

Se puede identificar la idea de lo límitrofe en Freud, a pesar que él no utilizó el término. En "Neurosis y Psicosis" (S. Freud, 1924) escribió: "El yo tendrá la posibilidad de evitar la ruptura hacia cualquiera de los lados deformándose a sí mismo, consintiendo menoscabos a su unicidad y eventualmente segmentándose y partiéndose. Las inconsecuencias, extravagancias y locuras de los hombres aparecerían así bajo una luz semejante a la de sus perversiones sexuales; en efecto: aceptándolas, ellos se ahorran represiones". Aquí Freud parece adelantarse al mecanismo de la escisión, que discutirá en mayor extensión en su artículo "Fetichismo" (S. Freud, 1927), en "La escisión del yo en los procesos defensivos" (S. Freud, 1940) y "Esquema del psicoanálisis" (S. Freud 1940), que para muchos es el mecanismo central de la patología límitrofe. También alude a las extravagancias y locuras que actualmente se asocian a lo límitrofe.

La primera descripción clínica de lo límitrofe como una entidad, fue hecha por Adolf Stern en 1938. Él se refería a pacientes que tenían en común una pobre respuesta al tratamiento analítico, con una fachada externa de buena adaptación, pero eran profundamente perturbados. La presentación clínica consistía en "una patología narcisística severa, hemorragia psíquica (tendencia a colapsar bajo estrés), hipersensibilidad, rigidez psíquica, tendencia a reacciones terapéuticas negativas, sentimientos de inferioridad, masoquismo (visto como un llamado al terapeuta de cuidar y proteger al paciente), inseguridad "somática" o ansiedad, amplio uso de mecanismos proyectivos y dificultades en la función de realidad" (Rockland L, 1992).

Hubo que esperar hasta 1954, en que Robert Knight, quien trabajaba con pacientes hospitalizados, hizo observaciones similares a las de Stern. Él los consideró esquizofrénicos límitrofes. Los describió con graves debilidades en funciones yoicas cruciales tales como, "pensamiento lógico, planificación realística, relaciones objetales y adaptación al medio, y uso frecuente de defensas primitivas como la proyección y la negación" (Rockland L, 1992).

En una serie de artículos entre 1960 y 1970, John Frosch describió pacientes con patología intermedia entre la neurosis y la psicosis que denominó carácter psicótico, "este se diferencia del neurótico en tres áreas cruciales: 1) Naturaleza del peligro: Para el neurótico la castración y la humillación narcisista son el principal peligro, mientras que

para el carácter psicótico son la pérdida del sí mismo y la disolución psíquica, 2) La naturaleza de las defensas: El neurótico se caracteriza por el uso de represión, desplazamiento y formación reactiva, mientras que el carácter psicótico usa proyecciones e introyecciones masivas, identificación proyectiva, escisión y negación masiva y 3) Estado de las funciones del yo: Las personas con carácter psicótico son vulnerables a estados alterados del sí mismo, tienen dificultades con la realidad en sus tres aspectos (relación con la realidad, sentimientos de realidad y prueba de realidad). Frosch creía que este cuadro estaba relacionado con la esquizofrenia” (Rockland L, 1992).

En 1967, Otto Kernberg publicó un artículo muy influyente en el psicoanálisis que definió la organización de personalidad limítrofe como una entidad en sí misma, diferenciándola de la neurosis y de la psicosis. No como una variante de la esquizofrenia o enfermedad maniaco depresiva (Kernberg O, 1967). Para definir el cuadro utilizó una integración de conceptos psicoanalíticos provenientes tanto de la psicología del yo como de la teoría de relaciones objetales kleiniana, dándole un especial énfasis al diagnóstico de la estructura del yo para intervenir psicoanalíticamente. Esto llevó a modificaciones en la técnica psicoanalítica que tomó en cuenta la estructura yoica de estos pacientes para poder hacer una terapia exploratoria.

Su concepto de organización de personalidad ha sido muy influyente en el mundo psicoanalítico, especialmente norteamericano, y sus recomendaciones técnicas también, siendo incorporadas a muchos tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos.

Delineó la organización limítrofe sobre la base de tres constructos psicoestructurales principales: 1) Integración alterada de la identidad, 2) Predominio de defensas primitivas centradas alrededor de la escisión y 3) Mantenimiento de la prueba de realidad, aunque frágil (Kernberg O, 1984)

Roy Grinker, norteamericano, quien se analizó con Freud, hizo el primer estudio empírico con pacientes limítrofes y facilitó en 1968, los primeros criterios con base empírica: a) Fracaso en la construcción de la propia identidad, b) Relaciones anaclíticas, c) depresión basada en la soledad y d) Predominio de manifestaciones de ira (Gunderson J, 2002).

Un poco después, Gunderson desarrolló una entrevista estructurada para diagnosticar la personalidad limítrofe en forma fiable que posteriormente Spitzer usó para construir los criterios del DSM III para trastorno de personalidad limítrofe.

El concepto de limítrofe había pasado de ser una organización de personalidad a un síndrome para terminar, siendo un trastorno (Gunderson J, 2002).

## EL APORTE DE PETER FONAGY

Fonagy, un psicoanalista e investigador de la tradición empírica inglesa, ha hecho una integración del concepto bioniano de función alfa con un claro tinte winnicotiano y de la teoría del apego de Bowlby para acuñar el concepto operacional (Hempel C, 1966) de **Mentalización o Función reflexiva** (Holmes J, 2006). La conceptualización que Fonagy hace de un paciente limítrofe es de alguien que pierde gravemente y en forma relativamente prolongada la capacidad de mentalizar en relaciones de apego activadas, esto explica el relativo buen funcionamiento de estos pacientes en ciertos momentos y las “locuras” que hacen, piensan o sienten en otros momentos; también da cuenta de la perplejidad del clínico que ve como la persona razonable que tiene al frente, en cuanto la terapia lleva un tiempo relativamente breve pierde la capacidad de reflexionar y se comporta como un psicótico. Esto puede suceder en pacientes que no son limítrofes, pero en forma más focalizada a sus áreas de conflicto (Bateman A, 2005).

El concepto central de la teoría de Fonagy es el de mentalización que implica entender las acciones propias y de los otros sobre la base de estados mentales intencionales, tales como deseos, sentimientos y creencias, implica el reconocimiento que lo que **está en la mente**, “**está en la mente**”, implica entender implícita y explícitamente a uno mismo y a los otros en términos de estados mentales y procesos mentales (Bateman A, 2005, Allen J, 2006).

Para Fonagy la capacidad de mentalizar es un logro evolutivo que se desarrolla dentro de una relación de apego.

A la base de la mentalización está el **Mecanismo Interpretativo Interpersonal (MII)** que para Fonagy es un mecanismo neural que se forma por la interacción entre un niño capacitado genéticamente y el cuidador que lo tiene en mente como un ser que tiene mente o capacidad de tenerla, esta teoría la elabora en respuesta a investigaciones empíricas que no son explicadas satisfactoriamente por la teorías genetistas ni por las teorías psicoanalíticas, que consideran los primeros años de vida como una plantilla de los años posteriores. Lo central de estos primeros años es desarrollar el MII, a modo de función alfa bioniana que va a permitir a la persona procesar los estímulos ambientales, en especial los interpersonales, a su vez el MII sería capaz de modificar la expresión génica, un mediador entre lo psicosocial y lo neural/corporal en una compleja y sutil interacción biología-ambiente (Fonagy P, 2004).

## APEGO Y MENTALIZACIÓN

Mentalización y apego están relacionados en forma indirecta. Las emociones intensas en relaciones de apego (positivas o negativas) desactivan la capacidad de mentalización y por otro lado, la seguridad estable no produce la necesidad de mentalizar. Para explicar esta aparente paradoja, Fonagy propone tres características de las relaciones de apego seguro que promueven la mentalización:

- 1) Es necesario que haya un ambiente seguro y benevolente para que el niño pueda explorar la mente de la madre cuando se necesita, especialmente en momentos de falla materna o de conflicto moderado. Hay evidencia que la capacidad de los padres de mentalizar en situaciones de apego fomenta el apego seguro en el niño.
- 2) Un apego seguro provee una estimulación positiva que redundando en la disposición a mentalizar y
- 3) En una relación de apego seguro, la figura de apego está continuamente mentalizando al niño en el contexto de estresores comunes y esto activamente estimula la mentalización en él. Es decir, una madre ayuda a desarrollar la capacidad de mentalizar de su hijo a través de situaciones de estrés y angustia rutinarios.

En resumen, los niños con apego seguro no necesitan activar el apego con demasiada frecuencia, lo que les permite ejercitar la exploración de la mente de su madre sin temor a equivocarse, esto favorece el desarrollo de la mentalización en el niño. Por esta razón, cuando la figura de apego falla gravemente se producen alteraciones significativas en la capacidad de mentalizar en una o más áreas de la vida mental, por ejemplo, hay evidencia empírica que el resultado de las relaciones de pareja depende de la capacidad de mentalizar en las relaciones de apego y no de la capacidad de mentalizar en general. (Fonagy P, 2006)

Los niños con apego inseguro necesitan monitorear más frecuentemente el estado mental del cuidador, lo que no les permite ejercitar sus habilidades de mentalización.

A continuación, voy a describir en mayor detalle la teoría del desarrollo de Fonagy para después mostrar lo que según este autor se altera en la patología limítrofe

## ESTADOS TEMPRANOS DEL DESARROLLO DEL SÍ-MISMO

En el desarrollo normal, el niño pasa por cinco niveles progresivos del sí mismo como agencia: Físico, social, teleológico, intencional y representacional.

a.- Físico: Comprende una apreciación de los efectos de acciones sobre cuerpos en el espacio. El niño comienza a entender que él es una entidad física con fuerza, que es la fuente de la acción y es un agente cuyas acciones pueden producir cambios en los cuerpos con los que tiene contacto físico inmediato.

b.- Social: Junto con el desarrollo como agente físico, desde el nacimiento, el niño interactúa activamente con sus cuidadores. En estos intercambios, la conducta del bebé produce efectos en las conductas y emociones de sus cuidadores. El agente social implica saber, al menos, que el propio despliegue comunicativo puede producir efectos a distancia, en el ambiente social.

c.- Posición Teleológica: Alrededor de los 8-9 meses de edad, los bebés comienzan a diferenciar acciones de sus resultados y a pensar en acciones como un medio para conseguir un fin. Este es el comienzo de entenderse a sí mismos como agentes teleológicos, que pueden escoger la manera más eficiente de conseguir una meta desde un grupo de alternativas. A este nivel, la persona juzga la conducta en relación al resultado físico y de ahí infiere el estado mental y no al revés, que el estado mental determina las conductas, por ejemplo, si alguien me produce dolor (físico o psíquico) es porque “quiso” dañarme y no como una consecuencia indeseada, un accidente u otra razón. Muchos pacientes limítrofes están en esta posición cuando se sienten atacados por una intervención terapéutica que los angustió o hizo sentir mal, sienten que el terapeuta “quiso” hacerles daño.

d.- Agente intencional: Al segundo año de edad, los niños pueden reconocerse como agentes intencionales. Esta es una forma mentalista de aprehensión del mundo, en la que el niño puede distinguir sus deseos como distintos de los deseos de otros. A pesar de poder distinguir los deseos, a esta edad el niño no es capaz de diferenciar las creencias.

e.- Agente representacional: Alrededor de los 3 a 4 años de edad, el niño considera los estados mentales epistémicos, que se refieren a conocimiento sobre algo, por ejemplo, las creencias que una persona pueda tener. A los seis años de edad, el niño es capaz de organizar coherentemente sus actividades y experiencias en un orden coherente causal y temporal, es decir, es capaz de tener una memoria autobiográfica (Fonagy P, 2004)

## DESARROLLO SIMBÓLICO Y MENTALIZACIÓN

Se considera que una vivencia es experimentada como agente completo en interacciones sociales sólo cuando las acciones del sí mismo y de otros se pueden entender como

iniciadas y guiadas por supuestos que involucran emociones, deseos y creencias de los participantes.

Para que este proceso del desarrollo comience deben emerger denominaciones para cada estado mental, por ejemplo: La denominación miedo, que es una representación de segundo orden que debe aproximadamente co-extender (Tener la misma extensión referencial) con la experiencia fisiológica, cognoscitiva y conductual, representación de primer orden, que usualmente llamamos miedo. La representación de segundo orden "etiqueta" la de primer orden en una forma útil para el niño, es el **protosímbolo**, como Fonagy la llama, de la de primer orden. La mayoría de los modelos de desarrollo psicoanalíticos han asumido que representaciones de segundo orden de estados internos emergen simplemente sobre la base de experiencias acumulativas. Para Fonagy, la evidencia disponible de investigación con niños no permite sostener esas hipótesis, él postula un modelo diádico del desarrollo del sí-mismo, donde la capacidad del niño para crear una imagen coherente de sí mismo es dependiente de una experiencia de ser claramente percibido como una mente por la figura de apego (Fonagy P, 2004).

Voy a presentar en más detalle lo expuesto: El bebé nace con un **mecanismo detector de contingencias** entre su activación motora y las percepciones consecuentes (La actividad del bebé provoca un cambio en el ambiente que puede ser percibido por éste). Durante los tres primeros meses de vida este mecanismo se centra en los eventos que tienen contingencia perfecta, esto se ejemplifica a través del siguiente experimento: El bebé de hasta tres meses prefiere observar un monitor que refleja en directo como patalea en comparación con otro monitor que refleja sus mismas patadas en tiempo levemente diferido. La diferencia del grado de contingencia puede ayudar al bebé a distinguir lo propio de lo ajeno (Watson J, 1994).

Después de los tres meses comienzan a preferir los eventos de alta contingencia pero no perfecta, como lo son los que se producen entre un bebé y una madre sensible. El detector de contingencias tiene un mecanismo que analiza la contingencia y tiende a maximizarla, a que aquella no perfecta tienda a la perfección. En experimentos, se ha observado, que bebés de más de tres meses que tienen un móvil atado a un pie tienden a disminuir el pataleo del pie que no produce el movimiento del móvil y a aumentar el movimiento del pie que si produce movimientos, de esta forma se maximiza la contingencia porque el bebé logra que con cada acción suya se produzca un movimiento del móvil, así el bebé puede aprender a detectar causalidad, el móvil se mueve por el pataleo de uno de sus pies y no por el del otro (Watson J, 1972).

Para Fonagy este mecanismo innato de detección de contingencias estaría a la base de la **teoría de retroalimentación biosocial del espejamiento del afecto**. Esta teoría se basa en

la tendencia innata de las madres de espejar<sup>1</sup> (*mirroring*) la expresión afectiva de sus hijos y en la experiencia clínica acumulada en los tratamientos de biofeedback, en los cuales una señal externa, por ejemplo, un monitor que muestra la presión arterial del sujeto, se asocia a sensaciones corporales que hasta el momento el sujeto no había advertido, hasta llegar a determinar con buena aproximación la presión arterial a través de estas señales e incluso modificarla a través de cambios corporales.

El modelo es el siguiente: Cuando el bebé tiene una emoción, en especial una de carácter displacentero, la mamá espeja esa emoción al bebé, pero de una forma algo exagerada e incongruente, **marcada** (una especie de como sí), de tal forma que el bebé, por un lado, “se da cuenta” que la mamá no la está sintiendo y por otro reconoce la emoción espejada porque la ha observado en otras oportunidades (rabia, angustia, etc.). Esta emoción que la mamá expresa, dado que está marcada, el niño no la atribuye a la madre inmediatamente sino que “suspende” la atribución (desacoplamiento del referente). A través del mecanismo de detección de contingencias y su tendencia a la maximización el bebé percibe que él tiene control sobre esta expresión materna (de la misma manera que con el móvil), lo que es placentero para el bebé, contrarrestando el displacer y a la vez dado, el alto grado de contingencia entre la expresión marcada de la madre y la conducta expresiva emocional del bebé, **éste tiende a sentir que la emoción expresada por la madre es de sí mismo (anclaje referencial)**. Durante el proceso de maximización de contingencia, que es placentero, el bebé va modificando su expresión emocional displacentera, produciendo colateralmente un efecto tranquilizador adicional al que produce la madre que realiza una acción específica para tranquilizarlo. El anclaje referencial junto con la similitud entre la expresión afectiva marcada de la madre y la expresión afectiva verdadera de la madre (que ha sido observada en otras situaciones) hace que el bebé pueda ponerle un nombre a la expresión psicofisiológica expresada por él y espejada por la madre (protosímbolo).

Todo este mecanismo de inicio de la simbolización que se da entre madre e hijo debe producirse en un ambiente seguro para el bebé. A su vez el mecanismo de retroalimentación tranquiliza al niño a través de la sensación de poder y le permite seguir beneficiándose de este intercambio, produciendo un círculo virtuoso, que lleva a una disminución de la excitación psicofisiológica. En resumen, el niño que presenta una excitación psicofisiológica innominada, a través del mecanismo de maximización de contingencias logra una placentera sensación de poder sobre la madre sensible, la madre lo ayuda a tranquilizarse en el momento a través de mecanismos adecuados (alimentación, cercanía, tacto, etc.), y con el espejamiento desacoplado, el niño logra ponerle un nombre al fenómeno y darse cuenta que le pertenece al sí mismo e internalizar los mecanismos

---

<sup>1</sup> 1. Preferí usar espejar en vez de reflejar, porque me parece que tiene menor ambigüedad

tranquilizadores que la madre le aportó, por supuesto este es un fenómeno que ocurre a cada momento. Todo esto refuerza el apego con la madre o un cuidador determinado.

Hay evidencia empírica considerable que apoya lo expuesto, por ejemplo: La transmisión generacional del apego seguro se logra normalmente a través una alta capacidad reflexiva de la madre en relación a relaciones vinculares pasadas. En un estudio (Koren-Karie N, 2002) se les pidió a las mamás que narrasen un video que mostraba un juego en que ellas recién habían participado con sus niños. Las madres que fueron capaces de ver la experiencia desde el punto de vista del niño y hacer *insights* al respecto, tuvieron más probabilidad de tener apego seguro que las que tenían preconcepciones al respecto y las trataban de imponer sobre el niño o que estaban distanciadas del niño. El apego desorganizado se correlacionó con madres incoherentes que cambiaban entre las categorías recién descritas y que no se ajustaban a ninguna de éstas (Fonagy P, 2004).

## ESTADOS DE PREMENTALIZACIÓN

Paralelo al desarrollo del sí mismo descrito más arriba, se producen estadios tempranos de darse cuenta de los estados mentales, estos aparecen de dos modos:

Modo de Equivalencia Psíquica: Hace equivalente el mundo interno con el mundo externo, si existe en la mente debe necesariamente existir afuera. No hay diferencias en perspectiva porque lo externo es isomórfico con lo interno. Este modo de experimentar el mundo puede ser muy estresante porque la proyección de lo interno en el mundo externo se siente fuertemente real (Bateman A, 2005). Por ejemplo, un paciente limítrofe funcionando en este modo, que siente que el terapeuta quiso hacerle daño, lo cree así, sin otra alternativa posible, puede justificar al terapeuta diciendo “lo hizo para probarme”.

Modo de Simulación (*pretend*): El estado mental del niño está desacoplado de la realidad externa o física. Para el niño su estado interno no tiene implicancias para el mundo externo, las experiencias internas están separadas del resto del yo. Un ejemplo de esto se ve en el juego del niño de dos años y medio cuando usa algún mueble como si fuera un arma, un vehículo u otra cosa, da lo mismo lo que sea en la realidad física, para él es lo que está en su mente, pero cuando alguien lo confronta con la realidad física externa, el niño no puede seguir jugando, para que el juego funcione tiene que mentalmente separarlo de la realidad física. Este modo se puede apreciar en algunos pacientes con trastorno de personalidad grave que tienen ideación suicida, en que no son capaces de apreciar lo que es la muerte, es como que piensan que un acto suicida no condujese a la muerte real, dicen cosas como “no lo hice porque me habrían hospitalizado”, si se va a morir ¿por qué teme ser hospitalizado?

La madre ayuda al niño a desarrollar el modo de simulación a través de la externalización marcada de la experiencia del niño en una relación de apego. Mecanismo parecido al descrito más arriba de retroalimentación biosocial, en la cual la madre espeja el sentimiento del niño marcadamente, produciendo un desacoplamiento de la realidad (no es real lo que la mamá siente, pero parecido a la realidad), esto permite al niño “vivir” el afecto sin consecuencias en la realidad, en una forma simulada, así también la madre “enseña” al niño el manejo de la situación en forma desacoplada y sin consecuencias, permitiéndole al niño “ensayar” en forma de juego la regulación de sus afectos. Este mecanismo de externalización se internaliza, lo que permite posteriormente al sujeto hacerlo por sí mismo, por ejemplo: En el juego, en fantasías conscientes y/u obras de arte.

Ninguno de los dos modos, ni el de equivalencia psíquica ni el de simulación pueden crear experiencias internas que tengan una cualidad total de realidad interna. El de equivalencia psíquica es demasiado real y el de simulación demasiado irreal. Para llegar a la mentalización, el niño debe integrar los dos modos, en el que los sentimientos y pensamientos se pueden experimentar como representaciones.

La integración se produce paulatinamente a medida que el niño “ensaya” en el modo de simulación, por ejemplo, jugando con la madre o el cuidador las formas de manejar problemas y de regular sus emociones que muchas veces siente en el modo de equivalencia psíquica. La integración lleva a la mentalización que normalmente se produce alrededor de los cinco años de edad.

#### EL ORIGEN DE LA PATOLOGÍA LIMÍTROFE:

***“Simbad... comenzó: Lo primero que aprendí, Majestad, es que el hombre es desilusionado por la ilusión, pues cree que es la verdad, y no hay salvación para nosotros hasta que pisamos tierra firme.” Naguib Mahfuz, Las Noches de las Mil y Una Noches.***

Para Fonagy, las personas con organización de personalidad límite tienen una capacidad alterada para representar estados mentales de sí mismo y de los demás, la función reflexiva o mentalización no es lo suficientemente fuerte debido a que no recibieron de los cuidadores la ayuda adecuada para integrar las dos formas primitivas de experimentar el mundo interno, el de simulación y el de equivalencia psíquica. Esta dificultad los hace vulnerables a medios adversos y a maltratos.

Es necesario que la madre espeje al niño congruente y marcadamente para que este pueda desarrollar representaciones de segundo orden de sus afectos, si el niño tiene una

alteración en su capacidad o no hay intento de la madre de tener una interacción interpretativa del niño, pueden aparecer problemas.

Algunas madres por sus propias dificultades emocionales, encuentran que las expresiones afectivas de sus hijos las sobrepasan y se les hace muy difícil espejarle las emociones al niño en una forma marcada, les reflejan la emoción que corresponde, pero de una manera realista, no marcada. Cuando esto pasa, la emoción es atribuida a la madre como si fuera una emoción real de ella y no se anclará al niño. Por ejemplo, si la emoción es de enojo, el niño creerá que la madre está enojada, sin darse cuenta que es un reflejo de su propia emoción, el niño no aprende a reconocer su propio enojo y se asusta de la madre enojada, esto produce una escalada de desregulación emocional en el niño que puede llevar a trauma. Lo anterior, según Fonagy (Bateman A, 2005), corresponde a lo que se ha descrito como identificación proyectiva (Klein M, 1946; Kernberg O, 1976), mecanismo defensivo que predomina en pacientes limítrofes que han sido expuestos regularmente a este tipo de espejamiento coherente con el afecto, pero no marcado.

Por otro lado, si la madre no es congruente sistemáticamente, es decir lo que la madre refleja al niño no calza con la expresión emocional primaria del niño, va a existir la tendencia hacia el establecimiento de una estructura narcisística tipo falso *self* donde las representaciones de estados internos no corresponden a nada real, esto predispone al individuo a un modo de simulación (Fonagy P, 2004) en la vivencia del mundo interno en el que se etiqueta fácilmente la experiencia, pero sin el peso que lleva cuando es congruente con el estado psicofisiológico que lleva el nombre. En contraste al espejamiento no marcado, que predispone a la equivalencia psíquica que hace al mundo interno muy real, sin morigeraciones. Los estados psicofisiológicos no simbolizados no podrán ser "leídos" por la persona, es decir apreciaremos rasgos alexitímicos, también comunes en pacientes con trastornos graves de personalidad. La desregulación psicofisiológica tenderá a producir síntomas y enfermedades psicósomáticas.

Las personas con personalidad limítrofe con frecuencia han sufrido de malos cuidados o de padres negligentes. Una de las privaciones más serias que se produce en estos casos, es la falta de juego entre el niño y sus padres. El juego permite que el niño exprese sus emociones sin que estas tengan consecuencias, en un ambiente seguro. Esto permite la crucial tarea de integrar las formas más primitivas de representación, simulación y equivalencia psíquica, dando paso a la mentalización, cuando esto falla, el individuo oscila entre formas aterrantemente de equivalencia psíquica y las formas disociadas del modo de simulación; esto produce una desesperada búsqueda de sentido y la sensación de vacío tan típica de los pacientes limítrofes.

## CONTROL FORZADO DE LA ATENCIÓN

La capacidad de controlar la atención se adquiere en una relación de apego cuando la madre logra distraer al niño de lo que llama su atención inmediata hacia algo diferente, con esto, el niño aprende a posponer lo que lo estimula en forma directa. La adquisición de esta habilidad se correlaciona con la voluntad del niño de satisfacer a la madre. Esta capacidad inhibitoria parece ser esencial a la capacidad de mentalizar, porque así es posible entretener la idea de una causa más distal y difusa, como es un estado mental.

En la patología limítrofe habría un sistema de control atencional debilitado como consecuencia de un apego desorganizado junto a representaciones de afecto pobres que impiden un desarrollo robusto de la mentalización y un funcionamiento adecuado de ésta en el adulto (Allen J, 2001). Como consecuencia de esto hay una alteración de las capacidades cognitivas, con regresión a uso de formas primitivas tales como el teleológico, en situaciones en las que hay amenaza de abandono, rechazo o abuso.

## APEGO DESORGANIZADO

Padres con poca capacidad mentalizadora probablemente van a producir hijos con apego desorganizado, éste se caracteriza por un niño, y más tarde adulto, que no tiene esquemas de reacción estables frente a una relación de apego y es observado más comúnmente en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe. Lo que propone Fonagy (Bateman A, 2005) es que se produce un círculo vicioso, en el cual la poca capacidad mentalizadora materna no logra contener la afectividad del niño, esto no le permite regular su afecto, controlar forzosamente su atención y así desarrollar la función interpretativa interpersonal, que a su vez mina los procesos de apego, llevando a un sí mismo desorganizado que contiene algunas partes que son experimentadas como ajenas, falsas, que no pertenecen al sí mismo real. En ausencia de un sí mismo coherente, la identificación proyectiva permite a la persona lograr un sentido de coherencia, externalizando lo sentido como ajeno en el sí mismo, en el objeto.

## ESTABLECIMIENTO DEL SÍ MISMO AJENO

La falla de un espejamiento contingente del estado psicofisiológico del niño, produce una búsqueda desesperada de sentido, que el sí mismo encuentra en el otro, esto lleva a una distorsión de este proceso intersubjetivo y el sujeto toma una reflexión no contingente desde el objeto, aspectos del otro que no calzan con la experiencia real psicofisiológica

son internalizados, estos no pueden funcionar como una experiencia totalmente efectiva del sí mismo. Como Winnicott ha dicho (Winnicott D, 1967) "El niño tratando de encontrarse a sí mismo en la cara de la madre, encuentra a la madre". Se crea una experiencia ajena dentro del sí mismo, las ideas o sentimientos son vivenciados como partes del sí mismo que no parecen pertenecer al sí mismo (Fonagy P, 2004). La función ejecutiva del sí mismo no queda efectivamente establecida.

Es posible que lo descrito arriba sea un continuo. Aspectos no reflejados por la madre existen en todas las personas en distinto grado, llevando a distintos tipos de apego y a distintos grados de integración del sí mismo. Diciéndolo de otra forma, como sabemos todos los psicoanalistas, hasta la persona más integrada tiene aspectos no integrados.

Es posible que personas con dificultades para mentalizar tengan que recurrir a estrategias controladoras y manipulativas, al mismo tiempo que necesitan evocar su sí mismo ajeno en una figura de apego, para mantener un sí mismo coherente. Esto calza con la descripción de lo que ha sido llamado identificación proyectiva evocativa (Spillius E, 1994).

#### VULNERABILIDAD AL TRAUMA

Negligencia y/o abuso produce en el niño pequeño dificultades en el desarrollo adecuado de la mentalización, manteniéndose modos primitivos de comprensión del mundo, tal como es la equivalencia psíquica, que reducen la capacidad de mentalizar experiencias hostiles y destructivas posteriores, convirtiéndose en nuevos traumas, éstos a su vez minan aún más la capacidad mentalizadora de la persona, así el problema se autoperpetúa.

#### MENTALIZACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD GRAVE

Fonagy ha sugerido que en los trastornos de personalidad graves hay una inhibición de la mentalización, siguiendo un modelo prototípico de trauma. Implica una pérdida parcial del darse cuenta de la relación entre realidad interna y externa (Fonagy P, 2000), especialmente cuando hay activación emocional en una relación de apego. Cuando esto sucede, los modos de experimentar la realidad psíquica prementalizadores aparecen, oscilando entre los pensamientos aterradores de la equivalencia psíquica y la forma disociada sin consecuencias del modo de simulación.

Esta modalidad no permite evaluar adecuadamente a las personas, lo que aumenta la vulnerabilidad a sufrir maltratos, que sumado a la falla en la mentalización, produce el

sentimiento de destrucción inminente del sí mismo. Una humillación con sensación de impotencia que Fonagy ha llamado “**humillación destructiva del yo**” (Bateman A, 2005). Cualquiera persona a la que se le somete a hostilidad y violencia sin tomar en cuenta su condición humana como, por ejemplo en la tortura, puede llegar a sentir una humillación destructiva del yo, pero los pacientes con trastorno de personalidad grave lo sienten más fácilmente en situaciones no tan extremas. Esta humillación proviene de sentirse tratado como un objeto y no como un ser humano.

En una situación de humillación destructiva del yo, el colapso de la mentalización, con el consiguiente uso de formas primitivas prementalizadoras, aumenta el uso de la posición teleológica, que tiende a usarse cuando hay la sensación de peligro, donde la situación es interpretada no en base a estados mentales sino a lo pragmático-físico de la situación, llevando a actos impulsivos.

#### FALLA DE MENTALIZACIÓN Y LA EXPOSICIÓN DEL SÍ MISMO AJENO

Con la falla del espejamiento, cuando la percepción de la madre es inexacta, no marcada o ambas, el niño internaliza un estado mental no contingente, quedando el estado psicofisiológico propio por un lado, desregulado llevando a alexitimia y posibles alteraciones psicosomáticas y por otro, al establecimiento de un sí mismo ajeno. Gracias a la mentalización se logra incorporar más o menos adecuadamente dentro de la coherencia del sí mismo, pero cuando en situaciones de apego la mentalización se pierde o debilita, el sí mismo ajeno se hace más notorio al yo, como incoherente al resto del sí mismo. Para lograr mantener un sentido de coherencia, se usan mecanismos de control, manipulación e identificación proyectiva.

En pacientes traumatizados, la inhibición de la mentalización hace que partes dentro del sí mismo que provienen del maltrato en la niñez, adolescencia o incluso adultez se experimenten como persecutorias, esto Fonagy lo llama “identificación con el agresor” (Freud A, 1936). Es como que el sí mismo fuera colonizado por la imagen que el niño o el adolescente tuvo del estado mental del agresor. Esta estrategia para controlar lo incontrolable lleva a la sensación de que una parte del sí mismo desea destruir al resto del sí mismo. Se sienten malvados o diabólicos por dentro porque han internalizado el mal. La forma como logran manejar esta sensación, es estando constantemente cerca de alguien a quien puedan manipular, para que se comporte de la forma que les permita no sentir esta perturbadora sensación. Al exteriorizar el mundo interno, el mundo externo se les vuelve aterrador. Esta necesidad de exteriorización constante podría explicar porque estas personas con frecuencia se mantienen en relaciones donde son maltratados.

## ACTOS AUTOLÍTICOS, ACTOS SUICIDAS Y VIOLENCIA HACIA OTROS

Los actos de violencia perpetrados por personas con trastornos graves de la personalidad hacia su propio cuerpo incluyen la idea inconsciente que el sí mismo ajeno es una parte de su propio cuerpo que debe ser erradicada. Ante la ausencia de una persona donde se pueda evocar el sí mismo ajeno, éste se externaliza en el cuerpo del paciente. Las acciones autolíticas son llevadas a cabo en modo de equivalencia psíquica, partes del cuerpo son consideradas isomórficas con los aspectos ajenos del sí mismo. Por esto, es común que pacientes de este tipo sientan que se castigan y se sientan muy aliviados después de realizar estas conductas.

Los actos suicidas tienen un sentido parecido a los actos autolíticos y están en continuidad con ellos, entre el 55-85% de las personas que tienen conductas autolíticas, también tienen conductas suicidas. “Es un intento de destruir el sí mismo ajeno” (Bateman A, 2005).

La violencia hacia otros más probablemente se produce cuando el otro no acepta ser manipulado para acoger el sí mismo ajeno, lo que tiende a provocar en el sujeto una humillación destructiva del yo. En el modo de equivalencia psíquica, esta humillación se hace intolerable. El acto violento puede representar “la restauración pervertida de una función mentalizadora rudimentaria” (Bateman A, 2005). Impulsivo o calculado, el acto violento rara vez es de ira ciega, es un intento desesperado de proteger el frágil sí mismo contra la devastación de la humillación. En este sentido, la violencia, es un acto de esperanza, de un nuevo comienzo, aunque en la realidad sea un final trágico.

## RELACIONES INTERPERSONALES

El otro es esencial para crear la ilusión de coherencia, restaura el equilibrio del individuo, pero también tiene que ser destruido. Los pacientes limítrofes necesitan de las relaciones más que disfrutarlas. Las necesitan para equilibrar su estructura, pero también son fuente de gran vulnerabilidad cuando hay ausencia del otro o éste muestra independencia, por ejemplo, al pensar por sí mismo. Por esta razón, muchos de estos pacientes están en permanente tratamiento, pero en forma intermitente con distintos terapeutas. Constantemente van destruyendo a los terapeutas en su mente, para comenzar todo nuevamente, en la esperanza que ahora sí podrán encontrar lo que necesitan.

## RESUMEN

La mentalización es una función que se desarrolla a través de la interacción del niño con su madre y/o cuidadores en una relación de apego. Para que se desarrolle adecuadamente la función reflexiva o mentalización, la interacción entre el niño y la madre debe permitir que ésta pueda espejar los estados psicofisiológicos del bebé en un principio y después, los estados emocionales del niño en una forma congruente y marcada, para que así el niño pueda simbolizar lo que le sucede e internalizar mecanismos que le permitan posteriormente autotranquilizarse. Así se refuerza el apego favoreciendo uno de seguridad. La continua interacción entre el niño la madre y/o cuidadores permite que el modo de equivalencia psíquica, en el cual, el niño vive el mundo interno como equivalente al externo, vaya integrándose poco a poco con el modo de simulación, en el cual el mundo interno está totalmente dissociado del externo, para finalmente llegar a la mentalización.

El desarrollo de la mentalización puede fallar en cualquiera de las distintas etapas del proceso. En los pacientes que desarrollan un trastorno de la personalidad límite hubo una dificultad en el apego que no permitió un espejamiento adecuado del niño, con mucha frecuencia ha sido congruente pero no marcado, lo que produce una disposición a la persistencia del modo de equivalencia psíquica, que está a la base del mecanismo de identificación proyectiva. También hubo fallas en la congruencia del espejamiento que dejó vastos aspectos del sí mismo sin representación simbólica, esto permitió que se hayan internalizado, como alternativa, aspectos ajenos al sí mismo (sí mismo ajeno) que no son efectivos en la regulación psicofisiológica. Como consecuencia, tendremos una persona con un sí mismo que tiende a la fragmentación, que se expresa en el sentimiento intolerable de humillación destructiva del yo, especialmente cuando hay una relación de apego activada.

El sí mismo ajeno necesita exteriorizarse vía identificación proyectiva en otro para mantener la coherencia del sí mismo.

Las personalidades límite tienden a inhibir la mentalización en relaciones de apego y a regresar a formas de prementalización, tales como equivalencia psíquica, simulación y/o teleológico, lo que explica las características y síntomas de estas personas.

## CONTRASTE CON LA TEORÍA DE KERNBERG

***“(la verdad). Quien cree que la ha alcanzado es que se ha separado de ella, y quien cree que se ha separado de ella es que ha perdido su camino. No se puede llegar a ella sin huir de ella, y es ineludible”. Naguib Mahfuz, Las Noches de las Mil y Una Noches.***

Fonagy reconoce que la teoría más cercana a la suya es la de Kernberg. Este autor propone los afectos como la motivación primaria del individuo, los afectos están siempre en relación a un objeto y se dividen en positivos y negativos, la asignación está dada por la satisfacción o frustración de necesidades básicas del sí mismo provistas por el objeto. En la primera infancia las relaciones sí mismo-objeto son parciales, por razones de insuficiente desarrollo cognoscitivo, esto, se podría decir, es una “escisión” pasiva. Cuando la intensidad afectiva tanto positiva como negativa logra un umbral mínimo, la relación parcial sí mismo-objeto es internalizada. Las pulsiones serían secundarias a la acumulación de estas internalizaciones, la libido a la acumulación de internalizaciones positivas y la agresión a la de negativas. A medida que el desarrollo cognoscitivo del bebé lo permite, relaciones sí mismo-objeto totales empiezan a internalizarse y éstas reorganizan las internalizaciones primitivas parciales, lográndose un sí mismo integrado. Le da suficiente fortaleza al yo para poder usar la represión como mecanismo defensivo central, manteniéndose la escisión en estratos más primitivos que no son centrales al yo (Kernberg O, 1984).

Fonagy critica la idea Kernberiana, común a otras teorías psicoanalíticas, de que el desarrollo psicosexual es una mera sobreposición de introyecciones y que por acumulación de éstas se logra la simbolización adulta. Fonagy postula que la capacidad de simbolizar se desarrolla a través de la interacción cuidador-bebé en una relación de apego. Es, también, un proceso introyectivo, pero que permite el desarrollo de una función, que está a la base de la capacidad de simbolización, la que él llama, función reflexiva.

Para Kernberg en las personalidades limítrofes hay un exceso de internalizaciones agresivas que amenazan a las internalizaciones positivas, para mantener éstas no contaminadas por las agresivas se mantiene la escisión, esta vez de forma activa. Es decir este mecanismo es una defensa frente a un conflicto. Esto no permite la integración de las introyecciones positivas y negativas. En otras palabras, esta persistencia sería una forma activa de proteger lo amoroso de la agresión cuando ésta está hipertrofiada por razones constitucionales y/o por falla maternal.

La consecuencia de esta falta de integración es una estructura de personalidad estable, la organización limítrofe, que tiene debilidades yoicas importantes que no le permiten beneficiarse de un psicoanálisis sin que antes se subsane la escisión del yo, que se expresa en lo que Kernberg llama “difusión de identidad”.

La teoría de Fonagy, es más bien, una teoría de déficit, hay una falla en el desarrollo de la función reflexiva que no es de origen conflictiva, esta falla en los pacientes limítrofes no es absoluta, si no que se observa en relaciones de apego activadas. La falla en la mentalización sigue un modelo de traumatización. Para poder estar con el abusador o con quien la persona teme pueda ser un abusador y al mismo tiempo se necesita, se tiene que suspender la función reflexiva. Dicho de esta forma, se acerca mucho a un modelo conflictual y la diferencia con Kernberg se atenúa.

Kernberg propone, basado en su teoría de conflicto, que la integración yoica se logra a través de la interpretación de la escisión, pero que justamente esta escisión no permite que el paciente se beneficie de la interpretación, un dilema que, en mi opinión, se resuelve a través de dos modificaciones a la técnica clásica: 1) Parámetros en el encuadre que permiten darle firmeza a éste y 2) Un énfasis a intervenciones preparatorias a la interpretación (definida como hipótesis de aspectos que el paciente no puede observar), tales como la clarificación, que es llegar a un acuerdo con el paciente respecto a la descripción de lo que está sucediendo, y la confrontación que es mostrar al paciente aspectos conscientes contradictorios del sí mismo, sobre los cuales el analista y el paciente están de acuerdo en su descripción después del procesos de clarificación,. Habiendo realizado estos pasos previos, se puede proceder a interpretar el aspecto inconsciente que mantiene el uso de la escisión. De esta forma progresiva y repetitiva se logra la integración yoica y la resolución de la difusión de identidad.

Esta técnica se ha manualizado (Clarkin J, 2008) y se ha testeado empíricamente en varias ocasiones, tanto por el grupo de Kernberg en Nueva York (Clarkin J, 2007), como por otros grupos en Holanda (Giesen-Bloo J, 2006) y Austria en conjunto con Alemania (Doering S, 2010), mostrando consistentemente buenos resultados.

Fonagy propone que los pacientes que tienen una falla en la función reflexiva no se benefician, y peor aún, son dañados por las interpretaciones, es necesario que previamente se restablezca la mentalización. Fonagy recomienda un tratamiento que fomenta el establecimiento firme de la mentalización, este tratamiento ha mostrado beneficios en estudios empíricos hasta después de ocho años (Bateman, A).

En mi opinión, esta terapia propuesta por Fonagy es muy similar a la primera parte de la terapia de Kernberg, que consiste en clarificación y confrontación, y reemplaza los parámetros por una estructura externa dada por un programa diurno de varios días a la semana, todo el día.

En mi experiencia clínica de varios años trabajando con pacientes con trastorno de personalidad límite he observado pacientes que tienen muy poca capacidad de

mentalizar, se benefician más de una aproximación terapéutica como la que propone Fonagy. Por ejemplo, no pueden adherir a un contrato como el que propone Kernberg, necesitan de una estructura como es el programa diurno y muchas veces hay que incluir a la familia. Por otro lado, he visto pacientes que tienen alguna capacidad de mentalizar que pueden beneficiarse más del tratamiento desarrollado por Kernberg, que es más ambicioso en sus metas curativas.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

En mi opinión, la investigación empírica es el camino para insertar nuevamente el psicoanálisis como una disciplina válida entre sus pares (Schachter J, 2011). También nos da un método razonable para lidiar con la babelización del psicoanálisis (Jiménez JP, 2009) y más importante aún, para tratar mejor a nuestros pacientes (Kernberg O, 2009).

Fonagy ha logrado la operacionalización de conceptos psicoanalíticos (Carnap, 1928) que los hace susceptibles de testeo empírico en la clínica y con métodos experimentales (Fonagy P, 1982).

Kernberg ha logrado un apoyo indirecto a su teoría a través del éxito de su método terapéutico en ensayos clínicos.

El aporte de estos autores permite el desarrollo de un programa de investigación psicoanalítico aceptado por la comunidad científica incluso no psicoanalítica (Grünbaum A, 1984; Strenger C, 1991).

Estos autores muestran que la investigación empírica junto a la teorización y el reporte de casos tradicional del psicoanálisis, son un camino de desarrollo de gran potencial para el pensamiento psicoanalítico, y un aporte esencial a la comprensión del ser humano y de su patología mental.

Desde el punto de vista personal, la teoría propuesta por Fonagy da sustento a las observaciones de muchos clínicos, entre los cuales me incluyo, que muchos de estos pacientes graves no son capaces de entretener en su mente hipótesis flexibles acerca de su propio funcionamiento mental ni del de otros. Para que se logre un trabajo efectivo es necesario que el terapeuta tenga en mente constantemente el estado funcional del yo, es decir no tratarlos como si fueran capaces de entender nuestras intervenciones, incluyendo interpretaciones y otras acciones que podamos hacer, todo el tiempo ni como incapaces de ello todo el tiempo.

Como se da a entender en este trabajo, para muchos pacientes limítrofes la relación interpersonal con el terapeuta es un estresor en sí mismo que inhibe la capacidad de mentalizar, lo que produce que el paciente, en un estado mental de equivalencia psíquica, interrumpa el tratamiento. Otros pacientes, en estado de simulación, parecieran avanzar en su terapia, pero es sólo en apariencia, porque no hay resonancia afectiva en la aparente comprensión de su propia problemática, lo que no logra un cambio efectivo en la forma de enfrentar sus dificultades.

El riesgo de muchas psicoterapias y de la farmacoterapia es que se logre una mejoría sintomática temporal, basada en una “cura transferencial” en que el paciente idealiza al terapeuta que a su vez tiene idealizada una teoría o un fármaco. Interesantemente esta podría ser una técnica (seductiva) para “engancha” al paciente en un tratamiento que permita empezar a trabajar en la mentalización, pero hacerlo no espontáneamente tiene menos resultado que cuando se cree profundamente que lo que se hace es curativo, y para que decir con nosotros los psicoanalistas que “arrancamos” de la seducción, por lo tanto rehusamos usarla.

Incorporar el concepto de mentalización al trabajo psicoterapéutico nos da una comprensión del estado del yo del paciente más dinámica que permite un mejor monitoreo del trabajo terapéutico y su progreso, lo que lo hace muy útil para el psicoanálisis, psicoterapias psicoanalíticas y también para psicoterapias de otras orientaciones teóricas.

## BIBLIOGRAFÍA

Allen J (2001). Interpersonal trauma and serious mental disorder. Wiley, Chichester, England.

Allen J (2006). Mentalizing in practice. En: Allen J, Fonagy P (2006). Handbook of mentalization-based treatment, capítulo 1, , John Wiley & Sons Ltd. West Sussex, England

Bateman A, Fonagy P (2005). Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford University Press, Oxford, England.

Carnap R (1928). The logical structure of the world and logical pseudoproblems. Carus publishing company (2003). Peru, Illinois, USA:

Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, Kernberg O (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. Am J Psychiatry; 164: 1–8.

Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2008). Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations. American psychiatric publishing, inc. Washington, USA.

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P (2010). Transference-focused psychotherapy v/s treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.

Fonagy P (1982). The Integration of Psychoanalysis and Experimental Science: A Review. *Int. R. Psycho-Anal.*, 9:125-145

Fonagy P (2005). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187, 05-12088/1-3.

Fonagy P (2006). The mentalization-focused approach to social development. En: Allen J, Fonagy P ed. *Handbook of mentalization-based treatment*, John Wiley & Sons Ltd. West Sussex, England.

Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Karnak books Ltd. London. UK.

Fonagy P, Target M (2000). Playing with reality III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International journal of Psychoanalysis*, 81:853-74.

Freud A (1936). *The ego and the mechanism of defence*, 1946. International University Press, New York.

Freud S (1924). *Neurosis y psicosis*. Obras Completas, Tomo XIX, Amorrortú editores.

Freud S (1927). *Fetichismo*. Obras Completas, Tomo XXI, Amorrortú editores.

Freud S (1940). *La escisión del yo en los procesos defensivos*. Obras Completas, Tomo XXIII, Amorrortú editores.

Freud S (1940). *Esquema del psicoanálisis, capítulo VIII*. Obras Completas, Tomo XXIII, Amorrortú editores.

Fromm G (2008). What does “borderline” mean?. <http://www.austenriggs.org/publications>

Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, Kremers I, Nadort M, Arntz A. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:649-658.

Goodman N (1983). *The new riddle of induction, capítulo 3*. En: *Fact, fiction and forecast*, Harvard University Press, Cambridge, USA.

Grünbaum A (1984). *The foundations of psychoanalysis*. University California Press, Berkely, USA.

Gunderson, J (2002). *Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Médica. pp. 1-32.

- Hempel C (1966). *Philosophy of natural science*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Holmes J (2006). *Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new*. En: Allen J Fonagy P (2006) *Handbook of mentalization-based treatment*, capítulo 2. John Wiley & Sons Ltd. West Sussex, England.
- Jiménez JP (2009). *Grasping psychoanalysts' practice in its own merits*. *Int J Psychoanal* 90: 231-248.
- Kernberg O (1967). *Borderline personality organization*. *Journal of the American psychoanalytic association*, 15, 641-685.
- Kernberg O (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*, Aronson, New York, USA.
- Kernberg O (1984). *Severe personality Disorders*. *Psychotherapeutic Strategies*, Yale University, New haven.
- Kernberg O, Michels R (2009). *Borderline personality disorder*. *American Journal of Psychiatry* 166:5, May 2009.
- Klein M (1946) *Notas sobre algunos mecanismos esquizoide*. *Obras Completas*, Tomo 3, Editorial Paidós (2004), Buenos Aires, Argentina.
- Koren-Karie N, Oppenheim D, Dolev S, Sher S, Etzion-Carasso A (2002). *Mother's insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment*. *Developmental Psychology*. 38: 534-42.
- Rockland L (1992). *Supportive therapy for borderline patients. A psychodynamic approach*. The Guilford Press, New York, U.S.A.
- Schachter J, Kächele H (2011). *On the inseparable bond of research and training*. *Revista Portuguesa de Psicanalise* 31: 9-20.
- Strenger C (1991). *Between hermeneutics and science*. International University Press, Connecticut, U.S.A.
- Spillius E (1994). *Developments in Kleinian thought: Overview and personal view*. *Psychoanalytic Inquiry*, 14:324-364.
- Watson J (1972). *Smiling, cooing and "the game"*. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 323-339.
- Watson J (1994): *Detection of self: The perfect algorithm*. En: Parker S, Mitchell R y Boccia M, Ed. *Self awareness in animals and humans. Developmental perspectives*. Cambridge university press, New York, USA.
- Winnicott D (1967). *Mirror-role of the mother and family in child development*. En: *Playing and reality*. London: Tavistock. 1971.