

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/394471451>

Guía de orientaciones clínicas para el abordaje psicoterapéutico de adolescentes tempranos con diagnóstico de depresión: Aportes para una intervención informada por el modelo de Te...

Book · August 2025

CITATIONS

0

READS

2,280

11 authors, including:



[Javier Moran-Kneer](#)

University of Valparaíso

60 PUBLICATIONS 196 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Javiera Duarte](#)

Diego Portales University

31 PUBLICATIONS 104 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Silvia González](#)

University of Valparaíso

4 PUBLICATIONS 5 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Paula Solervicens](#)

University of Valparaíso

3 PUBLICATIONS 8 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Guía de orientaciones clínicas para el abordaje psicoterapéutico de adolescentes tempranos con diagnóstico de depresión:

Aportes para una intervención informada por el modelo de Terapia Basada en la Mentalización

Javier Morán-Kneer y Javiera Duarte, Editores



Presentación

A inicios del año 2022 un grupo de profesionales e investigadores clínicos en salud mental infanto-adolescente decidimos aunar esfuerzos y colaborar en el desarrollo de un proyecto financiado por el Fondo de Investigación en Salud. Nuestro interés estaba focalizado en aportar a las prácticas clínicas con adolescentes que principalmente se llevan a cabo en salud pública. En ese momento estábamos recién comenzando a ver con algo de distancia los estragos producidos a nivel mundial y local por la pandemia por COVID-19. A nivel internacional se discutían diversas estrategias orientadas al repunte de las economías y en general la mayor parte de la población avanzaba finalmente a lo que los medios denominaban “el retorno a la normalidad”.

En ese momento había muchas cosas de las que preocuparse. Ya sabíamos que los temas de salud mental emergían como preocupación importante. Como profesionales de la salud mental teníamos, no obstante, una preocupación particular: Un grupo importante de niños vivieron el confinamiento en un momento del ciclo vital de suma relevancia para la salud mental; un momento en el que empiezan a gestarse cambios estructurales y funcionales a nivel de la corteza cerebral que hacen al cerebro particularmente sensible a las contingencias ambientales. Desde hace muchos años la investigación en neurociencias, psicología clínica y psiquiatría, entre otras disciplinas, ha entendido que este es un momento en el que, debido al proceso de poda neuronal, el cerebro está abierto al aprendizaje y por tanto requiere de un contexto familiar y social que acompañen el desarrollo. La psicopatología no emerge de forma espontánea, sino que es consecuencia de una serie de interacciones complejas que activan o reactivan condiciones de riesgo. Una de las principales llaves que promueven su inicio se encuentran en el estrés ambiental.

“el retorno a la normalidad”

En ese momento, al menos porque la experiencia clínica nos lo había enseñado, o porque habíamos estudiado el fenómeno, sabíamos que este proceso de poda neuronal afectaba de manera importante la función para mentalizar. Entender esto, para quienes trabajamos con adolescentes es central pues nos explica por qué muchas tareas vinculadas a la función ejecutiva, de regulación del estrés o aquellas más sofisticadas a nivel de cognición social no tienen un desempeño acorde a lo esperado. Para los adultos que están a cargo de la crianza es extraño este fenómeno y en muchos momentos les genera elevada irritación y frustración. El marco de la mentalización se presenta entonces como un modelo clínico y conceptual que permite comprender estas dificultades en el desarrollo y funcionamiento emocional de los adolescentes. Durante este periodo, es crucial que los adultos cercanos, padres, madres, cuidadores, profesores y profesionales en general, puedan funcionar como un andamiaje para la función mentalizadora, ofreciendo contención y significado allí donde el adolescente no logra aún organizar por sí solo su experiencia interna. Esta función se ve comprometida precisamente porque está en proceso de construcción, por lo que su desempeño es inestable y especialmente sensible a las condiciones relacionales.

A su vez, esta fragilidad en la mentalización del adolescente puede activar fallas en la función mentalizadora de sus cuidadores, quienes al sentirse sobrepasados o confundidos tienden a responder desde modos menos reflexivos. La terapia basada en la mentalización permite justamente intervenir en este nivel relacional, acompañando a quienes cuidan y fortaleciendo su capacidad de mentalizar. De este modo, es posible apuntalar la función mentalizadora del adolescente desde vínculos que sostienen, regulan y dan sentido.

NUESTRA PRINCIPAL PREOCUPACION CUANDO POSTULAMOS A ESTE PROYECTO ESTABA JUSTAMENTE EN ESTOS NIÑOS QUE AL MOMENTO DE LA PANDEMIA TENIAN 8, 9, 10, 11 AÑOS... A ELLOS LOS ENCONTRO LA PANDEMIA EN LA NIÑEZ Y SALIERON COMO PREADOLESCENTES, O EN REALIDAD ADOLESCENTES TEMPRANOS.

“Nuestro objetivo fue realizar una intervención psicoterapéutica oportuna e intensiva.”



La evidencia nos proponía que este momento es de especial relevancia para intervenir tempranamente condiciones en salud mental que tienden a iniciar en esta etapa y que tienden a cronificarse posteriormente. Este es el caso de la depresión, un trastorno en salud mental de elevada prevalencia y asociado a múltiples problemas de la adolescencia, entre las que destacan el ausentismo escolar, dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales, autolesiones e incluso la suicidalidad. Si bien en Chile existen guías clínicas (No Ges) para el abordaje de adolescentes tempranos con depresión, tras la pandemia se observó crecientemente un fenómeno de preocupación para los dispositivos públicos de atención en salud mental: la aparición de un elevado número de adolescentes con síntomas severos de depresión y el colapso de la respuesta asistencial secundaria para dar atención especializada. A esto se suma como segundo elemento de tensión, las recomendaciones asociadas al desafío de prestar atenciones familiares a estos jóvenes. La falta de capacitación de los equipos clínicos para realizar procesos especializados con familias y el convencimiento sobre el aporte de un modelo terapéutico evolutivamente sensible nos llevó a proponernos el desafío de dar un primer paso que se evidencia en esta guía. Nuestro propósito es el de compartir los aprendizajes asociados a estos dos años de trabajo con adolescentes tempranos con diagnóstico de depresión y sus familias a través de esta guía. Queremos contarles, a partir de lo aprendido en este tiempo sobre los aportes más relevantes del modelo MBT para el trabajo con estos adolescentes en salud pública.

Esta guía no propone un conjunto rígido de intervenciones, sino que funciona como una herramienta que orienta la escucha clínica y facilita el análisis de los procesos terapéuticos, especialmente en situaciones donde el lenguaje se retrae o los afectos se manifiestan de forma difusa. Esperamos que este material aporte significativamente a los profesionales que acompañan a adolescentes y sus familias en contextos de vulnerabilidad, promoviendo prácticas clínicas sensibles, informadas y en sintonía con las complejidades del mundo adolescente.

Una vez que llegamos a este punto nos complace contarles que trabajar desde el modelo MBT nos enseñó algo: el valor del trabajo en equipo y las posibilidades que abre el aprendizaje colaborativo.

Javier Morán-Kneer, Director del Proyecto FONIS SA22I0168

Guía de orientaciones clínicas para el abordaje psicoterapéutico de adolescentes tempranos con diagnósticos de depresión:

Aportes para una intervención informada por el modelo
de terapia basada en la mentalización

LOS autores

Javier Morán-Kneer

Psicólogo de la Universidad de Valparaíso con Magíster en Psicología de la Adolescencia de la Universidad del Desarrollo. Doctor en Psicoterapia de la Universidad de Chile. Formación en Terapia Basada para mentalización para niños (MBT-C), Adolescentes (MBT-A) y Familias (MBT-F) en el Anna Freud Centre de Londres. Supervisor Clínico acreditado en MBT-F por el Anna Freud Center de Londres. Docente e investigador de la Universidad de Valparaíso, Codirector del Centro de Estudios Traslacionales sobre Estrés y Salud Mental (C-estres) e investigador del Instituto Milenio para la investigación en depresión y Personalidad (MIDAP).

Javiera Duarte

Psicóloga y Magíster en Psicología Clínica en la Universidad de Chile. Doctora en Psicoterapia en Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile. Formación en Terapia Basada en la Mentalización (MBT) por el Anna Freud Center, MBT-A y MBT-Trauma en Fundación Imagina y Anna Freud Center y Lighthouse Parenting Programme por SOLAS Oxford. Terapeuta EMDR reconocida por EMDR Institute y EMDR Iberoamérica. Supervisora clínica, docente e investigadora en la Universidad Diego Portales.

Johana Zapata

Psicóloga de la Universidad Interamericana de Panamá y Magíster en Psicología Clínica infantojuvenil de la Universidad Católica Santa María la Antigua en Panamá. Doctora en Psicoterapia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Terapeuta Certificada en MBT-F por el Anna Freud Center de Londres. Experiencia como supervisora clínica en videofeedback en proyecto de investigación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI). Académica de la Carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Chile.

Silvia González

Psicóloga Infanto Juvenil PUCV, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Valparaíso. Formación en Terapia Basada en mentalización para niños (MBT-C), Adolescentes (MBT-A) y Familias (MBT-F). Postítulo en Psicoterapia Sistémica para NNA en Pontificia Universidad Católica de Chile. Diplomada en Salud Mental Perinatal en Universidad de Chile, Parentalidad Positiva en CEANIM y en Terapia Familiar Universidad Del Mar. Experiencia en realización de consultorías sobre Salud Mental en Atención Primaria de Salud en el Servicio Salud Viña del Mar de Quillota. Docente, supervisora clínica e investigadora en la Universidad de Valparaíso.

Eduardo Barrios

Psicólogo Infanto Juvenil PUCV, Terapeuta Familiar ICHTF, Formación en Terapia Basada en la Mentalización MBT-A. Experiencia clínica en atención secundaria y terciaria de salud, así como realización de consultorías en atención primaria. Experiencia en trabajo terapéutico y pericial en víctimas de delitos sexuales. Actualmente se desempeña en trabajo clínico con Adolescentes y sus Familias.

Louise Alkabes-Esquenazi

Psicóloga de la Universidad Latina de Panamá con Master en Psicopatología Clínica de la Universidad de Leon en España. Doctora en Psicología Clínica de la USMA. Formación en Terapia Basada para mentalización para niños (MBT-C) y adultos (MBT). Supervisora Clínica acreditada en Adolescentes (MBT-A) y Familias (MBT-F) y el Programa de Reflective Parenting por el Anna Freud Centre de Londres. Lighthouse Parenting Program por Solas Oxford. Terapeuta EMDR reconocida por EMDR Institute y EMDR Iberoamérica. Docente e investigadora de la Universidad Santa María la Antigua.

Francisca Diaz

Psicóloga, Universidad de Valparaíso, Magíster en Psicología Clínica de la Universidad de Valparaíso. Formación en Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes (MBT-A), en proceso de acreditación como practitioner en MBT. Se desempeña como supervisora y psicóloga clínica de familias, adolescentes y adultos, y en apoyo a organizaciones.

Paula Solervicens

Psicóloga Infanto Juvenil UV, Magíster en Educación para la Inclusión, Diversidad en Interculturalidad Universidad de Valparaíso, Máster en Clínica y Salud Mental Universidad de León. Formación en Terapia Basada para mentalización para niños (MBT-C), Adolescentes (MBT-A) y Familias (MBT-F). Postítulo en Psicoterapia Sistémica para Niños Niñas y adolescentes. Supervisora Clínica. Experiencia en realización de consultorías sobre Salud Mental en Atención Primaria de Salud en el Servicio Salud Viña del Mar de Quillota y en red de protección infantil de Chile. Docente en la Universidad de Valparaíso.

Nicole Ávalos

Psicóloga Clínica en Pontificia Universidad Católica de Chile. Cursando Máster en Psicoterapia Psicoanalítica Contemporánea Universidad Ramón Llull de Barcelona. Diplomada en Psicopatología del Vínculo: Diagnóstico y Tratamiento en Pontificia Universidad Católica de Chile y en Técnicas Proyectivas en Universidad Adolfo Ibáñez. Formación Oficial en Tratamiento Basado en Mentalización para Familias (MBT-F) acreditado por el Anna Freud Centre de Londres.

Marcelo Arancibia

Médico cirujano de la Universidad de Valparaíso y especialista en Psiquiatra de Adultos por la misma casa de estudios. Cuenta con formación de postítulo en bioestadística general y avanzada, trastornos de la personalidad, esquizofrenia y docencia universitaria. Es profesor adjunto del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso e investigador del Centro de Estudios Traslacionales en Estrés y Salud Mental (C-ESTRES) de la misma universidad. Es miembro del Laboratorio de Genética de Enfermedades Neuropsiquiátricas del Programa de Genética Humana, Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Chile, donde actualmente cursa el programa de Magister en Genética.

Melannie Klagges

Médico Cirujano de la Universidad de la Frontera, Especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil de La Universidad de Valparaíso, Formación en Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes (MBT-A), Diplomado en Psicodiagnóstico ADIPA, Psiquiatra en unidad de corta estadía, enlace y policínico de atención terciaria en salud.

EDITORES:

JAVIER MORÁN-KNEER Y JAVIERA DUARTE.

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

ALVARO UGARTE.

FECHA DE EDICIÓN:

AGOSTO DE 2025.

CITAR COMO:

MORAN-KNEER, J., & DUARTE, J. (2025). GUÍA DE ORIENTACIONES CLÍNICAS PARA EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE ADOLESCENTES TEMPRANOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN: APORTES PARA UNA INTERVENCIÓN INFORMADA POR EL MODELO DE TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN [MANUSCRITO NO PUBLICADO, PROYECTO FONIS SA2210168, UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO].

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 — BASES TEÓRICAS DE LA MENTALIZACIÓN Y SU ROL EN LA CLÍNICA

1.- ¿Qué es la mentalización?	08
2.- ¿Cómo se desarrolla la mentalización?	12
3.- ¿Qué vínculo tiene la mentalización con la salud mental?	15
4.- ¿Qué significa que intervengamos desde una perspectiva basada en la mentalización?	17
5.- ¿Por qué realizar intervenciones psicológicas y psicosociales desde una perspectiva de la mentalización?	22

CAPÍTULO 2 — MENTALIZACIÓN Y ADOLESCENCIA

6.- ¿Qué cambios normativos pueden afectar el desarrollo de la mentalización en la adolescencia?	25
7.- ¿Cómo se entiende el origen de la depresión desde el modelo de la mentalización?	28
8.- ¿Qué caracteriza la mentalización de adolescentes con diagnóstico de depresión?	31
9.- ¿La mentalización es la única función psicológica afectada en la depresión en la adolescencia?	39

CAPÍTULO 3 — FAMILIA Y CONTEXTO

10.- ¿Qué implica una mirada familiar desde el marco de la mentalización?	43
11.- ¿De qué manera impacta la depresión de un adolescente a nivel del sistema familiar?	46
12.- ¿Qué impacto tiene en las familias la aparición de ciclos coercitivos no mentalizadores?	50
13.- ¿Cómo intervenimos desde el marco de la mentalización cuando trabajamos con familias con adolescentes con depresión?	52
14.- ¿Cómo trabajamos con la red desde el modelo de la mentalización con adolescentes y sus familias?	57

CAPÍTULO 4 — ETAPAS DEL PROCESO CLÍNICO

15.- ¿Con quién/es vamos a trabajar en la primera sesión?	63
16.- ¿Qué objetivos cumplimos durante las primeras sesiones?	65
17.- ¿Qué es la formulación clínica? y ¿Cómo se realiza desde el marco de la mentalización en el trabajo con familias con adolescentes con depresión?	69
18.- ¿Qué acciones terapéuticas realizamos para promover activamente el uso de la mentalización?	75
19.- ¿Qué técnicas podemos utilizar para promover la mentalización?	78
20.- ¿Cómo organizamos las sesiones de cierre del proceso de intervención?	84
21.- ¿Cómo se concibe la supervisión clínica desde la perspectiva de la mentalización?	88

Agradecimientos

Esta guía fue elaborada con financiamiento de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) a través del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) en el marco del proyecto SA22I0168

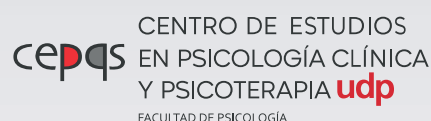
Agradecemos a la Universidad de Valparaíso que fue Institución Patrocinante del proyecto, y en especial al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Escuela de Psicología, lugar en donde se realizó la intervención clínica.

Igualmente nuestros agradecimientos al CESFAM Jean y Marie Thierry de Valparaíso, que fue el centro principal de referencia de casos para este estudio.

También queremos agradecer al Instituto Milenio para el Estudio de la Depresión y Personalidad (MIDAP) por el respaldo institucional y en investigación a lo largo del proyecto.

De manera especial queremos expresar nuestro profundo agradecimiento al Dr. Efraín Bleiblerg por su valiosa orientación y contribución en el rol de supervisor clínico y formador en el modelo MBT.

Finalmente, extendemos un especial reconocimiento a todas las familias y adolescentes que participaron del estudio y los/as terapeutas que fueron parte de esta intervención. Agradecemos enormemente su confianza en el equipo que hizo posible este estudio.



Bases teóricas de la mentalización y su rol en la Clínica

1.- ¿Qué es la MENTALIZACIÓN?

La mentalización es una capacidad cognitiva fundamental que permite a los individuos interpretar y predecir el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales como creencias, deseos, sentimientos e intenciones. Si bien este concepto no es nuevo en psicología, su estudio en los últimos años se ha intensificado y ha estado a la base de la generación de estrategias de intervención y modelos comprensivos del desarrollo de la psicopatología, su diagnóstico y tratamiento en distintos contextos y a lo largo de todo el ciclo vital.

Según Peter Fonagy, creador del modelo, la mentalización es una actividad mental preconsciente e imaginativa que facilita la comprensión de las acciones humanas motivadas por estados mentales intencionales. Es preconsciente en la medida en que se expresa de forma automática -como cuando un consultante presenta reacciones emocionales desadaptativas típicas frente a cierto tipo de situaciones, por ejemplo, aislarse cuando algo genera malestar- o bien requiere de un esfuerzo consciente -como cuando intentamos entender por qué un paciente adolescente tiende a cortar el contacto con sus amigos, incluso por días, en respuesta al temor por no ser votado como el mejor compañero-.

En términos prácticos, un profesional de la salud puede emplear la mentalización para comprender mejor las reacciones de un paciente ante situaciones difíciles, ayudándolo a reflexionar sobre sus propios pensamientos y emociones, así como sobre los de los demás. Por ejemplo, en el contexto de una

sesión terapéutica, un terapeuta puede ayudar a un paciente a explorar cómo sus sentimientos de ansiedad pueden estar relacionados con experiencias pasadas y presentes, y cómo estas emociones influyen en sus interacciones con otros.

Además, la mentalización incluye tanto componentes autorreflexivos como interpersonales, lo que significa que una persona no solo puede reflexionar sobre sus propios estados mentales, sino también comprender y predecir los de los demás. Este proceso es crucial tanto para el desarrollo de relaciones interpersonales saludables como para la organización coherente del self. Así, la capacidad de mentalizar se considera esencial para la regulación emocional y para la adaptación social, lo que la convierte en una habilidad central en la práctica clínica.

Visto así, mentalizar implica un doble componente: La capacidad para ver a otros desde dentro (imaginar a otros), vernos a nosotros mismos desde afuera (imaginar a nosotros mismos).



Allen, J.G., & Fonagy, P. (2006). Handbook of Mentalization-Based Treatment. Wiley.
Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Other Press.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

¿Cómo se ve un adolescente que mentaliza?

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
Reconocimiento de estados emocionales.	Identifica y nombra emociones propias y de otros de forma precisa.	"Me siento frustrado porque quería hacerlo bien en la prueba, pero estaba tan difícil. Parece que tu te sientes igual que yo."
Regulación Emocional	Tolera emociones intensas sin actuar impulsivamente y busca estrategias de autorregulación.	"Estoy muy enojado, pero voy a respirar y calmarme antes de hablar con mi mamá."
Empatía	Reconoce que otras personas tienen emociones y pensamientos diferentes a los suyos.	"Entiendo que mi amigo se sintió herido cuando no le respondí su mensaje; yo estaba ocupado, pero debería explicarlo."
Flexibilidad Cognitiva	Considera diferentes interpretaciones de una situación y acepta puntos de vista alternativos.	"Tal vez no me saludó porque no me vio, no porque esté molesto conmigo."
Toma de Perspectiva	Reflexiona sobre cómo sus acciones afectan a otros y anticipa reacciones emocionales.	"Si no llego a tiempo, mis amigos podrían molestarse porque les hago perder tiempo."
Respuesta a la Crítica	Acepta la crítica sin reaccionar defensivamente y reflexiona sobre esta.	"Quizás tenga razón, pude haberle puesto más esfuerzo al trabajo de"
Distancia emocional contingente	Usa el humor o la imaginación para explorar emociones complejas sin abrumarse.	"Estaba nervioso por la presentación, así que me imaginé que todos en la sala llevaban sombreros chistosos."
Resiliencia frente al Estrés	Mantiene una perspectiva reflexiva bajo estrés y distingue entre emociones internas y la realidad externa.	"Sé que estoy nervioso por hacer el discurso de mi alianza, pero eso no significa que me vaya a ir mal."

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN	EJEMPLO
Conflictos Interpersonales	Maneja conflictos considerando sus propios sentimientos y los del otro, buscando soluciones en lugar de culpar.	"Se enojó porque no respondí de inmediato el mensaje urgente para ella, pero podría entenderme si le explico que me quedé sin batería."
Reconocimiento de Opacidad Mental	Acepta que no siempre puede saber exactamente lo que otros piensan o sienten, tolerando la incertidumbre.	"No estoy seguro por qué mi amiga se ha alejado de mí últimamente. Prefiero preguntarle en lugar de asumir cosas."
Decisiones Reflexivas	Antes de actuar, considera cómo sus emociones y pensamientos influyen en la situación y evalúa las consecuencias para sí mismo y los demás.	"Quiero salir, pero también sé que tengo que estudiar. Mejor organizo mi tiempo y estudio hasta las 3 y después salgo. Lo que me falta estudiar lo puedo terminar mañana."
Relaciones Interpersonales	Busca reparar rupturas en relaciones entendiendo que los conflictos no significan el fin de estas.	"Sé que discutimos, pero quiero hablar para arreglar las cosas porque me importa nuestra amistad."
Reconocimiento de Propios Sesgos	Identifica cómo sus emociones pueden distorsionar su percepción de los demás.	"Pensé que mi papá estaba molesto conmigo, pero creo que en realidad estaba cansado después de trabajar todo el día."
Autocompasión y Reflexión Personal	Evalúa sus propios errores sin caer en autocrítica excesiva y reflexiona sobre cómo mejorar.	"No debí haber dicho eso enojado, pero puedo disculparme y explicarle lo que sentí."



2.- ¿Cómo se desarrolla la mentalización?

Las bases de la mentalización se encuentran en la primera infancia, fuertemente vinculada a las relaciones de apego temprano. La interacción con el cuidador primario es esencial para la emergencia de mecanismos reguladores en el niño, los cuales median entre la predisposición genética y el funcionamiento adulto. Los cuidadores que responden de manera empática y coherente a las necesidades emocionales del infante facilitan el desarrollo de un modelo mental de la experiencia emocional, lo que permite al niño internalizar estas interacciones y desarrollar la capacidad de mentalizar.

El desarrollo de la mentalización, si bien es continuo, puede describirse a través de etapas. Inicialmente, los bebés dependen de la regulación emocional proporcionada por sus cuidadores. A través de la interacción repetida y sensible, los niños comienzan a construir representaciones internas de sus estados emocionales y de los de sus cuidadores. Este proceso, conocido como biofeedback social, es crucial para el desarrollo de la autorregulación emocional y la capacidad de reflexionar sobre los propios estados mentales y los de los demás.

Una vez que la mentalización se ha desarrollado, se convierte en una habilidad que permite una mayor conciencia de los estados mentales, facilitando la regulación de las emociones y la negociación de las relaciones interpersonales. Esta capacidad es fundamental para la organización del sí mismo y para el funcionamiento social adaptativo. La falta de una respuesta contingente adecuada por parte del cuidador puede llevar a vulnerabilidades en la regulación emocional y dificultades en la capacidad de mentalizar, lo que puede predisponer al individuo a diversos trastornos psicopatológicos.

Desde esta perspectiva, la experiencia de contar con un cuidador sensible y contingente a las necesidades del bebé, no sólo promueve el desarrollo de la seguridad en el apego, si no que genera un sentido de agencia interpersonal que le permiten al niño confiar en su capacidad para impactar el medio, y lo que es más importante aún, la seguridad para utilizar a sus figuras de apego como fuente confiable de conocimiento social. En otras palabras, la creencia de que lo que hay en la mente y experiencia de sus cuidadores es valioso y útil como para utilizarlo para conocimiento propio. A lo largo de los

años, este sentido de confianza abre las puertas al mundo social, por la posibilidad de aprender de otros, y ya entrada en la adolescencia, permite mayor flexibilidad en los necesarios filtros que permiten diferenciar cada vez con menos andamiaje externo conocimiento confiable y no confiable.

En este sentido, la experiencia psicoterapéutica es un ejemplo relevante de un tipo de contexto de confianza para el aprendizaje socio-emocional.



Fonagy, P., & Target, M. (2002). The Roots of Empathy: The Shared-Reality Theory of Mentalization. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), Handbook of Mentalization-Based Treatment. Wiley.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2003). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. Other Press.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

La mentalización no es algo que se establece de forma rígida en la infancia temprana, es una función flexible, abierta al contexto y que durante la adolescencia el contexto familiar presenta innumerables oportunidades para su promoción. Promovemos la mentalización de nuestros hijos adolescentes cuando:

Algunas ideas...

HABLAMOS SOBRE SUS INTERESES O HOBBIES Y EXPLORAMOS JUNTOS POR QUÉ LES GUSTAN
las historias detrás de estos intereses, las personas involucradas.

CONVERSAMOS SOBRE SUS AMISTADES
ayudándoles a explorar cómo perciben a sus amigos y cómo las interacciones los afectan emocionalmente.

COMPARTIMOS TIEMPO VIENDO UNA PELÍCULA O UNA SERIE
reflexionando sobre las emociones y experiencias de los personajes.

ABORDAMOS DESACUERDOS FAMILIARES
reflexionando sobre las emociones y perspectivas de cada uno.

REFLEXIONAMOS DESPUÉS DE UN CONFLICTO ESCOLAR
discutiendo cómo se sintieron y qué podrían hacer diferente.

DISCUTIMOS DECISIONES IMPORTANTES
reflexionando sobre las posibles consecuencias para ellos y para los demás.

PLANIFICAMOS ACTIVIDADES JUNTOS

fomentando un diálogo
sobre expectativas
relacionadas.

CELEBRAMOS SUS LOGROS PERSONALES

ayudándoles a reconocer
sus esfuerzos y reflexionar
sobre sus emociones.

LES OFRECEMOS APOYO EMOCIONAL EN MOMENTOS DE ESTRÉS

validando sus sentimientos y acom-
pañándolos a buscar soluciones.

CONVERSAMOS SOBRE TEMAS ÉTICOS

explorando puntos de vista
alternativos y empatizando
con las experiencias de otros.

3.- ¿Qué vínculo tiene la mentalización con la salud mental?

La mentalización — entendida como la capacidad de interpretar el propio comportamiento y el de los demás en términos de estados mentales intencionales como pensamientos, emociones, deseos o creencias— es un componente central del funcionamiento psíquico saludable. Esta capacidad permite:

- Regular las emociones y tolerar el malestar.
- Comprender y predecir la conducta propia y ajena.
- Construir una identidad coherente y estable.
- Establecer vínculos afectivos seguros y empáticos.

Cuando esta capacidad se desarrolla adecuadamente —especialmente en el contexto de relaciones tempranas seguras— actúa como un factor protector frente a diversas formas de sufrimiento psicológico.

Esta aproximación reconoce que muchas dificultades en la salud mental están vinculadas a fallas en la capacidad de mentalizar, especialmente cuando hay antecedentes de trauma, apego inseguro o disfunciones relacionales tempranas. Cuando la mentalización está deteriorada, aumentan significativamente los riesgos de desarrollar diversos trastornos psicopatológicos.

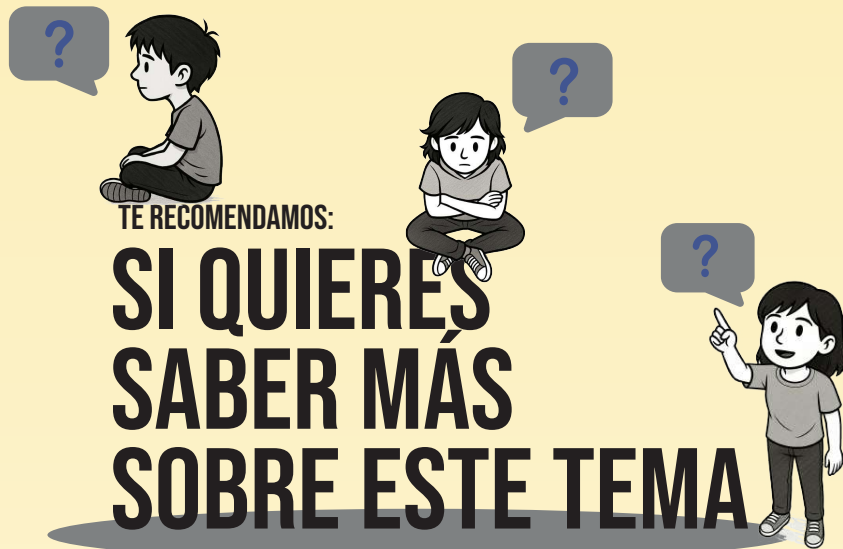
Numerosas investigaciones han evidenciado que déficits en la mentalización están implicados en la génesis y mantenimiento de distintos cuadros clínicos. Por ejemplo, en los trastornos de personalidad, como el trastorno límite (TLP), se observa un colapso de la mentalización bajo condiciones de estrés emocional o interpersonal, lo que conduce a impulsividad, relaciones inestables y dificultades en la autorregulación. Asimismo, en la depresión, la capacidad de mentalizar se ve comprometida por sesgos negativos sobre los propios estados mentales y los de los demás, lo que puede exacerbar el aislamiento y la desesperanza.

En la esquizofrenia, los déficits en la mentalización están relacionados con síntomas como delirios o alucinaciones, ya que el paciente puede tener dificultades para distinguir entre representaciones internas y realidades externas. De modo similar, en los trastornos del espectro autista o en la alexitimia, se evidencian alteraciones significativas en la capacidad de comprender y responder a los estados mentales de los otros.

Desde esta perspectiva, fortalecer la mentalización no solo es un objetivo terapéutico, sino también un factor protector clave para la salud mental. Las intervenciones basadas en la mentalización han demostrado efectividad en mejorar la regulación emocional, la calidad del apego y la capacidad reflexiva, contribuyendo significativamente a la reducción de síntomas y al bienestar psicológico general.

Relación entre trastornos psicológicos y alteraciones en la Mentalización

TRASTORNO	ALTERACIONES DE LA MENTALIZACIÓN
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)	COLAPSO DE LA MENTALIZACIÓN EN SITUACIONES DE ESTRÉS INTERPERSONAL. DIFICULTADES EN LA AUTORREGULACIÓN Y RELACION
DEPRESIÓN	SESGOS NEGATIVOS HACIA UNO MISMO Y OTROS. MENTALIZACIÓN REDUCIDA MANTIENE EL AISLAMIENTO EMOCIONAL
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)	DIFICULTADES PERSISTENTES EN LA COMPRENSIÓN DE ESTADOS MENTALES. DÉFICIT ESTRUCTURAL DE LA MENTALIZACIÓN
ESQUIZOFRENIA	ALTERACIONES EN LA DISTINCIÓN ENTRE LA MENTE PROPIA Y AJENA. PROBLEMAS CON LA REALIDAD COMPARTIDA
TRASTORNO DE ANSIEDAD	HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL Y ERRORES EN LA LECTURA DE INTENCIONES. MENTALIZACIÓN SESGADA POR ANSIEDAD



Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.

Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., & Asen, E. (2013). Innovations in practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Treatment (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 46–51. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00666.x>

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>

Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., & Target, M. (2013). The relationship between parental reflective functioning, parenting, and infant attachment: A comprehensive review. *Developmental Review*, 33(4), 316–360. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2013.08.001>

4.- ¿Qué significa que intervengamos desde una perspectiva basada en la mentalización?

Intervenir desde una perspectiva basada en la mentalización implica mucho más que aplicar técnicas o seguir un protocolo clínico. Supone centrar el trabajo terapéutico en la capacidad de comprender y reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos, es decir, sobre pensamientos, emociones, deseos e intenciones como base para la regulación emocional, la construcción del sentido de sí mismo y el fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

Desde esta mirada, el foco del tratamiento no está solo en la sintomatología, sino en cómo la persona representa su mundo interno y el de los demás. Esto requiere de parte del/la terapeuta una postura relacional específica, caracterizada por una actitud activa, atenta, emocionalmente conectada y comprometida con promover el pensar, imaginar y sentir acerca de los estados mentales en juego. Se trata de sostener una actitud mentalizadora, entendida como una disposición interna que permite acompañar la complejidad de la experiencia subjetiva sin reducirla ni cerrarla prematuramente.

En la práctica clínica, esto se traduce en modelar una actitud reflexiva, validar la experiencia emocional (sin necesariamente validar las acciones que derivan de ella), y mantener una curiosidad empática, sin imponer interpretaciones unívocas. Se trabaja desde una posición de “no saber” (*not-knowing stance*), explorando conjuntamente el significado de lo que se siente o se piensa, lo cual favorece el reconocimiento de las mentes, propia y ajena, como entidades diferenciadas, opacas y en constante transformación.

Muchas veces, sin embargo, la intensidad emocional de nuestros consultantes, especialmente cuando se comunican desde posiciones rígidas, centradas en lo literal o lo objetivable, nos arrastra a modos igualmente no mentalizadores. Por ejemplo, un cuidador abrumado por el temor de perder contacto con sus hijos en medio de una separación judicial puede expresar su ansiedad con una certeza paralizante. Un terapeuta, igualmente impactado, podría apresurarse a ofrecer técnicas de respiración o tareas para reducir el malestar. Aun cuando estas acciones no son clínicamente incorrectas, ilustran cómo podemos saltar a soluciones sin primero acompañar y explorar el significado emocional de la experiencia. La mentalización propone precisamente detenerse ahí: en el lugar donde se siente, se duda y se piensa junto al otro.

Este tipo de actitud tiene efectos terapéuticos concretos: modela cómo pensar en compañía sobre lo que se siente, fomenta la regulación emocional, y abre espacio para construir sentido en medio del caos o la impulsividad. Cuando el/la terapeuta encarna estas actitudes, enseña sin instruir, modela sin imponer. Le muestra al adolescente o a la familia que es posible detenerse, sentir sin colapsar, y explorar sin tener todas las respuestas.

En el caso de los adolescentes, esta perspectiva adquiere una relevancia particular. La adolescencia es una etapa marcada por profundos cambios biológicos, cognitivos y emocionales que desafían la capacidad de reflexionar sobre los propios estados mentales y los de los demás. Durante este periodo, las funciones mentalizadoras pueden volverse especialmente frágiles o inestables, sobre todo en contextos de alta carga afectiva, conflicto con figuras de autoridad o vulnerabilidad psicosocial. Por ello, una intervención basada en la mentalización busca ofrecer un espacio seguro y contenedor, donde el/la joven pueda explorar su mundo interno sin ser juzgado, y donde se fomente una curiosidad reflexiva sobre sus emociones, pensamientos e intenciones. Asimismo, se otorga particular importancia al trabajo con las relaciones significativas, familiares, escolares, sociales, en las que a menudo se activan dinámicas relacionales cargadas de afecto y malentendidos. Estas situaciones ofrecen oportunidades clave para fortalecer la capacidad mentalizadora. En intervenciones familiares o grupales, se trabaja la mentalización como una capacidad relacional compartida, promoviendo el reconocimiento mutuo, la empatía y la posibilidad de reparación.



NOTAS PARA TERAPEUTAS:

¿Cómo se ve esta postura mentalizadora en la intervención clínica?

1. Curiosidad genuina: somos curiosos como terapeutas cuando mantenemos una disposición auténtica a explorar la experiencia del otro, sin asumir que la comprendemos de antemano. La curiosidad no es invasiva, sino respetuosa y abierta e invita a pensar conjuntamente:

En una sesión una adolescente declara:

"NO SE POR QUE ESTOY TAN IRRITABLE, ME DAN GANAS DE ROMPER TODO"

Su terapeuta responde:

"PARECE QUE LO QUE ESTAS SINTIENDO ES MUY INTENSO... ¿TE PARECE QUE exploremos JUNTAS QUE PODRA ESTAR PASANDO? YO NO LO TENGO MUY CLARO, PERO QUIERO QUE LO PODAMOS ENTENDER MEJOR. ¿TE PARECE?"

La intervención modela una actitud curiosa que no busca resolver rápido, sino acompañar la exploración.

2. Reconocimiento de la opacidad mental: Implica el reconocimiento de que la mente del otro no es totalmente accesible, evitando asumir certezas sobre lo que el paciente piensa o siente.

Durante una intervención familiar el padre comenta:

"YO SE QUE ELLA HACE ESTO PORQUE LE ENCANTA MOLESTARME Y HACERME ENOJAR".

El terapeuta responde:

"CREO ENTENDER A QUE TE REFIERES. EL OTRO DIA, EN LA SESION QUE TUVIMOS, LA JOSE PUSO ESA MISMA CARA, CREO QUE MOSTRANDO ALGO DE SARCASMO. PERO ME QUEDE PENSANDO ¿SERA QUE ME QUERIA MOLESTAR? ¿O ES LO QUE LE SALE AUTOMATICAMENTE CUANDO SIENTE QUE NO LA ESTAMOS ENTENDIENDO?."

Con esta intervención, el terapeuta introduce la posibilidad de múltiples significados, sin invalidar la vivencia del padre, pero cuestionando gentilmente la certeza unilateral. Así, se abre un espacio para pensar juntos y explorar el mundo interno de la adolescente de forma menos polarizada y omnisciente.

3. Evitar mentalizar por el otro: Desde este posicionamiento el/la terapeuta limita las interpretaciones fomentando con su acción que sea el/la propio/a adolescente o la familia quien descubra el sentido de lo que experimenta. En una sesión, una madre dice:

"ES QUE CLARAMENTE ESTA TRISTE PORQUE LE QUITARON EL CELULAR."

El terapeuta responde dirigiéndose al adolescente:

"TU MAMA COMENTA QUE TE HA VISTO TRISTE PORQUE TE QUITARON EL CELULAR. ENTIENDO QUE FUE UN MOMENTO DIFICIL PARA TI. NO SE, ¿COMO LO VES TU? ¿ES ESO LO QUE SENTISTE? MMM... ¿SE PARECE A ESTAR TRISTE O ES ALGO DIFERENTE?"

En este ejemplo la respuesta del terapeuta cuida que no se asuma la voz del joven, dando espacio para que pueda presentar sus estados mentales, sin invalidar la impresión del cuidador.

4. Modelar una forma de pensar flexible: los/las terapeutas mostramos a los adolescentes y sus familias a través de nuestra forma de comunicarnos una apertura a imaginar flexiblemente distintas perspectivas, sin anticipar conclusiones tan rápidamente. Eso implica también la posibilidad de cambiar de opinión.

Un adolescente dice molesto:

"ELLA NO ME ESCRIBIO PORQUE ESTA ENOJADA CONMIGO, OBVIO."

El terapeuta propone:

"TIENES RAZON, ESA ES UNA POSIBILIDAD... ¿CREES QUE PODEMOS PENSAR EN OTRAS? ¿PUEDE HABER MAS DE UNA EXPLICACION? A VER SI JUNTOS PENSAMOS EN OTRAS ALTERNATIVAS QUE NO APARECEN A SIMPLE VISTA."

Con esta respuesta el/la terapeuta muestra una forma de pensar flexible, que sin invalidar al adolescente, invita a volver a mirar y ampliar el espectro de posibilidades.

5. Tolerancia a la incertidumbre: esta actitud implica aceptar y transmitir que no siempre se puede saber con certeza lo que pasa, y que está bien no tener todas las respuestas de inmediato. Este punto también puede entenderse como "acompañar el no saber" o "contener la ambigüedad emocional".

En una sesión con una adolescente que está llorando sin poder explicarlo, el terapeuta dice:

"TAL VEZ NO NECESITAS ENCONTRAR UNA RAZON EXACTA AHORA... A VECES LO PRIMERO ES DEJAR QUE ESE LLANTO TENGA LUGAR Y POCO A POCO PODEMOS IR ENTENDIENDO QUE ESTA DOLIENDO."

Esta intervención normaliza la incertidumbre y sostiene emocionalmente la experiencia.

6. Foco sobre la emoción: La mentalización no es una función fría ni intelectual, sino una capacidad que organiza la experiencia emocional y da sentido a lo vivido. Por eso, el trabajo del terapeuta siempre está guiado por el tono afectivo de lo que ocurre: si no se acoge lo que el otro siente, no es posible pensar sobre ello.

En una sesión, un adolescente comenta en tono plano:

"NO IMPORTA, DA LO MISMO TODO."

El terapeuta parece advertir algo en su respuesta no verbal y le comenta:

"REALMENTE TE DA LO MISMO? ES QUE POR LA FORMA EN QUE LO DICES ME HACE PENSAR QUE TAL VEZ NO TE DA LO MISMO. ¿ME AYUDAS UN POCO A ENTENDER? LO QUE SIENTES CUANDO ME DICES QUE DA LO MISMO... ¿QUE ES LO QUE SIENTES?"

En esta intervención el terapeuta está activamente enfocado en los aspectos afectivos de la comunicación verbal. Muchas veces los adolescentes nos comparten expresiones que están cargadas de afectos y contenido, y nuestro rol es ayudarles a develar esto.



Moran-Kneer, J., Martínez C., Díaz, M. F., González, S. Arce, K., & Duarte, J. (2020). Observando la mentalización en psicoterapias con adolescentes: Diseño de un sistema de observación de la interacción terapéutica. CES Psicología, 13(3), 51-75. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.4>

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy, 51(3), 372–380.

Aguilar, M. La postura del terapeuta en el tratamiento basado en la mentalización (TBM) The therapist stance on mentalization based treatment (MBT).

Bevington, D., Fuggle, P., & Fonagy, P. (2013). Applying attachment theory to effective practice with hard-to-reach adolescents. Attachment & Human Development, 15(2), 119–135.

5.- ¿Por qué realizar intervenciones psicológicas y psicosociales desde una perspectiva de la mentalización?

Las intervenciones basadas en la mentalización “desde un inicio” han buscado demostrar su efectividad a partir de diseños de investigación del más alto estándar de evidencia. En este sentido, es posible identificar diversos ensayos clínicos aleatorizados, que han demostrado la efectividad del modelo MBT en diversos diagnósticos clínicos.

Este tratamiento ha demostrado ser especialmente útil en contextos marcados por la desorganización emocional, relaciones conflictivas, el trauma o dificultades persistentes en la regulación afectiva e interpersonal, algo que originalmente se estudió en contextos de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad, pero prontamente se reconoció como parte de muchos de los problemas que frecuentemente se deben abordar al trabajar con población infantojuvenil y sus cuidadores.

Distintos estudios han mostrado que los tratamientos basados en la mentalización contribuyen a mejoras significativas en la regulación emocional, la reducción de síntomas psicopatológicos, el fortalecimiento del sentido del self y la calidad de los vínculos interpersonales. Se ha especulado que su efectividad se basa en su capacidad de impactar sobre un factor general y común a la psicopatología; lo han denominado “factor P”. Este factor común asociado tanto a la emergencia de trastornos en salud mental como al cambio psicológico, resiliencia y bienestar emocional es justamente la mentalización. Su valor transteórico ha permitido reconocer que su promoción en las intervenciones clínicas, con independencia de los enfoques terapéuticos, es inevitable. La innovación más importante del modelo MBT ha sido el establecimiento de un marco específico para comprender su desarrollo, para su evaluación y fortalecimiento de manera intensiva.

Las intervenciones basadas en la mentalización han probado ser eficaces en distintos formatos: individuales, grupales, familiares y parentales.

A continuación, se resumen algunos de los estudios más relevantes que han evaluado la eficacia y aceptabilidad de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) en distintos contextos:

ESTUDIO	POBLACIÓN	DISEÑO	RESULTADOS	REFERENCIA
MBT-A en adolescentes con autolesiones	80 adolescentes con autolesiones repetidas	Ensayo controlado aleatorizado (RCT)	Reducción significativa de conductas autolesivas, en mentalización y síntomas depresivos.	Rossouw & Fonagy (2012)
MBT-C en niños con problemas internalizantes y externalizantes	222 niños en edad escolar	RCT	Reducción significativa en problemas totales de los niños, regulación emocional de padres y niños	Halfon et al. (2024)
MBT-CD en adolescentes con trastorno de conducta	45 adolescentes con diagnóstico de trastorno de conducta	Estudio de factibilidad	Mejoras en empatía y comprensión emocional y reducción de conductas agresivas	Hauschild et al. (2023)
MBT-G en adolescentes con TLP	112 adolescentes con síntomas de TLP	RCT	Reducción de síntomas limítrofes, mejor regulación emocional y menor deserción frente a grupo control activo.	Beck et al. (2020)
Lighthouse Parenting Program en contextos de vulnerabilidad	7 padres con trastornos mentales atendidos en salud mental adultos	Estudio de factibilidad	Aumento de la mentalización parental, reducción del estrés en la crianza y mayor sensibilidad en el vínculo con los hijos.	Byrne et al. (2024)





Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., ... & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(5), 594–604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>

Byrne, G., Sleed, M., Midgley, N., & Fearon, P. (2024). A mentalization-based parenting intervention (Lighthouse Parenting Program) for families in adversity: A pilot evaluation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(1), 5–20. <https://doi.org/10.1016/j.ccpp.2023.12.004>

Halfon, S., Beşiroğlu, B., Bulut, P., Epözdemir, Ş., Aydın, G. İ., Koç, H. B., ... & Midgley, N. (2024). The efficacy of mentalization-based treatment for children with internalizing and externalizing problems: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(4), 456–468. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.12.006>

Hauschild, S., Kasper, L., Volkert, J., Sobanski, E., & Taubner, S. (2023). Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder (MBT-CD): A feasibility study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(12), 2611–2622. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02113-4>

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>

Depresión y adolescencia

6. - ¿Qué cambios normativos pueden afectar el desarrollo de la mentalización en la adolescencia?

Durante la adolescencia el cerebro vive una profunda reorganización estructural y funcional que afecta áreas implicadas con el funcionamiento de la mentalización. Desde el punto de vista neurobiológico, esta etapa se distingue por un proceso intensivo de poda sináptica que tiene fuerte impacto en el funcionamiento de la corteza prefrontal y una maduración asincrónica entre esta área y estructuras subcorticales, entre las que destacan el sistema límbico. Esta asimetría funcional se traduce en la aparición rápida y con gran intensidad de respuestas emocionales, en un sistema que aún no dispone de todos los recursos ejecutivos para regularlas o reflexionar adecuadamente sobre ellas. En este contexto, la mentalización se vuelve una capacidad particularmente vulnerable ya que justamente muchas de las áreas comprometidas en este proceso madurativo coinciden con aquellas asociadas a la función mentalizadora. Es muy frecuente que algunos cuidadores consulten en estos momentos debido a que las respuestas emocionales de sus hijos comienzan a preocuparles por que las consideran realmente desproporcionadas. “No es posible que Maite haya salido corriendo hacia su habitación y dado un portazo porque no le dimos permiso para salir con sus amigas hasta tan tarde”, refiere un padre muy preocupado por los recientes cambios conductuales que ve en su hija de 12 años desde que empezó el año escolar.

A este desequilibrio se suma un segundo aspecto: aunque ya pueden representarse cognitivamente el peligro, muchas veces no lo sienten con la intensidad suficiente como para que esa representación se traduzca en una acción consecuente. Una madre señala: “No me cabe en la cabeza que sabiendo lo peligroso del barrio, salió a jugar a la pelota de noche con su vecino”.

Por este motivo, muchas acciones psicoeducativas pueden, por ejemplo, ayudar a que los adolescentes reconozcan e incluso expliquen con claridad los riesgos asociados a ciertas conductas; sin embargo, su comportamiento de riesgo puede persistir, evidenciando la ausencia de una auténtica comprensión afectiva. Para algunos profesionales puede ser realmente frustrante que ciertas intervenciones “entren por un oído y salgan por el otro”.

Y en realidad no es correcto proponer entonces que a los adolescentes no les importa lo que los adultos quieren enseñarle. Lo que ocurre es que esta serie de cambios funcionales producto de la poda le han equipado con un cerebro que necesita calibrarse. Este proceso de acomodación va a requerir de varios años de aprendizaje para utilizar

adecuadamente este nuevo equipo que se configura en cada intercambio social.

Comprender estos aspectos del neurodesarrollo vinculados a la mentalización resulta central para profesionales y cuidadores, ya que los sitúa en un rol activo como andamiajes externos: su tarea no es solo informar o corregir, sino sostener funciones mentales aún en consolidación, ofreciendo acompañamiento emocional y relacional que permita fortalecer capacidades que todavía dependen, en gran medida, del entorno para desplegarse de forma plena.

Esta tarea, que tal vez fue más sencilla de implementar en la niñez, progresivamente comienza a ser más desafiante en la adolescencia. La autonomía progresiva que van adquiriendo y el mayor desarrollo cognitivo, propicia mayor escepticismo hacia el conocimiento que proviene de los adultos. Diversos estudios han evidenciado este fenómeno mostrando un posicionamiento más crítico que los mueve ya no desde una pronta confianza como en la niñez, sino que desde un posicionamiento a partir de la duda razonable. Este mundo de mayor criticismo y complejidad caracteriza parte importante de los intercambios que establecen los adolescentes con sus pares, poniendo a prueba constantemente la estabilidad de su mentalización. Ingresar al mundo de los adolescente siendo adulto es difícil, pero acceder a este mundo siendo adolescente es un desafío sin precedentes en el desarrollo.

La vulnerabilidad de la función mentalizadora no es en realidad la causa de la depresión en esta etapa, pero sí puede alimentar su desarrollo cuando las condiciones de riesgo sobrepasan las capacidades emergentes de los jóvenes. Es más cierto decir que: vivir depresión en esta etapa es especialmente de riesgo porque las capacidades mentalizadoras para hacer frente a esta experiencia se encuentran vulnerables. O sea: La depresión en la adolescencia temprana llega en un momento en que justamente las funciones estructurales mentalizadoras que serán relevantes para hacerle frente se encuentran en desarrollo.



NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Como parte de este proyecto de investigación elaboramos una videoanimación dirigida a familias que consultan a propósito de los síntomas depresivos de sus hijos. Este material está pensado para presentar de forma sencilla y clara estos aspectos del neurodesarrollo adolescente que se ven impactados cuando hay depresión en esta edad. Adicionalmente habla sobre dinámicas familiares frecuentes que ocurren en la familias. Finalmente, presenta una propuesta de cómo se podría trabajar en familia. Este material psicoeducativo lo puedes encontrar aquí:

www.youtube.com/watch?v=LxuQs8j35y4



Hemos diseñado preguntas guías para trabajar con este material psicoeducativo con familias. En el proyecto de intervención fue un material destinado a ser presentado las familias durante la primera sesión. En este contexto, tiene el objetivo de psicoeducar y estimular el diálogo sobre la experiencia depresiva y el impacto bidireccional que tiene la depresión en la familia. Las preguntas están redactadas para dirigirlas a adultos responsables, pero ya que son preguntas guías, en realidad se pueden adaptar a cualquiera de los participantes de la entrevista:

1. Al comenzar la conversación

- ¿Cómo se sintieron al escuchar a Alex contar su historia en primera persona?
- ¿Qué emociones les despertó ver la forma en que se mostraba con su familia?
- ¿En qué momentos del video sintieron más cercanía con lo que estaba viviendo Alex?

2. Sobre los cambios en Alex y la reacción de su entorno

- ¿Alguna vez han notado también en su hijo/a un cambio repentino en su forma de estar o relacionarse?

¿Cómo lo vivieron ustedes?

¿Qué suele pasar en su familia cuando su hijo/a se muestra irritable o se encierra?

¿Cómo reaccionan cuando sienten que no pueden entender lo que le pasa a su hijo/a?

3. Sobre la escena de la pizza: emociones, impulsos y opciones

Si estuvieran en el lugar de la mamá o el papá de Alex, ¿qué creen que habrían sentido en esa situación?

¿Cuál de las reacciones que mostró el video se parece más a algo que hayan hecho ustedes?

¿Qué emociones o pensamientos han sentido cuando sus intentos de compartir algo con su hijo/a no resultan como esperaban?

4. Sobre el contagio emocional

¿Cómo les hace sentido la idea de que los adultos también se contagian del malestar de sus hijos/as?

¿Recuerdan alguna situación en que ustedes también actuaron impulsivamente frente a una emoción intensa de su hijo/a?

¿Qué suele pasar con la relación cuando ambos (adulto y adolescente) están sobrecargados emocionalmente?

5. Sobre la mentalización y la conexión emocional

¿Qué ocurre en ustedes cuando logran detenerse y preguntarse “¿qué le estará pasando de verdad?”?

¿Qué ayuda a que puedan imaginar el mundo interno de su hijo/a en momentos difíciles?

¿Qué creen que cambia en la relación cuando ustedes logran ver más allá de la conducta de su hijo/a?

6. Para cerrar: sobre el trabajo conjunto en familia

¿Cómo se sintieron al ver que la terapeuta se involucraba con toda la familia?

¿Qué importancia creen que tiene que ustedes también sean acompañados en este proceso?

Si pensarán en su familia como un equipo, ¿qué fortalezas ven? ¿Qué necesitarían para enfrentar mejor momentos difíciles como los que vivió Alex?

7. ¿Cómo se entiende el origen de la depresión desde el modelo de la mentalización?

Seguramente el modelo de la mentalización aplicado al tratamiento de la depresión es nuevo para muchos profesionales que trabajan en salud mental. El referente más difundido en el sistema sanitario chileno, ciertamente es la Terapia Cognitiva Conductual. En base al conocimiento de este modelo queremos introducir al lector a los fundamentos de tratamiento basado en la mentalización, mostrando qué lo diferencia. Las distinciones que se proponen son más bien didácticas y evidentemente no buscan en ningún momento argumentar a favor de la efectividad de uno u otro.

En el Handbook of Mentalizing on Mental Health Practice del año 2011, Luyten, Lemma, Fonagy y Target realizan una interesante distinción que volvemos a presentar aca. En términos generales la depresión desde el modelo cognitivo conductual ha sido comprendida como resultante de patrones de pensamiento distorsionados, creencias negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, y esquemas disfuncionales aprendidos a partir de experiencias tempranas, muchas veces asociadas a vínculos inseguros o eventos adversos. Estos esquemas permanecen latentes hasta que se activan por factores estresantes (como pérdidas, fracasos o conflictos relacionales) dando lugar a interpretaciones negativas de la realidad que intensifican el malestar emocional y refuerzan conductas depresivas. Desde esta perspectiva, las distorsiones cognitivas son vistas como la causa principal de los síntomas, y su identificación y reestructuración constituyen el objetivo central de la intervención.

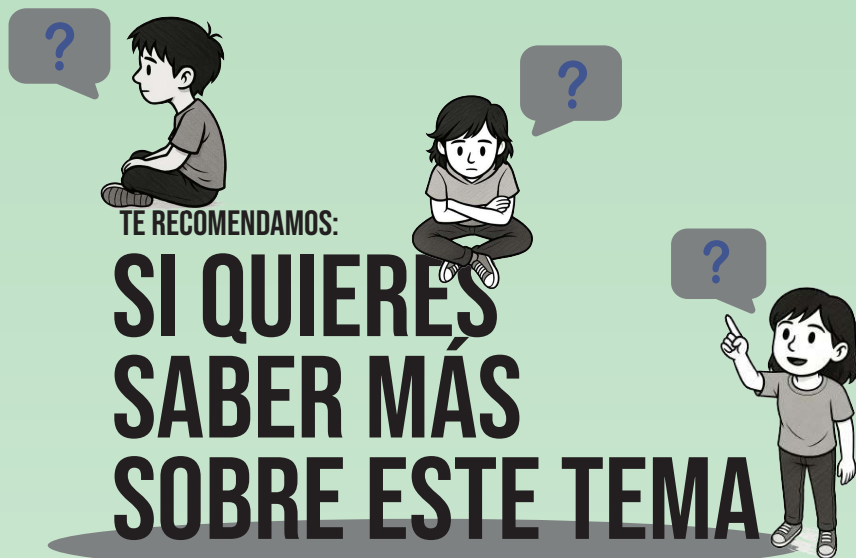
El tratamiento basado en la mentalización, por su parte, propone una comprensión distinta. En lugar de centrarse en el contenido de los pensamientos, se enfoca en la capacidad de la persona para reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos como base de la regulación emocional y de los vínculos interpersonales. Según este modelo, las experiencias tempranas de apego inseguro se constituyen como un contexto de riesgo a partir del cual evoluciona la función mentalizadora. En el futuro, esta vulnerabilidad la hace más propensa al colapso frente a condiciones de estrés, en especial el estrés interpersonal, dando lugar a formas de pensamiento rígidas, literales o desconectadas (estados prementalizadores), que dificultan la comprensión de uno mismo y de los demás a medida que el estrés se mantiene. En este marco, las distorsiones cognitivas no son la causa primaria, sino más bien una manifestación de ese colapso. Son expresiones de la interrupción temporal de la capacidad de pensar con flexibilidad y en sintonía emocional, o en otras palabras: mentalizar. La intervención entonces, se dirige a fortalecer la mentalización promoviendo un posicionamiento más resiliente frente al estrés, lo que tiene como efecto una mayor regulación del afecto en estos contextos y por tanto, la posibilidad de acceder a una versión más cohesionada del sí mismo y los otros.





Entonces, en la depresión el modelo de la mentalización posiciona al estrés como una amenaza directa a la capacidad de sostener una representación coherente del self y de los otros. Bajo condiciones de estrés interpersonal esta capacidad puede colapsar de forma transitoria, dando lugar a modos de funcionamiento rígidos, concretos o disociativos. Lo central del tratamiento basado en la mentalización no es modificar contenidos cognitivos, sino restaurar y sostener el proceso reflexivo sobre los estados mentales en un contexto relacional seguro, como base para la regulación emocional, el sentido de sí mismo y la calidad del vínculo interpersonal.

En la adolescencia, la depresión puede representar la manifestación clínica más evidente de un quiebre de la función mentalizadora. En esta etapa, marcada por intensos desafíos evolutivos, la tarea de construir una identidad estable y diferenciada ocurre sobre una base aún vulnerable: el self está en formación y la capacidad de mentalizar no está plenamente consolidada (el punto 6 hace referencia a los cambios neurofisiológicos que se viven en esta etapa). La exposición a estrés interpersonal significativo, en especial en adolescentes con historias de apego inseguro o trauma relacional temprano, puede precipitar la aparición de modos prementalizadores. Este colapso mentalizador puede expresarse clínicamente como desesperanza, retraimiento, irritabilidad o desorganización emocional que frecuentemente coexisten con fenómenos de disociación, observándose en la clínica desconexión del relato o incluso fenómenos de escisión. Estos momentos pueden ser difíciles para los clínicos y llevarlos en algunos momentos a verse contagiados por estos mismos estados prementalizadores, asumiendo posiciones de mayor control (“creo que este chico está intentando manipular a sus padres, tengo que hacer algo para detener eso”), temor (“me abrumba su malestar, no sé qué hacer”), o incluso aliándose en algunos momentos con la disociación (“Es un corte chico, en realidad no es para tanto”). En este contexto, la intervención basada en la mentalización busca restablecer una capacidad reflexiva mínima, sostener una representación subjetiva del adolescente como agente y promover una relación terapéutica que funcione como espacio seguro desde donde reorganizar la experiencia interna. Más que corregir pensamientos negativos, se trata de acompañar el proceso de volver a pensar sobre la propia mente y la de los otros, incluso en medio de estados emocionales intensos o caóticos.



Luyten, P., Lemma, A., Fonagy, P., & Target, M. (2011). Depression. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 385–417). American Psychiatric Publishing.

8. ¿Qué caracteriza la mentalización de adolescentes con diagnóstico de depresión?

Al iniciar un proceso terapéutico con adolescentes es necesario que evaluemos su capacidad de mentalización y sus fallas, para conocer la mejor manera de trabajar con ellos. En el modelo MBT a estas fallas se les denomina modos prementalizadores, y en palabras simples son formas tempranas, inmaduras o desorganizadas de interpretar la mente propia y ajena, que surgen cuando la capacidad de mentalizar se pierde, se altera o no está suficientemente desarrollada. En vez de interpretar la conducta humana como motivada por estados mentales complejos (deseos, creencias, emociones), cuando estamos en estos modos usamos explicaciones rígidas, concretas o distorsionadas. Estos modos se activan más fácilmente en situaciones relacionales cargadas de afecto, como conflictos con cuidadores o pares, pero además el estado de ánimo alterado afecta la capacidad de mentalización de las personas, ya sea, de modo temporal o más crónico. Fonagy y colaboradores identifican tres modos principales:

Modo de equivalencia psíquica

Cómo se vive: Lo que pienso o siento es absolutamente real.

Ejemplo clínico: Si siento que nadie me quiere, eso significa que objetivamente nadie me quiere.

Implicancia terapéutica: La persona no distingue entre lo interno y lo externo. Las emociones se experimentan como hechos innegables.

Intervención útil: Validar la experiencia emocional pero introducir la posibilidad de otras perspectivas. Por ejemplo: “Entiendo que sientas eso, pero a veces nuestros sentimientos no son hechos. ¿Podríamos explorar qué otras explicaciones podría haber?”

Cuando este modo se activa existe un predominio de la mentalización automática y afectiva, por sobre la controlada y cognitiva. Esto tiene una razón evolutiva, ya que la equivalencia psíquica surge como un modo de mentalización incipiente en la infancia temprana, con una función interpersonal de “contagiar” al otro como un grito de atención y ayuda, para así regular los estados mentales internos en presencia de otro.

Cuando las personas están deprimidas, la equivalencia psíquica aparece con frecuencia en su modo de interpretar el mundo. Así en personas que cursan un cuadro depresivo existe poco o ningún espacio para simbolizar, simular o jugar con sus estados mentales, ya que todo se muestra dominado por el afecto, considerando que la realidad interna representa la realidad en sí, con dificultades en tomar otras perspectivas. Esto impide controlar o distanciarse de la vivencia emocional para suprimir el afecto negativo. Dado este predominio del afecto por sobre la razón, la experiencia interna se vuelve demasiado real; existe un pensamiento concreto en el que el dolor psicológico se experimenta como dolor corporal. Por ejemplo, las preocupaciones se sienten como un peso doloroso sobre los hombros, los pensamientos depresivos literalmente oprimen al yo, un sentimiento de desesperanza se traduce en una postura corporal, y el fracaso anticipado de los actos es palpable como retraso psicomotor. La crítica de los demás se percibe como un ataque a la integridad del yo.

Al evaluar la transferencia con el terapeuta, existe una especie de “contagio de la angustia” y el riesgo de que el paciente pueda reproducir involuntariamente una relación de dependencia.

Viñeta clínica:

Daniel asiste a consulta dado que hace un mes presenta labilidad emocional y retraimiento. Entra al box caminando lento, con vestimenta oscura y desaseado, tiene una postura encorvada, presenta un tono de voz bajo. Al preguntar por el motivo de consulta a Daniel se le “quiebra la voz”, refiere tener una opresión en el pecho y al rato menciona “todo me sale mal, no tengo salida”.

Modo de simulado o “como sí”

Cómo se vive: Lo que digo o pienso no tiene conexión con la realidad emocional.

Ejemplo clínico: Una paciente describe sus traumas con frialdad o incluso risa, sin mostrar afecto congruente.

Implicancia terapéutica: El contenido mental está escindido de la experiencia emocional; se habita un mundo “de fantasía” sin arraigo.

Intervención útil: Promover una reconexión emocional. Usar el cuerpo, gestos, silencios o la contratransferencia para traer el afecto al presente.

Al revés del modo de equivalencia psíquica, en este modo predomina la mentalización controlada o cognitiva por sobre la mentalización automática o afectiva. Aquí observamos que el sujeto se presenta de forma autónoma y muchas veces desconectado de los afectos y de la propia subjetividad. En este estado aparecen narraciones elaboradas y en gran medida precisas que involucran al yo y a los demás. Impresiona objetivo, pero suele ser pesimista, representando la realidad de forma cruda “es lo que es” para el paciente deprimido, y no se pueden imaginar alternativas.

Muchas veces para los terapeutas puede ser difícil distinguir estos relatos de modo simulación de niveles genuinamente altos de mentalización, pero algunos características nos permiten su distinción: 1) Su naturaleza excesivamente analítica, repetitiva y extensa, permeadas por temas depresivos como la culpa y la vergüenza. 2) Su naturaleza excesivamente cognitiva, sin contacto con el núcleo afectivo subyacente. 3) Ausencia de sentimientos de autoestima, autoagrado y control percibido (“realismo depresivo excesivo”) y 4) Incapacidad de “cambiar de perspectiva”. Mientras que la mentalización efectiva normalmente conduce a un alivio del estado de ánimo deprimido, la rumiación del modo simulación conduce a exacerbaciones de las cogniciones depresivas. Además en este modo existe una disociación entre el estrés subjetivo y el estrés corporal. Esto puede explicar las características similares a la alexitimia de algunos de estos individuos y la alta comorbilidad con quejas somáticas funcionales.

En cuanto a la transferencia con el terapeuta, aparece escasa necesidad de ayuda con relatos despectivos en que algunos de los pacientes niegan casi por completo la naturaleza problemática de sus quejas y relaciones. Esto puede incluso generar aburrimiento del terapeuta

Viñeta clínica:

Víctor consulta por cuadro de larga data de dolor abdominal y tras una serie de exámenes normales, el médico decide derivarlo a salud mental. En la entrevista con el terapeuta Víctor continúa centrado en su dolor abdominal, como si más que consultar con un especialista en salud mental estuviera en la atención del médico general. Al preguntar el terapeuta por su relación con los pares, Víctor señala “Soy de pocos amigos, muchas veces salgo al recreo sólo, pero esto no es algo que me afecte, más bien creo que es parte de mi personalidad, y mis compañeros son muy inmaduros”. Todo lo relata con un tono monótono. Al preguntar al terapeuta si ésto le afecta emocionalmente Víctor señala “no, no creo que me afecte, aparte a veces en el recreo me quedo durmiendo en la sala,



no me interesa salir, los fines de semana tampoco tengo mucha energía para salir, por lo tanto si tuviera amistades, tendría que rechazar invitaciones, pero yo creo que lo que sí me afecta son estos dolores abdominales que tengo”.

Modo teleológico

Cómo se vive: Solo lo que se ve o se hace físicamente es real.

Ejemplo clínico: “Si realmente me quisieras, me habrías llamado”. Los afectos deben demostrarse con acciones concretas.

Implicancia terapéutica: El mundo interno solo se valida si hay una manifestación externa tangible.

Intervención útil: Explorar el mundo interno del paciente más allá de la conducta observable. Por ejemplo, “¿Qué crees que podría estar sintiendo esa persona aunque no lo haya dicho o hecho explícitamente?”

Este modo prereflexivo se basa en explicar las intenciones, deseos o sentimientos de las personas a partir de sus conductas observables. En estos casos los hechos o las acciones reemplazan el pensamiento reflexivo. Muchos pacientes deprimidos pueden sentirse amados sólo si la otra persona significativa expresa físicamente su amor (por ejemplo, estando presente, comprando regalos, quedándose en casa con ellos en lugar de salir con amigos). En este estado los pacientes intentan atribuir su estado depresivo a hechos también observables, por ejemplo, causas biológicas (“Probablemente sea genética; mi padre también estaba deprimido”) o ambientales (“Es porque mi madre nunca me quiso”). Aunque estas últimas explicaciones suelen contener referencias a estados mentales, en esencia son de naturaleza no mentalizadora, porque son intentos rígidos y concretos de explicar los sentimientos de depresión y obstaculizan la mentalización genuina (por ejemplo, sobre el propio papel en la configuración de la propia vida). A diferencia de la equivalencia psíquica en que la realidad interna y afectiva es vista como la realidad absoluta, en este modo hay una apertura hacia la realidad externa, pero de un modo concreto.

En la transferencia los pacientes pueden exigir también hechos concretos del terapeuta como sesiones más largas o más numerosas o soluciones rápidas para su malestar. Muchas veces los pacientes exigen a los terapeutas soluciones concretas lo que los lleva a actuar de forma igualmente teleológica y comienzan a entregar consejos o tareas que no necesariamente guardan sentido clínico.

Viñeta clínica:

Marcela es traída a la consulta dado que su madre encuentra en un cuaderno la frase “Me quiero morir” acompañada de distintos dibujos de contenido depresivo. En la sesión refiere que lleva meses sintiéndose mal, pero sus familiares no lo notaban hasta que su madre descubre el cuaderno. En medio de la sesión Marcela se percata de que el terapeuta mira silenciosamente su reloj, respecto a eso agrega. “¿se da cuenta? incluso a usted lo estoy aburriendo, no halla la hora de terminar la atención conmigo”.

En los pacientes deprimidos, los distintos modos prementalizadores tienden a fluctuar con predominio de uno sobre otro dependiendo de la persona y su estilo de apego. Sin embargo, dado que la depresión es por naturaleza un cuadro afectivo, el modo equivalencia psíquica suele ser el predominante mientras que en cuadros leves o crónicos como la distimia suele presentarse más como modo simulación.

Es importante conocer estos modos prementalizadores para el trabajo clínico, ya que cuando un paciente entra en uno de estos modos se reduce su capacidad de reflexión y mentalización, lo que puede conducir a tensiones o incluso rupturas de la alianza terapéutica. El no detectarlos o abordarlos de manera explícita puede generar que la relación terapéutica se deteriore y se vuelva más difícil trabajar con el adolescente.

Es importante que los/as terapeutas puedan identificar cuándo los/as adolescentes han perdido la capacidad de reflexionar sobre sí mismo o sobre los otros, y adaptar su estilo interventivo para ayudar a restablecerla. Muchas veces cuando detectamos que el adolescente entra en un modo prementalizador es útil mentalizar la relación terapéutica misma y decir algo como “Me doy cuenta que en este momento te sientes solo también conmigo, ¿puede ser?”. De esta manera observar estos modos en sesión ayuda a identificar y reparar rupturas en la alianza, intervenir de manera sintonizada y reguladora y favorece el desarrollo progresivo de la mentalización, puesto que el adolescente aprende a mirar su mente y las de otros.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Dimensiones afectadas en adolescentes con depresión

Dimensión	Descripción clínica	Ejemplo clínico
Reconocimiento de estados mentales	Dificultades marcadas para identificar y diferenciar emociones propias y ajenas; tendencia al embotamiento afectivo.	Andrea responde “no sé” ante preguntas sobre cómo se siente; cuando lo intenta, usa términos vagos como 'rara' o 'vacía'.
Toma de perspectiva	Dificultades para comprender intenciones ajenas, especialmente en contextos conflictivos o ambivalentes; interpretaciones centradas en el rechazo.	Cree que sus amigas la excluyen por odio, aunque estas no han expresado nada negativo respecto de ella.
Opacidad mental	Predominio de certezas rígidas sobre los estados mentales de los otros; escasa tolerancia a la ambigüedad mental.	Interpreta que su padre ya no la quiere porque no le contes- tó un mensaje; no considera que estaba trabajando.

Regulación emocional	Afectividad intensa y sostenida; incapacidad para modular estados de tristeza, culpa o vacío emocional.	Ante una crítica menor, se encierra por horas y refiere sentirse devastada, sin posibilidad de consuelo.
Coherencia del self	Narrativa del self fragmentada, marcada por imágenes negativas persistentes y poco integradas de sí misma.	Dice que antes era una niña alegre, pero ahora siente que es 'alguien rota'; no logra integrar ambas imágenes.
Empatía	Empatía inhibida o sobreactivada, sin capacidad para sostener una distancia reflexiva; dificultad para resonar afectivamente con otros de forma regulada.	Evita consolar a su hermano menor porque teme llorar con él; en otras ocasiones se desregula al ver sufrir a otros.
Flexibilidad cognitiva	Estilo de pensamiento polarizado; escasa capacidad de revisar creencias sobre sí misma o los demás frente a nueva evidencia.	Está convencida de que nadie puede quererla, incluso cuando se le muestran señales claras de afecto.
Lectura afectiva de los otros	Lectura emocional errónea de señales sociales; confunde desinterés con rechazo o neutralidad con hostilidad.	Malinterpreta el tono neutro de su profesora como enojo o desprecio, lo que refuerza su retraimiento escolar.
Agencia y locus de control	Sentido de agencia disminuido; percepción de falta de control interno sobre emociones y acontecimientos externos.	Refiere que 'nada de lo que haga cambia las cosas'; se siente atrapada en una espiral que no puede controlar.



Trivia: Identifica el modo prementalizador ocupado por estos adolescentes:

Ejemplo 1

Tomás, 16 años, relata con tono neutro y sin afecto que su padre lo dejó esperando en la calle por tres horas y que ya “no le importa”. Dice entre risas:

“Igual fue divertido, me quedé mirando TikTok. A mí esas cosas no me afectan.”

Interpretación:

Tomás describe una experiencia emocionalmente impactante sin conexión afectiva. El contenido está escindido de la vivencia emocional real.

Modo prementalizador=.....

Intervención sugerida:

Sintonizar desde lo corporal o emocional, incluso usando silencios o la propia resonancia emocional:

“Me imagino que debe haber sido difícil estar solo tanto rato sin saber si vendría. ¿Cómo fue para ti estar ahí esperando?”

Ejemplo 2:

Camila, 15 años, entra a sesión muy angustiada tras ver un mensaje en redes sociales donde no fue etiquetada en una foto de sus amigas. Dice:

“Están hablando mal de mí. Me odian. Lo sé. No tengo amigas.”

Interpretación:

Camila está viviendo su pensamiento y emoción como una verdad absoluta: si lo siente, debe ser real. No contempla otras interpretaciones.

Modo prementalizador=.....

Intervención sugerida:

Validar el malestar, pero introducir una duda amable:

“Parece que este mensaje te hizo sentir muy sola. ¿Crees que podríamos pensar en otras razones por las que no te etiquetaron, además de que no te quieran?”

Ejemplo 3

Sofía, 14 años, dice que su madre no la quiere porque no fue a su presentación del colegio:

"Si me quisiera, habría ido. Punto."

Interpretación:

Sofía interpreta el afecto de su madre únicamente a partir de un hecho observable. No puede representar estados mentales internos como preocupación, culpa o limitaciones contextuales.

Modo prementalizador=.....

Intervención sugerida:

Explorar la intención emocional y ampliar el foco mentalizador:

"¿Qué crees que podría haber sentido tu mamá al no poder ir? ¿Qué te hace pensar que no le importó?"

Las respuestas son:

Ejemplo 1= Modo simulado

Ejemplo 2= Equivalencia Psíquica

Ejemplo 3= Modo teleológico



Fonagy, P., & Bateman, A. (2019). Introduction. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice (2nd ed., pp. 3–20). American Psychiatric Publishing.

9. ¿La mentalización es la única función psicológica afectada en la depresión en la adolescencia?

Luyten y Fonagy han propuesto un influyente modelo explicativo, conocido como el modelo de estrés-recompensa-mentalización, que ofrece una comprensión integradora de la psicopatología de la depresión, especialmente durante la adolescencia. Este modelo plantea que la interacción entre a) altos niveles de estrés interpersonal o social (por ejemplo, conflictos relacionales o experiencias de rechazo), b) un sistema de recompensa disfuncional (dificultad para experimentar placer o motivación) y c) fallas en la capacidad de mentalizar, cumple un rol central en la aparición y el mantenimiento del trastorno. Desde esta perspectiva, los adolescentes que enfrentan condiciones adversas sostenidas y presentan una capacidad mentalizadora vulnerable son particularmente propensos a desarrollar síntomas depresivos. En estos casos, es frecuente observar dificultades para modular emocionalmente sus experiencias y procesar el estrés interpersonal. Por ejemplo, ante un mensaje no respondido por parte de un amigo, el adolescente puede interpretar automáticamente que está siendo ignorado o excluido, lo que intensifica su malestar y refuerza la sensación de inutilidad o vacío.



A lo anterior se suma una alteración en el sistema de búsqueda de gratificación, que se manifiesta como anhedonia, es decir, una disminución en la capacidad de experimentar placer o interés. Así, por ejemplo, situaciones que antes generaban entusiasmo, como salir con amistades, practicar un deporte o escuchar su música favorita, dejan de producir disfrute o motivación. Esta baja responsividad a estímulos positivos, combinada con una alta reactividad al estrés, configura un terreno fértil para la consolidación de estados depresivos prolongados.

En este contexto, la mentalización tiende a desactivarse con facilidad, especialmente ante situaciones de alta carga emocional. Esto da lugar, como ya se ha mencionado en otros puntos, al uso predominante de modos prementalizadores, como la equivalencia psíquica o el pensamiento teleológico. Por ejemplo, un adolescente en equivalencia psíquica podría pensar “me miraron mal, así que claramente me odian”, mientras que en pensamiento teleológico puede concluir “si mi padre no me busca, es porque no le importo”. Estas formas de interpretar la experiencia contribuyen a ciclos interpersonales

viciosos, caracterizados por malentendidos, retraimiento o reacciones impulsivas, que intensifican la sensación de desconexión y profundizan los síntomas depresivos.

Así, este modelo permite comprender que la depresión en la adolescencia no solo implica una alteración afectiva, sino también un deterioro en los procesos relacionales y en la capacidad de dar sentido a la experiencia propia y del otro. Esta comprensión ofrece un marco clínico relevante para orientar intervenciones centradas en el fortalecimiento de la mentalización como vía para el abordaje terapéutico.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Viñeta Clínica el modelo de estrés–recompensa–mentalización

Isidora tiene 14 años y cursa octavo básico. Hasta hace algunos meses, se destacaba por su creatividad, su entusiasmo por participar en actividades escolares y su vínculo cercano con un pequeño grupo de amigas. Le gustaba mucho dibujar, hacer lettering y buscar ideas de manualidades en redes sociales. Sin embargo, últimamente ha comenzado a mostrar cambios notorios. Su profesora jefe ha notado que está distraída en clases, responde con monosílabos y en varias ocasiones no ha entregado tareas. Sus amigas comentan que poco a poco ha dejado de sentarse con ellas en los recreos y que cuando le escriben, contesta con demora o simplemente no responde.

En su casa, el ambiente también ha cambiado. Sus padres están atravesando una separación conflictiva. Aunque conviven aún en la misma vivienda, prácticamente no se hablan y las interacciones están marcadas por silencios tensos, discusiones indirectas y ausencia de acuerdos parentales. Isidora se siente en medio de una tensión que no entiende completamente, pero que percibe como algo que la involucra y la agota. Ha comenzado a pasar más tiempo sola en su habitación, muchas veces acostada en la cama, mirando su celular sin mucho interés. Ha dejado de pedir materiales para sus dibujos y ya no habla sobre sus planes o intereses. Cuando se le pregunta cómo se siente, suele responder “no sé”, o dice que se siente “vacía” o “rara”, sin poder explicar más.

En sesión, cuenta que a veces cree que sus amigas se alejaron porque ella es “aburrida o pesada”. Interpreta el silencio de su padre durante el desayuno como una señal de que “le carga verla”, y se entristece profundamente cuando su madre no la acompaña a acostarse como antes. Relata también que su papá no la saludó para su cumpleaños a través de redes, lo que interpretó como una prueba de que no le importa. No logra pensar en otras explicaciones posibles para esas experiencias. En varias ocasiones ha dicho que no ve sentido en hacer esfuerzos porque “da lo mismo”, ya que “todo sigue igual”. Estas frases suelen ir acompañadas de expresiones faciales apagadas, tono de voz bajo y escaso contacto visual.

Análisis desde el modelo estrés–recompensa–mentalización

1. Estrés interpersonal crónico

Isidora se encuentra expuesta a un entorno altamente estresante desde el punto de vista relacional. La separación de sus padres, aún sin concretarse en términos de distancia física, ha generado un clima familiar ambiguo, lleno de

tensiones y sin una narrativa clara para ella. La falta de comunicación explícita entre los adultos y la imposibilidad de hablar abiertamente sobre lo que ocurre refuerzan su confusión e inseguridad emocional. A esto se suma el distanciamiento de sus amigas, que Isidora interpreta como un rechazo personal, sin considerar factores contextuales o cambios propios del grupo. Esta exposición prolongada a situaciones impredecibles y no mentalizadas la deja sin recursos para comprender lo que siente, intensificando su malestar y su necesidad de buscar explicaciones autodevaluativas: “Quizás soy aburrida”. Se observa también una sensibilidad extrema a gestos ambiguos, como el silencio o la falta de respuesta inmediata, que son leídos automáticamente como señales de desaprobación o rechazo, lo que refuerza su vulnerabilidad interpersonal.

2. Alteración del sistema de recompensa

Isidora ha perdido el interés por actividades que antes le resultaban motivadoras y placenteras. Ya no dibuja ni busca ideas creativas como solía hacerlo, ha abandonado actividades sociales espontáneas y se muestra desmotivada respecto a sus responsabilidades escolares. Su madre y su profesora notan esta desconexión generalizada con lo que antes la entusiasmaba. Esto indica una alteración en el sistema de gratificación: la capacidad de anticipar placer, motivarse y actuar en función de intereses personales se encuentra empobrecida. La presencia de frases como “da lo mismo” y la falta de iniciativa son signos de anhedonia y desesperanza, aspectos centrales en los cuadros depresivos. Su tendencia a pasar largos períodos en cama, sin un objetivo claro, también refleja un retraimiento afectivo que impide el acceso a experiencias gratificantes o reparadoras.

3. Mentalización comprometida o frágil

La capacidad de Isidora para comprender y reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos se encuentra comprometida, especialmente en contextos de sobrecarga emocional. Cuando se le pregunta cómo se siente, no logra verbalizar con claridad sus emociones, recurriendo a expresiones vagas (“rara”, “vacía”) o a la desconexión (“no sé”). Frente a la conducta de los otros, tiende a utilizar modos prementalizadores: en equivalencia psíquica, da por ciertas sus interpretaciones negativas (“si no me hablan, es porque les caigo mal”); en pensamiento teleológico, espera acciones concretas como prueba de afecto (“si no me



escribió, es porque no le importo”). Estas formas de pensamiento restringen su capacidad para pensar en múltiples causas o puntos de vista y refuerzan su aislamiento. Además, su dificultad para sostener la opacidad mental, la posibilidad de no saber con certeza lo que el otro siente o piensa, la empuja a atribuciones rígidas que alimentan su malestar. En este contexto, la mentalización no actúa como un recurso protector, sino que se desorganiza, contribuyendo a la cronificación de su estado afectivo.

En conjunto, el modelo permite comprender que los síntomas de Isidora no son únicamente expresiones emocionales aisladas, sino manifestaciones de un funcionamiento alterado en los sistemas de estrés, recompensa y mentalización. Este modelo nos permite una descripción comprensiva de la experiencia depresiva que luego puede permitir ser base para tareas como: elaborar una devolución clínica a la familia, presentar el caso en un espacio de supervisión clínica, redactar un informe psicológico al colegio de Isidora, o incluso sistematizar la información del caso en una ficha clínica y establecer una formulación clínica que oriente el tratamiento.



Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). The stress–reward–mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the Research Domain Criteria (RDoC) approach. *Clinical Psychology Review*, 64, 87–98. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.008>

Familia y contexto

10. ¿Qué implica una mirada familiar desde el marco de la mentalización?

Desde el marco de la mentalización, abordar el malestar emocional de un adolescente requiere considerar no solo su experiencia individual, sino también los vínculos familiares que estructuran su manera de interpretar el mundo. Desde esta perspectiva partimos de la premisa de que los seres humanos no desarrollan su capacidad de comprender los estados mentales en aislamiento, sino a través de relaciones tempranas y sostenidas donde otros, particularmente los cuidadores, ofrecen un andamiaje que permite darle sentido a lo que se siente, se piensa y se experimenta. En este sentido, el trabajo clínico con adolescentes ineludiblemente tiene a la familia en mente, aun cuando no todos sus miembros estén presentes en la intervención. Como señaló el Dr Efrain Bleiberg en uno de sus entrenamientos en el contexto de este proyecto: “Si ampliamos la idea de Winnicott de que no existe tal cosa como un bebé, sino un bebé y su madre; tendríamos que decir que no existe un adolescente, sino un adolescente y su familia”.

Trabajar desde el marco de la mentalización con familias implica un esfuerzo intensivo por comprender y abordar las dinámicas de influencia mutua que se producen entre ellos. Esto implica considerar cómo los estados mentales de cada miembro impactan en los demás de manera circular, dando forma a dinámicas que, en algunos casos, contribuyen al mantenimiento del malestar. El foco no está en identificar “culpables” ni explicar linealmente las causas del síntoma, sino en crear un espacio donde se pueda explorar esa influencia bidireccional con apertura, curiosidad y sin juicio. En este proceso, se vuelve central fortalecer la capacidad reflexiva y agencia de los adultos significativos, ya que son ellos quienes proveen el contexto más relevante para sostener o transformar los modos de funcionar del adolescente.

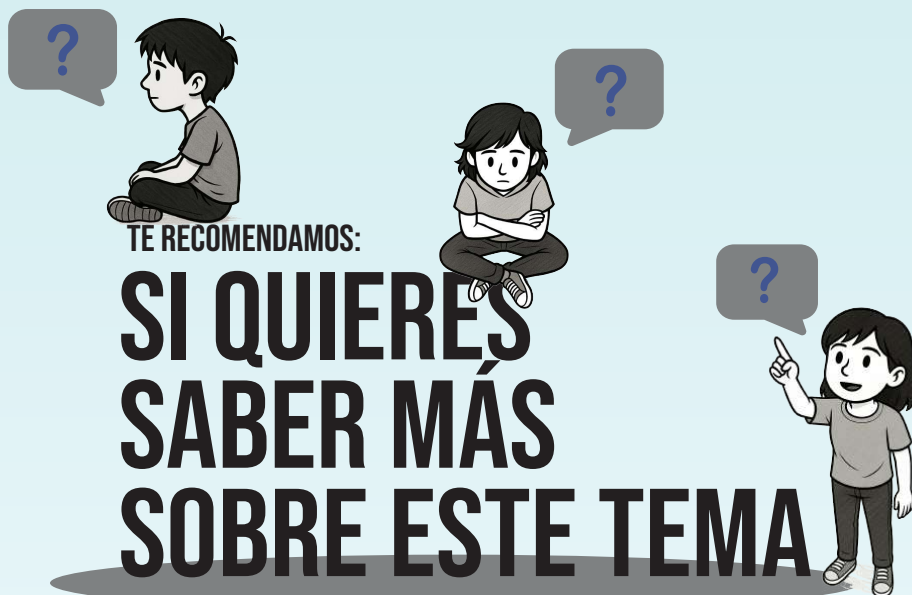
Fortalecer la mentalización parental, una capacidad que permite pensar sensible y contingente los estados internos de los hijos, especialmente en momentos de tensión, es un objetivo crítico del trabajo clínico. Promover esta capacidad no solo mejora el vínculo y la comunicación, sino que permite a los cuidadores funcionar como un andamio que ayuda al adolescente a organizar su experiencia interna, especialmente cuando esta se vuelve confusa o amenazante. En este sentido, la intervención busca restaurar esa función parental, reconociendo que muchas veces los propios adultos se encuentran emocionalmente sobrepasados, repitiendo modelos aprendidos en sus propias historias familiares. A veces nuestras intervenciones van a modelar en los cuidadores, frecuentemente sobrepasados por el estrés familiar, cómo conectar con ellos

mismos y con sus hijos adolescentes.

La dimensión transgeneracional adquiere aquí un valor explicativo importante: los modos en que los padres interpretan el malestar y las acciones de sus hijos, las estrategias que despliegan y las emociones que se activan tienden a estar ancladas en sus propios vínculos tempranos. Sin hacer de esto una narrativa determinista, se vuelve clínicamente relevante explorar cómo estas experiencias pasadas pueden limitar o enriquecer su disponibilidad mentalizadora actual. A veces esto va a requerir que tengamos sesiones individuales con los cuidadores para conocer sus propias historias de crianza y comprender cómo estas se actualizan en su parentalidad. A través del trabajo terapéutico, estas transmisiones implícitas pueden ser identificadas y resignificadas, permitiendo a los adultos flexibilizar sus respuestas y ofrecer una contención más contingente.

Durante la adolescencia, el proceso de diferenciación e individuación, motivado por la necesidad de autonomía progresiva, suele tensar los vínculos familiares, generando reacciones defensivas o malentendidos. Desde una postura mentalizadora, se busca que los cuidadores puedan sostener esta ambivalencia sin colapsar, es decir, que logren permanecer conectados emocionalmente incluso cuando el adolescente se distancia, se opone o desafía. Este equilibrio entre presencia y respeto a la separación es fundamental para que el adolescente pueda desarrollar una identidad diferenciada sin perder el sentido de pertenencia.

Por último, asumir una mirada familiar desde la mentalización, implica mantener una atención constante a los procesos de mutua influencia, reconociendo que los estados mentales no se generan ni se modifican en un solo individuo, sino en la interacción. El terapeuta, en este sentido, actúa como un facilitador que promueve momentos de reflexión compartida, detecta patrones que obstaculizan la mentalización y modela un modo de estar en la relación basado en la validación, la curiosidad y la verificación constante de sentido. No se trata de buscar explicaciones absolutas, sino de construir un lenguaje conjunto que permita comprender mejor lo que ocurre entre los miembros de la familia, abriendo así posibilidades de cambio más sostenibles.



Asen, E., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-based treatment with families. The Guilford Press.

Midgley, N., & Vrouva, I. (Eds.). (2012). Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families. Routledge.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Presentación cruzada:

Una estrategia muy utilizada en la intervención basada en la mentalización para familias, especialmente en una primera sesión, es la técnica de presentación cruzada. Ejemplifica muy bien el sentido de este modelo. Esta técnica consiste en invitar a cada miembro de la familia a presentar al otro: Un/a hijo/a presenta a su cuidador/a y viceversa, describiéndolo no solo desde aspectos externos (como edad, intereses o rutinas), sino también desde lo que imagina que el otro piensa, siente o necesita. Este ejercicio permite desde un inicio ejemplificar el valor que tendrá el acto de imaginar los estados mentales del otro, así como hacer transparentes los propios. Es una herramienta que instala lo lúdico desde el inicio y muchas veces entrega valiosa información sobre la relación y permite acceder recursos y aspectos más cotidianos a los que no es posible llegar si es que se comienza la sesión preguntando directamente por el problema.

Terapeuta:

ME GUSTARÍA COMENZAR CON UNA ESPECIE DE JUEGO, ALGO QUE USAMOS MUCHO EN ESTA TERAPIA. SE LLAMA "PRESENTACION CRUZADA". LA IDEA ES QUE CADA UNO INTENTE PRESENTAR AL OTRO, COMO SI SE LO DESCRIBIERA A ALGUIEN QUE NO LO CONOCE. PUEDEN HABLAR DE COMO ES, QUE CREEN QUE LE IMPORTA, COMO LO VEN ÚLTIMAMENTE... COSAS ASÍ. ¿TE ANIMAS A EMPEZAR TÚ, GABRIEL?

Gabriel (se encoge de hombros, pero sonríe):

Ya... Mi papá se llama Marcelo, tiene 45, trabaja mucho y toma café como si fuera agua. Siempre está con su celular. Es bueno para los memes... aunque no siempre los entiende bien (ríe)... pero igual me los manda. Creo que últimamente está más serio, como preocupado. A veces pienso que no sabe cómo hablarme, pero igual trata.

Terapeuta (con una sonrisa):

Qué buena imagen esa de los memes. ¿Tú crees que cuando te los manda está intentando conectar contigo?

Gabriel (más serio):

Sí... o sea, no siempre me río, pero me doy cuenta de que es su forma de decir "aquí estoy".

Terapeuta (mirando a Marcelo):

Me imagino que eso puede ser importante... ¿cómo es para ti escuchar esto?

Marcelo (visiblemente tocado):

No sabía que te dabas cuenta. Yo... a veces no sé por dónde entrar, pero los memes me parecen una forma de decirle algo sin presionarlo.

Terapeuta:

Este momento es muy valioso. Sin darnos cuenta, ya estamos empezando a explorar cómo se conectan. Y cómo incluso lo que parece "ligero" puede tener mucho significado. Podemos tomar esto después.

11. ¿De qué manera impacta la depresión de un adolescente a nivel del sistema familiar?

La depresión en un adolescente no es un problema individual, sino que tiene un profundo impacto en todo el sistema o constelación familiar. Como una piedra arrojada en un estanque, sus efectos se propagan en ondas que alcanzan a cada rincón del sistema familiar, alterando dinámicas, transformando relaciones y modificando el clima emocional del hogar. Este impacto se produce a través de mecanismos sutiles y a la vez poderosos que, de no ser comprendidos, pueden intensificar el sufrimiento de todo el sistema familiar.

Naturalmente las familias promueven la mentalización de los niños, niñas y adolescentes. El proceso a través del cual esto ocurre se denomina ciclo mentalizador o "mentalizing loop" de la familia. Este ciclo, que se vive de forma cotidiana e implícita, en cada intercambio, contempla tres acciones principales:

- 1. Notar o reconocer los estados mentales** (propios y de los demás);
- 2. Mentalizar el momento** o entender las intenciones o estados mentales que están detrás de la acción en el momento presente, generalizar, entender, simbolizar o darle nombre a estos estados;
- 3. Responder contingentemente** a lo que se ha mentalizado.



Un ejemplo ilustrativo ocurre una tarde cualquiera, cuando Claudia va a buscar a su hijo Gabriel, de 11 años, al colegio. Al verlo salir, nota algo diferente en su expresión: camina más lento de lo habitual, viene solo y mantiene la cabeza gacha. No la saluda con entusiasmo, como suele hacerlo. Claudia, que conoce bien los gestos de su hijo, nota (primer paso) una señal emocional sutil: su hijo parece molesto o dolido, aunque no hay señales físicas evidentes. Esto tiene un efecto inmediato, una vez que Claudia va percibiendo algo raro en Gabriel tampoco le responde como usualmente lo hace. En realidad hace una pausa. Este gesto, no verbal, marca que hay algo nuevo, algo que Gabriel, sin palabras aún, también detecta en la madre: ella está mostrando que percibe algo distinto. En lugar de apurarlo o preguntar de forma directa, Claudia le dice con un tono tranquilo: “Te noto distinto hoy, como si algo hubiera pasado... ¿estás bien?”. Con esta frase, Claudia invita a mentalizar el momento (segundo paso): infiere que algo interno puede estar afectando a Gabriel y le ofrece palabras que exploran con cuidado lo que podría estar sintiendo. Gabriel guarda silencio unos segundos y finalmente responde: “Martín me rompió el llavero de Pikachu que me había regalado la tía. Se lo mostré en el recreo y me lo sacó. Cuando le pedí que me lo devolviera, lo tiró al suelo y se rompió. Y la profe solo dijo que eso pasa porque traemos cosas al colegio”. Claudia escucha sin interrumpir, percibiendo no solo la tristeza, sino también una mezcla de vergüenza y desilusión. Luego responde: “Entiendo... ese llavero era especial para ti, te lo había dado alguien que quieres mucho. Y que justo eso se haya roto, y además que nadie haya hecho nada, debe haberte hecho sentir muy solo o incluso que no importaba lo que sentías.” Esta es su respuesta contingente (tercer paso): ajustada emocionalmente a lo que Gabriel ha compartido, validando su experiencia, sin minimizar ni exagerar, y ayudándolo a simbolizar lo ocurrido. No vuelven a hablar en el camino a casa, Claudia entiende que Gabriel necesita su compañía y silencio para calmarse.

Más tarde, ya en casa, Gabriel le pregunta a su madre si a ella alguna vez también la habían hecho sentir así por algo que le importara. Claudia le cuenta un recuerdo de infancia que conecta con ese tipo de emociones y le dice cómo aprendió, con el tiempo, a expresar lo que sentía aunque no siempre la entendieran de inmediato. Ese breve intercambio cierra el ciclo: al haber sido visto y comprendido, Gabriel no solo regula mejor su malestar, sino que también amplía su capacidad de mentalizar. Esta experiencia le enseña aun más que puede confiar en Claudia cuando lo necesita, quien le ha mostrado que con su forma de estar con él le ha ayudado a conectar lo ocurrido a estados internos, explorar sus propias emociones con más claridad y comprender que lo que sintió tenía sentido.

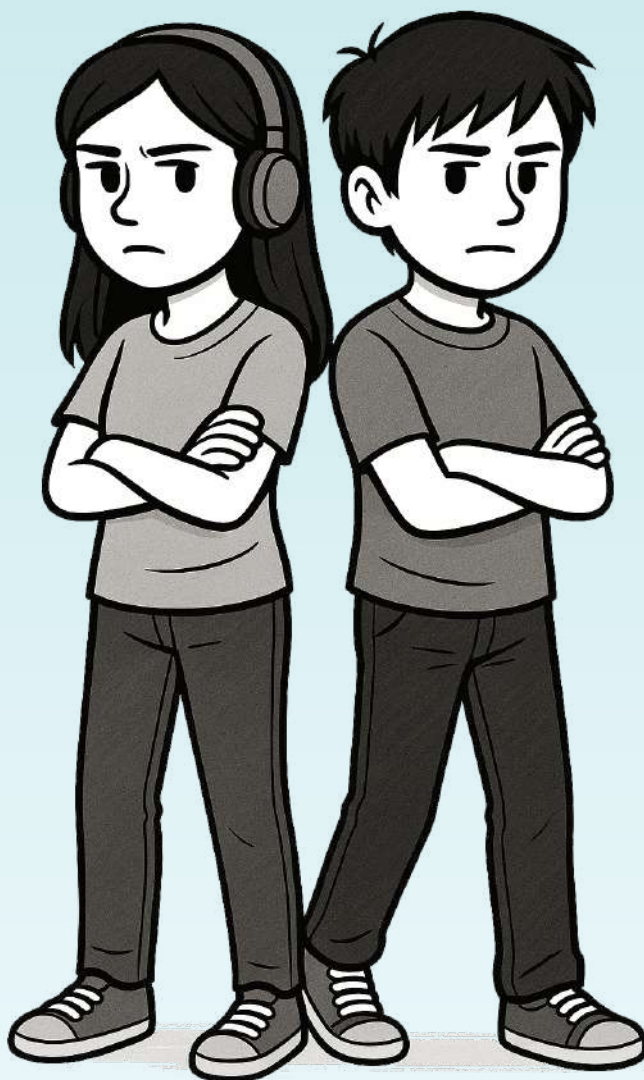
El ciclo mentalizador, como muestra el ejemplo, no recae en el adulto, sino más bien es una configuración compleja de interacciones entre dos sujetos que logran conectar y entenderse, ya que tienen expectativas explícitas de la relación.

Cuando hay depresión se interrumpe dramáticamente este ciclo ya sea por la disminuida capacidad cognitiva para pensar en términos de estados mentales, tanto propios como ajenos; o bien por interpretaciones distorsionadas, a menudo en sentido negativo. Por último, puede darse por una comunicación deteriorada donde se reducen las

expresiones emocionales positivas y aumentan las negativas o la retirada emocional. En otras palabras, en los episodios depresivos, el mundo interno del adolescente se torna brumoso, confuso, y la energía psíquica necesaria para contemplar los estados mentales, propios y ajenos, se ve severamente disminuida. Los padres y hermanos por ejemplo, enfrentados a este cambio desconcertante, a menudo carecen de las herramientas conceptuales para interpretar correctamente los signos de la depresión. En estas situaciones, muchas veces es difícil para los familiares notar que acciones bien intencionadas pueden ser interpretadas a través del prisma de la depresión y experimentarse como invasivas, críticas o como evidencia de que "nadie entiende realmente". El adolescente, sintiéndose incomprendido, puede responder con mayor retraimiento o irritabilidad. Los padres, desconcertados por esta reacción, muchas veces redoblan sus esfuerzos o, alternativamente, se distancian para no sentir el dolor que provoca la situación con sus hijos. En cualquier caso, el ciclo coercitivo no mentalizador se ha establecido.

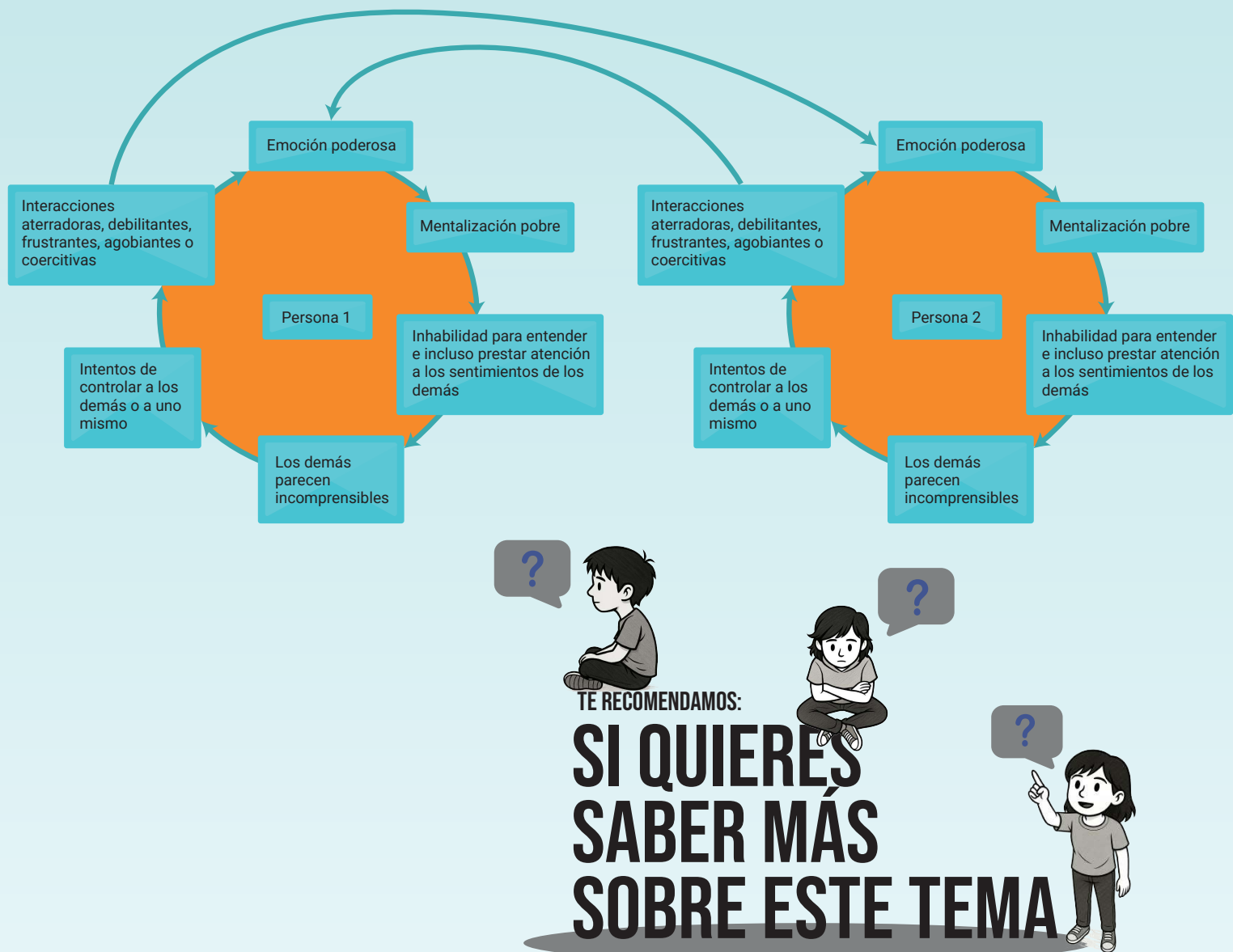
En el mismo ejemplo que dimos, pensemos en Claudia, que con genuina preocupación, pregunta a Gabriel sobre su día escolar. Ante la respuesta rápida o el silencio del joven, la madre puede sentirse rechazada o ignorada. Su interpretación, "no me quiere hablar", "está enojado conmigo", "así son los adolescentes", puede ser completamente distinta a la realidad de lo que le pasa a su hijo, quien quizás carece de la energía emocional para articular su experiencia o se siente tan vacío que "nada importante ocurrió hoy" le parece la única respuesta honesta. Esta desconexión interpretativa marca el inicio de lo que conocemos como un "ciclo coercitivo".

Los ciclos coercitivos representan patrones de interacción que, una vez iniciados, tienden a escalar. En el contexto de la depresión adolescente, estos ciclos suelen comenzar con la percepción parental de que "algo no va bien". Los padres, movidos por la preocupación, intensifican sus esfuerzos para conectar o reparar lo que perciben como problemático y en este intento, pueden multiplicar preguntas, ofrecer consejos no solicitados o incluso presionar para actividades que consideran beneficiosas: "¿Por qué no sales con tus amigos?", "Deberías meterte a un taller para que te animes". Lo que el adolescente vive entonces es una experiencia de no contingencia por parte de sus cuidadores que disminuye la confianza en este vínculo como un espacio de aprendizaje.



NOTAS PARA TERAPEUTAS:

La siguiente figura, extraída de La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias (Bleiberg, 2015), presenta gráficamente el fuerte contagio que viven las personas cuando se activan ciclos coercitivos. Utiliza esta imagen como material psicoeducativo para presentar a las familias la explicación de este tipo de ciclos.



Asen, E., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-based family therapy. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (2nd ed., pp. 295-318). American Psychiatric Publishing.

Bleiberg, E. (2015). La terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias. Rev Mentalización, 2(2).

12. ¿Qué impacto tiene en las familias la aparición de ciclos coercitivos no mentalizadores?

Paralelamente a estos ciclos coercitivos descritos en el punto 11, otro fenómeno complica significativamente la dinámica familiar: la culpa. Esta emoción poderosa suele emerger tanto en los padres como en el adolescente, aunque por razones distintas. Los padres pueden verse asaltados por pensamientos recurrentes: "¿Qué hicimos mal?", "¿Por qué no lo vimos venir?", "Debimos actuar antes". Esta culpa parental, aunque comprensible, tiene consecuencias muchas veces contrarias a mejorar la capacidad para responder a las necesidades del adolescente. A menudo la disminuye, pues los padres pueden activar algunas conductas de apego no siempre funcionales o incluso tener conductas defensivas.

El adolescente, por su parte, percibe el sufrimiento que su estado causa en quienes ama. Nota las miradas de preocupación, que puede originar un pensamiento devastador: "Soy una carga para mi familia". Tal convicción no hace sino profundizar su depresión, creando otro ciclo destructivo donde la culpa alimenta la depresión y genera más culpa.

La depresión no es solo tristeza; implica formas específicas de interpretar la realidad, caracterizadas por el pesimismo, la generalización negativa y la atribución interna de fracasos. Cuando un miembro de la familia adopta este estilo cognitivo, puede influir en cómo otros interpretan los acontecimientos. Los hermanos menores, particularmente susceptibles a este aprendizaje vicario, pueden comenzar a replicar patrones de pensamiento depresivo sin ser conscientes de ello.

El contagio también ocurre a nivel comportamental. La depresión adolescente suele conducir a una reducción significativa de actividades placenteras y sociales para toda la familia. Quizás uno de los aspectos más dolorosos del contagio emocional es cómo afecta a la relación conyugal. Los padres de adolescentes deprimidos frecuentemente reportan un deterioro significativo en su satisfacción marital. Pueden surgir desacuerdos sobre cómo manejar la situación, reproches explícitos o implícitos, o simplemente el agotamiento derivado de la preocupación constante puede erosionar la intimidad y complicidad de la pareja. Esta tensión conyugal, a su vez, disminuye los recursos emocionales disponibles para apoyar al adolescente, creando otro ciclo negativo.



A medida que la depresión persiste en el tiempo, el sistema familiar entero comienza a reorganizarse alrededor de ella. Pueden emerger roles disfuncionales: un padre se convierte en el "protector" exclusivo del adolescente, otro en el "disciplinador"; un hermano puede asumir el rol de "perfecto" para compensar las preocupaciones parentales, mientras otro puede desarrollar conductas problemáticas para desviar la atención. Esta reorganización, aunque inicialmente adaptativa, puede cristalizarse patrones rígidos que persisten incluso cuando la depresión del adolescente mejora.

Lo que hace particularmente compleja esta situación es que, mientras todo esto ocurre, la capacidad del sistema familiar para reflexionar sobre estos procesos (es decir, para mentalizar a nivel sistémico) se encuentra significativamente disminuida. Las familias atrapadas en estos ciclos raramente pueden ver el bosque más allá de los árboles; están demasiado inmersas en la gestión crisis a crisis como para desarrollar una comprensión metacognitiva de los patrones que los atrapan.



Bleiberg, E. (2013). Mentalizing-based treatment with adolescents and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 22(2), 295-330.

Rossouw, T. (2017). Working with families. *Handbook of Contemporary Psychodynamic Approaches to Psychopathology*, 469-481.

13. ¿Cómo intervenimos desde el marco de la mentalización cuando trabajamos con familias con adolescentes con depresión?

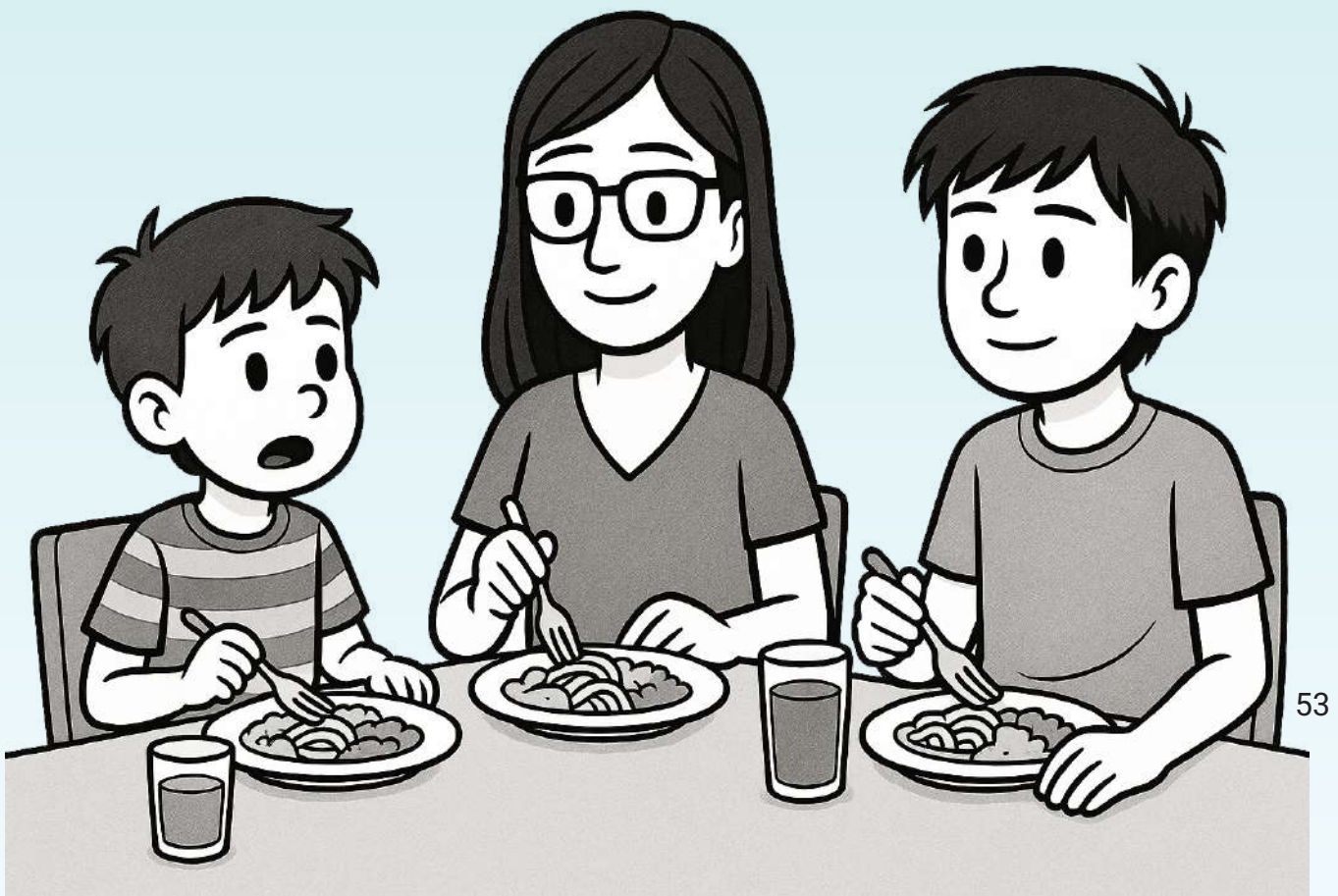
Producto de estos ciclos coercitivos, cuando trabajamos con familias en las que un adolescente presenta síntomas depresivos, es frecuente encontrar tensión, malentendidos y sentimientos de impotencia tanto en el joven como en sus cuidadores. El modelo de la mentalización no busca reparar directamente estos síntomas ni apresurarse a resolver los conflictos, sino generar un espacio seguro donde todos los miembros puedan pensar y ser pensados. En este espacio, el sufrimiento no es interpretado ni corregido de inmediato. Desde el modelo de la mentalización la intervención frente a este tipo de ciclos suele organizarse en tres pasos secuenciales, que requieren del terapeuta una postura flexible, colaborativa y sostenida en la verificación constante de sentido con la familia. En cada etapa, el terapeuta no da por hecho que su lectura de la interacción es correcta; más bien, la ofrece como una hipótesis tentativa y explora si lo que observa resuena con la experiencia interna de los participantes. Esta actitud no solo modela mentalización, sino que evita imponer significados y fortalece la alianza terapéutica. Para ello es importante, en primer lugar, explorar con curiosidad compartida, favoreciendo nuevas formas de comprensión mutua y de vinculación más sintonizada. El principal aprendizaje que logra la familia, modelado por el terapeuta, es lograr pensar en conjunto, tomando en cuenta las emociones, sin apresurarse, con compasión, flexibilidad y validación de la experiencia de cada uno. Una familia que es capaz de mentalizar, es capaz de identificar y detener ciclos coercitivos y avanzar hacia convertirse en un contexto de andamiaje de función reflexiva de los adolescentes, que como hemos señalado antes, se encuentra en un momento sensible del desarrollo, vulnerable al estrés, pero abierta al aprendizaje ambiental.

La intervención parte de una idea fundamental: los comportamientos adquieren sentido cuando se los comprende como expresión de estados mentales, pensamientos, emociones, intenciones y necesidades; incluso cuando estén oscurecidos por el malestar emocional. Esta perspectiva implica una postura clínica abierta, que prioriza el preguntar antes que afirmar, y que evita las

interpretaciones prematuras, exigiendo a los terapeutas buscar formas de entender a las personas como quieren ser escuchadas y promoviendo espacios para que dialoguen para ser entendidos. Este estilo de intervención que busca invitar a pensar, sin juzgar ni imponer sentidos, establece un contexto enriquecido para la práctica de la mentalización. Es importante tener en cuenta que los adolescentes con depresión suelen tener dificultades para identificar y expresar sus emociones, así como para interpretar de manera realista las intenciones de los demás. También pueden responder con distancia o irritabilidad ante intentos bienintencionados de contacto. Por eso, el espacio terapéutico debe ser no solo contenedor, sino también traductor: un lugar donde el malestar pueda ponerse en palabras y adquirir sentido compartido.

En este contexto, un paso central del trabajo terapéutico consiste en identificar y explorar patrones relacionales que se repiten, muchas veces sin ser notados. Por ejemplo, una madre preocupada pregunta reiteradamente a su hijo si ha hecho las tareas. Él, sintiéndose presionado, responde con silencio o irritación. La madre, al sentirse rechazada, insiste aun más. Esta dinámica puede instalarse como un bucle rígido, donde ambas partes actúan desde la urgencia más que desde la comprensión mutua. El terapeuta, al observar este patrón en sesión, puede preguntarse: “¿Qué intenta cuidar cada uno cuando actúa así?” o “¿Cómo se siente el otro al recibir esa acción?”, promoviendo la emergencia de significados más profundos, como el miedo, la frustración o la sensación de soledad, que muchas veces subyacen a estos intercambios.

En este punto, es clave incorporar un elemento distintivo del modelo de mentalización: la atención a los ciclos coercitivos no mentalizadores que se han señalado anteriormente. Estos suelen emerger dentro del espacio terapéutico. Las mismas dinámicas de escalada emocional, atribuciones rígidas o desconexión afectiva que ocurren en casa pueden reproducirse en la sesión, a veces de forma sutil, otras veces de manera evidente. Lejos de ser un obstáculo, estas repeticiones representan oportunidades clínicas valiosas, ya que permiten observar en tiempo real los patrones que perpetúan el malestar. Una vez identificados y explicitados, se pueden mentalizar junto a la familia en el “aquí y ahora”, transformando el momento en una intervención potente.



1. Notar, Nombrar y Verificar: Cuando emerge en vivo un ciclo no mentalizador, el terapeuta interviene deteniendo la interacción para mostrar el patrón coercitivo. Este paso implica tres acciones encadenadas:

Notar: el terapeuta propone una pausa y ralentiza el momento, señalando que algo está ocurriendo emocionalmente entre los miembros de la familia (“me doy cuenta de que algo está pasando entre ustedes ahora mismo”).

Nombrar: retrocede unos segundos y describe con cuidado la secuencia observable, sin interpretarla aún, manteniendo una actitud abierta y descriptiva (“escuché que tú preguntaste si hizo la tarea, él respondió con un gesto de molestia, y tú volviste a insistir”).

Verificar: comprueba explícitamente si los miembros de la familia reconocen esta secuencia, si les hace sentido o si la vivieron de otra manera. Este momento de validación es clave para asegurar una lectura compartida del proceso.

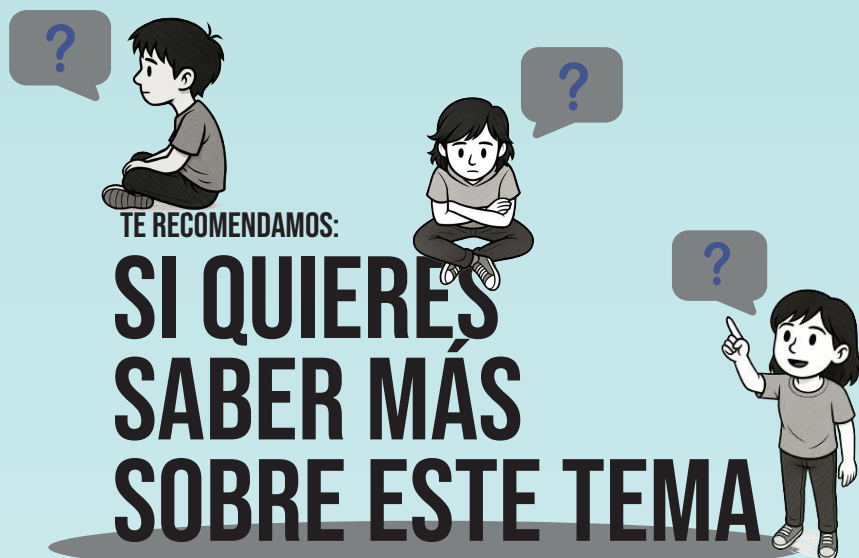
2. Mentalizar el momento y Verificar: una vez validado el patrón, el terapeuta invita a explorar los estados mentales subyacentes. Esto puede incluir preguntas abiertas, formulación de hipótesis tentativas o invitaciones a tomar perspectiva: “¿Qué crees que intentaban comunicar en ese momento?”, “¿Qué podría estar sintiendo cada uno?”, “¿Qué necesidad podría haber detrás de esa reacción?”. Durante este proceso, el terapeuta verifica constantemente si lo que se está construyendo tiene sentido para los participantes, y si se sienten emocionalmente disponibles para sostener esa exploración sin sentirse juzgados o desbordados.

3. Generalizar o considerar cambio y Verificar: finalmente, se invita a la familia a pensar si esa dinámica se repite en otros contextos o momentos. El terapeuta puede sugerir nombrar el patrón, identificar sus funciones adaptativas y explorar alternativas de respuesta: “¿Han notado algo similar fuera de la sesión?”, “¿Para qué creen que les sirve esa

forma de interactuar?”. En este paso también se verifica activamente si los significados emergentes son compartidos y comprensibles, promoviendo una reflexión conjunta que facilite el cambio sin imponerlo.

Esta forma de estar también modela una manera diferente de comunicarse: el terapeuta se permite preguntar con humildad, compartir dudas (“esto puede sonar raro, pero me cuesta entender...”), y usar sus propios errores de comprensión como oportunidades de aprendizaje compartido.





Asen, E., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-based family therapy. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (2nd ed., pp. 295-318). American Psychiatric Publishing.

Hagelquist, J. Ø., & Rasmussen, H. (2020). Mentalization in the family: A guide for professionals and parents. Routledge.

Redfern, S. (2024). How Do You Hug a Cactus? Reflective Parenting with Teenagers in Mind. Taylor & Francis.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Viñeta clínica: “Ya no sé qué hacer contigo”

Contexto: sesión con una familia compuesta por madre, padre y su hijo Tomás, de 10 años, que ha presentado síntomas depresivos y episodios de retraimiento en la escuela. Durante la sesión, la madre relata con cansancio una situación reciente en la que Tomás se negó a ir a un cumpleaños de un compañero. Mientras ella habla, Tomás cruza los brazos, aparta la mirada y se encoge en el sillón. El padre observa en silencio.

1. Notar, Nombrar y Verificar

El terapeuta detecta un patrón de escalada afectiva y desconexión. Propone una pausa y señala lo observado.

T: “¿Podemos detenernos un momento? Me gustaría revisar algo que acaba de pasar... Noté que cuando mamá dijo “ya no sé qué hacer contigo”, Tomás bajó la cabeza, se encogió un poco y dejó de mirar. Papá, en ese momento, te vi mirar rápido a Tomás y después bajar la vista también. ¿Les hace sentido esto que describo?”

- Se ralentiza la interacción y se ofrece una observación concreta. El terapeuta no interpreta, sino que invita a los participantes a confirmar si lo que él ve tiene sentido para ellos.

Mamá: "Sí, puede ser... estaba frustrada."

Papá: "Yo preferí no decir nada para no empeorar las cosas."

Tomás (en voz baja): "Pensé que iban a seguir hablando como si no estuviera."

- La verificación permite que emerjan experiencias internas que suelen quedar implícitas o negadas.

2. Mentalizar el momento y Verificar

El terapeuta facilita la exploración de los estados mentales implicados en la interacción.

T: "Tomás, me pregunto qué te pasaba por dentro cuando escuchaste a tu mamá decir eso... ¿Pudiste notar qué pensaste o sentiste en ese momento?"

Tomás: "No sé. Como que molesté otra vez. Me dan ganas de desaparecer."

T: "Gracias por decirlo, Tomás. Es algo fuerte. Mamá, ¿qué crees que puede haber sentido Tomás al escuchar tu frase?"

Mamá (emocionada): "Quizás... que me estaba rindiendo. Pero no es eso, es que me siento perdida."

T: "¿Les parece que este tipo de momentos pasa seguido en casa? ¿Podríamos decir que hay una especie de ciclo donde

Tomás se retrae, tú te frustras, y papá se queda callado? No es que lo hagan a propósito, pero parece que cada uno reacciona desde el lugar que le toca, y eso hace que el otro también se aleje. ¿Les hace sentido esto?"

- Verificar continuamente que los significados que emergen sean compartidos y ajustados a la vivencia familiar es central para sostener la mentalización.

3. Generalizar o considerar cambio y Verificar

El terapeuta invita a pensar si este patrón se repite fuera de la sesión y cómo podrían empezar a nombrarlo y cambiarlo.

T: "¿Podríamos pensar si este ciclo tiene nombre? A veces ponerle nombre a algo que se repite ayuda a reconocerlo cuando aparece. ¿Qué les parece llamarlo 'el momento del silencio incómodo'? ¿O tienen otra idea?"

Tomás (levemente sonriendo): "Yo le pondría 'modo fantasma'"

T: "‘Modo fantasma’. Tiene mucha fuerza. ¿Creen que la próxima vez que ocurra podríamos decir ¡cuidado, se activó el modo fantasma! y ver si lo detenemos antes de que siga?"

Mamá: "Me gusta. Tal vez así me doy cuenta antes de hablar desde el cansancio."

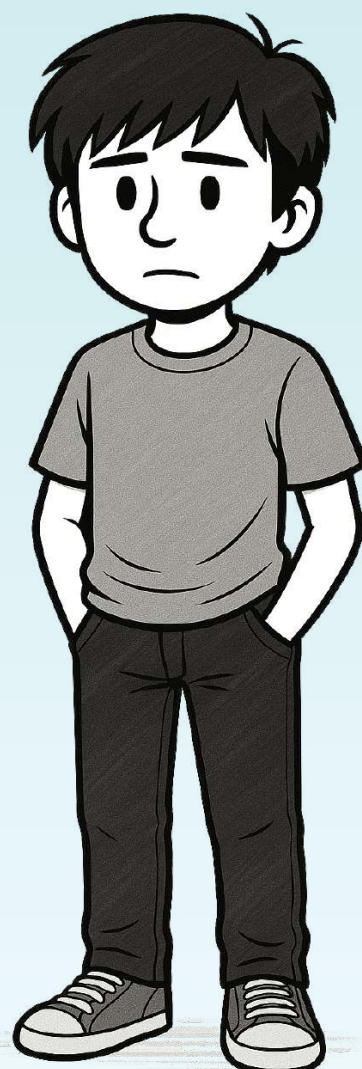
Papá: "Yo podría tratar de no desaparecer también."

- El terapeuta verifica si el nombre que surge es compartido y si la propuesta de cambio es realista y aceptable para la familia.

14. ¿Cómo trabajamos con la red desde el modelo de la mentalización con adolescentes y sus familias?

El trabajo con adolescentes demanda ir más allá del espacio clínico para considerar el entorno social que lo sostiene. Entonces podemos decir que ineludiblemente el trabajo con estos jóvenes, y en general en el área infanto-adolescente, ineludiblemente exige una mirada ecológica. La familia, si bien es el núcleo primario, no es el único sistema significativo. La escuela, los dispositivos de salud, programas sociales, clubes deportivos, iglesia, sistema judicial, y en general el entorno institucional, configuran una red que puede amplificar o limitar las posibilidades de desarrollo del adolescente. Así, trabajar con la red no es una opción complementaria, sino una dimensión inherente a la intervención, que busca transformar el contexto relacional ampliado en un entorno igualmente sostenedor y promotor de la mentalización.

El modelo plantea que la mentalización es una función contextualmente dependiente: florece o se empobrece en función de cómo los sistemas interactúan entre sí. Esto requiere comprender que las redes no son entes neutros, sino sistemas vivos que, al igual que las familias, pueden entrar en modos no mentalizadores: más de una vez hemos encontrado rigidez institucional, atribuciones estigmatizantes, comunicaciones fragmentadas, descoordinación o intervenciones impulsivas que evidencian que posiblemente estos sistemas han visto interferida su capacidad de pensar en estados mentales, tanto propios como ajenos. En estos contextos, la experiencia subjetiva del adolescente puede quedar invisibilizada y su malestar interpretado en términos de cumplimiento, conducta o riesgo, reduciendo el campo de comprensión a categorías que poco aportan al proceso de cambio.



Trabajar con la red desde una postura mentalizadora implica intervenir sobre estas dinámicas. Desde aquí, nos posicionamos como facilitadores que promueven el pensamiento reflexivo y la coherencia entre los distintos actores que acompañan al adolescente. Esto no solo se logra coordinando reuniones o compartiendo información, sino construyendo alianzas clínicas que promuevan la confianza, la validación mutua y el reconocimiento de la complejidad del caso. Cada contacto con la red se convierte en una oportunidad para modelar una manera distinta de abordar los casos, una que incluya preguntas antes que respuestas, escucha antes que dirección, y colaboración antes que control. Es decir: que igualmente busque mantener una postura mentalizadora.

Una intervención basada en mentalización no se limita entonces a derivar o hacer interconsultas, sino que busca establecer puentes reales entre los contextos. Esto puede implicar, por ejemplo, acompañar a la familia en conversaciones con la escuela, ayudando a traducir los comportamientos del adolescente como expresiones de estados internos más que como simple desobediencia o desgano. También puede significar facilitar espacios de reflexión con equipos de salud o protección para revisar sus hipótesis de trabajo y abrirse a comprender aspectos subjetivos del caso que pueden haber quedado relegados por lo urgente. En todos estos movimientos, el objetivo no es imponer un marco clínico, sino introducir una sensibilidad mentalizadora que permita a cada sistema repensarse y ajustarse en función del adolescente y su familia.

Un riesgo frecuente es que los distintos actores de la red entren en un ciclo de atribuciones mutuas, donde cada parte responsabiliza a otra por la falta de avances. En estos casos, el rol del terapeuta no es tomar partido, sino sostener una mirada global e integradora que permita restaurar la capacidad de pensar en conjunto. A veces esto exige tolerar la confusión, reconocer los límites del propio rol y mantenerse abierto a las perspectivas de otros, incluso cuando estas parecen contradictorias. Si nos colocamos en los pies de las familias en conflicto, recordaremos que la coherencia del sistema no depende de la uniformidad de criterios, sino de la capacidad de los adultos para sostener el vínculo entre ellos sin perder de vista al adolescente.

Finalmente, trabajar con la red desde este modelo implica también atender a los propios recursos del terapeuta y al equipo clínico que lo acompaña. La complejidad de los sistemas sociales y las tensiones que emergen entre instituciones pueden activar emociones intensas que dificultan la mentalización. Contar con espacios de supervisión o co-visión (Ver punto 21) que permitan reflexionar sobre estos desafíos se vuelve una condición de cuidado y de coherencia con el mismo modelo que se intenta promover.



NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Cuando emergen modos prementalizadores en mi equipo respecto a la red generalmente se expresan así:

1. Modo de Equivalencia Psíquica

"El colegio siempre actúa a espaldas del equipo clínico, no le importa lo que el adolescente necesita".

Se da por hecho que la escuela es negligente o adversarial, sin explorar las restricciones estructurales, miedos o desconocimientos que pueden estar influyendo.

"El tribunal sólo quiere cerrar el caso, no les interesa lo emocional".

Se atribuyen intenciones únicas y negativas a una institución sin espacio para pensar matices o contradicciones.

"El equipo anterior dejó todo mal hecho, ahora tenemos que arreglar lo que hicieron".

La historia del caso se polariza, dificultando construir puentes con actores previos importantes.

2. Modo Teleológico

"Ya se hizo la coordinación con salud, si no responden es porque no les importa."

Se mide la disposición de un servicio exclusivamente por su respuesta inmediata, sin contemplar sobrecargas, prioridades internas o formas distintas de operar.

"Si realmente quisieran apoyar, habrían venido a la reunión."

Se iguala presencia con compromiso, sin espacio para pensar limitaciones logísticas, emocionales o institucionales.

"La red no está funcionando porque nadie ha enviado el informe que se pidió."

Se reduce el concepto de red a flujos de documentos, perdiendo de vista el valor de la coordinación relacional y el intercambio de sentido.

3. Modo Simulado

“Aquí todos trabajamos en red con enfoque colaborativo”, mientras se descalifican decisiones de otros equipos fuera de las reuniones formales.

Se sostiene un discurso políticamente correcto que no se traduce en vínculos reales ni en apertura a perspectivas distintas.

“Agradecemos la disposición del equipo”.

Aunque se nombra la intención del otro, el tono, el momento o el contexto no transmiten afecto, y queda como un acto social más que como un reconocimiento genuino.

“Nosotros facilitamos el trabajo intersectorial”, cuando en realidad se imponen directrices sin preguntarse por el impacto en otros actores de la red.

Se declara una postura de apertura que, en la práctica, reproduce las mismas jerarquías o control que se critican.



Asen, E., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-based family therapy. En A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (2nd ed., pp. 295-318). American Psychiatric Publishing.

Hagelquist, J. Ø., & Rasmussen, H. (2020). Mentalization in the family: A guide for professionals and parents. Routledge.

Redfern, S. (2024). How Do You Hug a Cactus? Reflective Parenting with Teenagers in Mind. Taylor & Francis.

Etapas del proceso clínico

A continuación se presentan con detalle los componentes del modelo de Terapia Basada en la Mentalización que se implementó en el contexto del proyecto FONIS SA22I0168 “Estudio de factibilidad y aceptabilidad de una intervención psicoterapéutica familiar breve informada por la mentalización para adolescentes entre 10 y 14 años con diagnóstico de depresión”.

Un componente central del modelo implementado fue el trabajo en modalidad familiar. La necesidad de incorporación de las familias en este tipo de tratamientos es una indicación que se explicita en las Guías Clínicas para el Abordaje de la Depresión en Adolescentes del MINSAL, sin embargo, tal como destaca UNICEF en la agenda Niñez y Adolescencia 2022-2025, esta es una prestación que se revela aún como un tema pendiente en el sistema sanitario chileno al momento de iniciar este proyecto. El trabajo con familias en el abordaje de la depresión con adolescentes es una necesidad que largamente ha sido abordada por la literatura científica. Diversos estudios han mostrado asociación entre los síntomas emocionales y conductuales de los adolescentes y el bienestar de sus padres, proponiendo además que la calidad de las relaciones familiares constituyen un factor protector de la salud mental de estos jóvenes. A nivel clínico, se ha observado que la participación de los padres en las intervenciones psicoterapéuticas para la depresión adolescente mejora sus efectos.

Esta intervención fue diseñada para el abordaje psicoterapéutico de adolescentes con depresión leve a moderada, específicamente para este estudio piloto de factibilidad. El tratamiento se organizó a lo largo de 12 sesiones de frecuencia semanal que se estructuraron en tres fases en base a un modelo focal flexible; esto es, el trabajo orientado a la identificación pronta de aspectos centrales que componen el problema, sobre el que se articula la intervención.



FASE INICIAL: ESTABLECER UN EQUIPO MENTALIZADOR

SESIONES 1 A 4

La etapa inicial cumple una función importante para el establecimiento de la alianza terapéutica con el sistema familiar. En este momento se realizan acciones principalmente orientadas al fortalecimiento del vínculo terapéutico, la definición de objetivos y la instalación de una forma de trabajo que promueve activamente la mentalización. La instalación de este sistema terapéutico busca en última instancia, la apertura hacia un espacio intersubjetivo seguro que permita abordar el malestar del adolescente desde una mirada relacional y contextual.

En este momento del proceso, el foco está menos puesto sobre intervenciones específicas orientadas al cambio sintomático, y más fuertemente sobre acciones que promuevan condiciones para que la mentalización pueda sostenerse y desarrollarse a lo largo del tratamiento, tanto en el adolescente como en su entorno familiar inmediato. Recordemos que este modelo terapéutico descansa más sobre el proceso que sobre los contenidos específicos. Más sobre lo que ocurre momento a momento que sobre los temas que se abordan.

Desde esta perspectiva, la depresión no se entiende como algo que le ocurre únicamente al adolescente, sino que como una experiencia que impacta a todos los miembros de la familia, y por tanto requiere ser comprendida dentro de las dinámicas familiares, los vínculos significativos y los modelos mentales compartidos. Por esta razón, el tratamiento se estructura como un proceso principalmente familiar, en el que se trabaja con diferentes actores (familia completa, cuidadores, adolescente), pero siempre en función de promover la capacidad de mentalizar en las relaciones.

El tratamiento tiene siempre a una familia en mente, aunque no siempre se trabaje directamente con todos los integrantes. De esta forma, es totalmente posible mantener sesiones individuales con el adolescente o con miembros o subsistemas de la familia cuando es clínicamente necesario. Estas no constituyen nunca un proceso paralelo ni sustitutivo, sino que se integran como un recurso al servicio de la intervención que, como queremos enfatizar: tiene siempre en mente a una familia.



15. ¿Con quién/es vamos a trabajar en la primera sesión?

La definición de con quién/es trabajar en una primera sesión no es trivial y va a depender de varios factores. Queremos describir algunos puntos a tener en consideración para esta toma de decisiones.

Invitar a todo el sistema familiar a una primera sesión puede ser de gran ayuda para instalar conjuntamente un equipo de trabajo que se involucre desde el inicio en todo el proceso terapéutico. Es idóneo para instalar un we-mode en terapia. Esto es especialmente facilitador del proceso en el caso de familias que muestran motivación al tratamiento y preocupación mutua por la necesidad de adhesión al cambio. Para iniciar puede ser recomendable el uso de la técnica de presentación cruzada que se explica en el punto 10.

Trabajar con todo el sistema familiar no puede ser una definición rígida para iniciar un proceso de terapia. A lo largo del proyecto de investigación nos encontramos con muchas familias para quienes asistir como grupo familiar tenía implicancias importantes, entre las que destacan: la imposibilidad de obtener permisos en el trabajo para algunos integrantes, encontrarse fuera de la región, dificultades económicas para movilizarse hasta el centro, incompatibilidad horaria con el funcionamiento del centro, entre otros. Para familias en las que existían conflictos era igualmente difícil considerar un proceso que los reúna sobre un objetivo específico. No es infrecuente la presencia de problemas como procesos de separación conyugal, violencia grave u otros que no hacían recomendable comenzar a trabajar juntos. Esto es relevante pues hace necesario establecer acciones que recojan suficiente información previa a iniciar el tratamiento para tener claridad sobre con quiénes es necesario y posible trabajar. El uso de fichas que recaben información sobre la familia y el contexto del motivo de consulta en este momento es recomendable.

Trabajar en una primera sesión únicamente con los adultos responsables es igualmente beneficioso. A lo largo de las intervenciones que realizamos, pudimos apreciar que el trabajo con los cuidadores nos permite conocer con mayor detalle aspectos asociados al contexto e historia del problema y permite

involucrar desde el inicio a quienes serán el principal andamio mentalizador de los adolescentes. Esta instancia igualmente permite conocer aspectos de la historia transgeneracional familiar y de la propia historia de parentalidad. Es una muy buena oportunidad para establecer un foco sobre quienes cuidan y evaluar aspectos de la función reflexiva parental. Es recomendable en esta instancia incorporar preguntas de la Parental Development Interview (ver Slade, 2003), una entrevista orientada a evaluar aspectos de la historia de vínculos de los cuidadores y su influencia sobre la interacción presente con los hijos. Esta entrevista está especialmente diseñada con preguntas que eliciten la función reflexiva, y por tanto favorece la activación de la mentalización parental en el presente, para su evaluación en la interacción clínica.

Esta es una buena instancia además, para instalar un sistema terapéutico de forma progresiva cuando los adolescentes son reacios a participar de este tipo de instancias. Es más, a lo largo del proyecto, fue posible llevar adelante intervenciones efectivas principalmente centradas en el trabajo parental con escasa participación del adolescente. Como hemos señalado, lo central de este trabajo es tener una familia en mente.

Algunos terapeutas acostumbran a dividir estas sesiones, para dejar un momento a solas con los adolescentes, luego de indagar con la familia. Sin embargo, tal como pudimos apreciar, resulta más conveniente, en pos de la necesidad de aprovechar las oportunidades que otorga el espacio familiar, dejar una instancia de este tipo para una segunda sesión. Dar un espacio a solas a los adolescentes, en muchos casos fue muy beneficioso pues permitió conocer de primera fuente la historia del problema. Frecuentemente los jóvenes nos contaron historias sobre las que las familias no habían reparado o desconocían. Así por ejemplo, la vivencia de violencia interpersonal, dificultades relacionales con pares, decepciones amorosas, negligencia parental o adaptación al contexto escolar fue relevante para entender gatillantes de los síntomas depresivos. Muchas veces estos ni siquiera eran identificados como tales por los adolescentes y entonces el contexto terapéutico sirvió como espacio para mentalizar estos eventos y su vínculo con los síntomas depresivos. En otras ocasiones, estos temas eran evidentes para los jóvenes, pero no eran compartidos con la familia. En estos contextos, el trabajo individual se presenta para muchos jóvenes como “su espacio”; un espacio que exigen, aprovechan y refieren necesitar. Un espacio que frecuentemente permite a los terapeutas tener indicios para poder modelar en sesiones familiares respuestas sensibles y acordes a la edad de estos adolescentes, promoviendo una comunicación sensible a nivel familiar. Es importante recordar que el trabajo con estos jóvenes siempre se orienta a promover en los cuidadores un rol de andamio mentalizador. Visto así, trabajar directa y únicamente con los adolescentes en la primera sesión, desde esta perspectiva, no es una acción recomendable, pues entrega desde el inicio tanto a la familia como al adolescente el mensaje de que el problema se va a resolver entre dos, sin el contexto en donde el adolescente efectivamente está desarrollando su función mentalizadora.



Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281.

Diamond, G. S., Diamond, G. M., & Levy, S. A. (2014). Attachment-based family therapy for depressed adolescents (pp. viii-282). Washington, DC: American Psychological Association.

16. ¿Qué objetivos cumplimos durante las primeras sesiones?

El objetivo principal que cumple esta etapa es la de convertir al sistema terapéutico en un equipo mentalizador. Esto implica conocer al equipo, psicoeducar, recoger sus necesidades y negociar una propuesta terapéutica contingente. Conocer el equipo implica indagar sobre el contexto e historia de la familia y el adolescente, con independencia del problema. Así, nuestro punto de partida siempre va a ser conocer a la familia. Saber que Marta pasa horas entrenando en el equipo de patinaje, que Arturo busca activamente dejar los turnos para tener un empleo que le permita pasar más tiempo en casa, que Rocío sale a trotar todos los sábados con sus dos hijos, es información rica que da cuenta de aquello que las familias valoran y es recurso para hacer frente al problema. El mensaje que recibe la familia cuando logramos interiorizarnos de su historia y contexto es el de interés y genuina curiosidad; algo que va a ser parte cotidiana del trabajo terapéutico desde este modelo. Conocer al equipo implica relevar aquello que es valioso para ellos y les permite posicionarse entonces desde sus lugares favoritos, donde encontramos recursos para el cambio. Una vez que tenemos esta información, podemos avanzar hacia la indagación del problema cumpliendo una función más cercana a la de base segura.

Obtener información desde una postura mentalizante implica ir más allá de la recopilación de datos objetivos para dar paso a un espacio abierto, pero guiado, para que los participantes compartan cómo viven sus relaciones, cómo entienden lo que está pasando y qué experiencias significativas surgen al hablar del problema. Adoptar esta postura mentalizante ayuda a que la interacción sea más respetuosa, reflexiva y abierta a distintas perspectivas (ver punto 4). Es recomendable el uso de actividades expresivas o lúdicas para implementar durante estas sesiones (ver punto 19). El

uso de este tipo de estrategias promueve el acceso a historias y experiencias desde una distancia segura y en más de una ocasión permite a los adolescentes expresarse a través de un lenguaje más fluido y menos amenazante. Para algunos cuidadores representa una oportunidad de reencontrarse con lo lúdico y el poder sanador que tiene este tipo de estrategias.

Psicoeducar a las familias implica entregar información de primera fuente sobre elementos objetivos de la depresión. Esto no se realiza en el contexto de una clase frontal, sino más bien, se da como parte del diálogo cotidiano. En muchos momentos los cuidadores necesitan informarse sobre mitos respecto a la depresión que han encontrado en redes o través de sus propias vidas. Para esta intervención hemos desarrollado una videoanimación para abordar qué es la depresión en adolescentes (ver punto 6). Este material está pensado para ir deteniéndolo e indagando poco a poco sobre los diversos temas que aborda. Algunos cuidadores, más escépticos, se asombraron al identificar síntomas de depresión que no habían reconocido en sus hijos, otros aprovecharon para tomar con más humor situaciones que los agobiaban. En general, psicoeducar busca generar condiciones para promover la sensibilidad al conectar teóricamente con situaciones que no se reconocen a simple vista. Adicionalmente, esta videoanimación permite relevar el valor del espacio terapéutico como motor del cambio e instala una forma de trabajo centrada activamente en los estados mentales. Desde este modelo, psicoeducar no se agota en entregar información objetiva, sino que más bien es una oportunidad para traer conocimiento teórico que se pone a disposición del sistema terapéutico para promover la reflexión sobre la propia experiencia y aportar insumos para recoger necesidades de la familia.

A lo largo de toda esta etapa vamos recogiendo información que permitirá co-construir una comprensión inicial del caso. Así, poco a poco puede ir tomando forma una primera idea sobre la situación, integrando los deseos, temores y necesidades tanto del adolescente como de su familia. Esta comprensión es flexible y puede ir ajustándose a medida que se avanza en el proceso, sin necesidad de cerrarse ni definirse completamente en este momento. A partir de lo que se observe, se comienza a dibujar un perfil mentalizador familiar, reconociendo fortalezas, desafíos y contextos que influyen en la dinámica. Estas reflexiones iniciales pueden ayudar a ir dando forma a una formulación (ver punto 16) clínica que será devuelta a la familia.



NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Perfil Mentalizador

	Familia	Adolescente	Cuidador 1	Cuidador 2*
“¿Cuáles son las fortalezas en la capacidad de mentalización de ... ?				
¿Qué dificultades o áreas donde la mentalización parece menos desarrollada se observan?				
¿En qué situaciones o contextos parece que ... enfrenta mayores desafíos para mentalizar?				
¿Qué conexiones provisionales puedes identificar entre la capacidad mentalizadora de ... y los problemas o dificultades que están presentes?				

*Incorpora tantos miembros de la familia como sea necesario

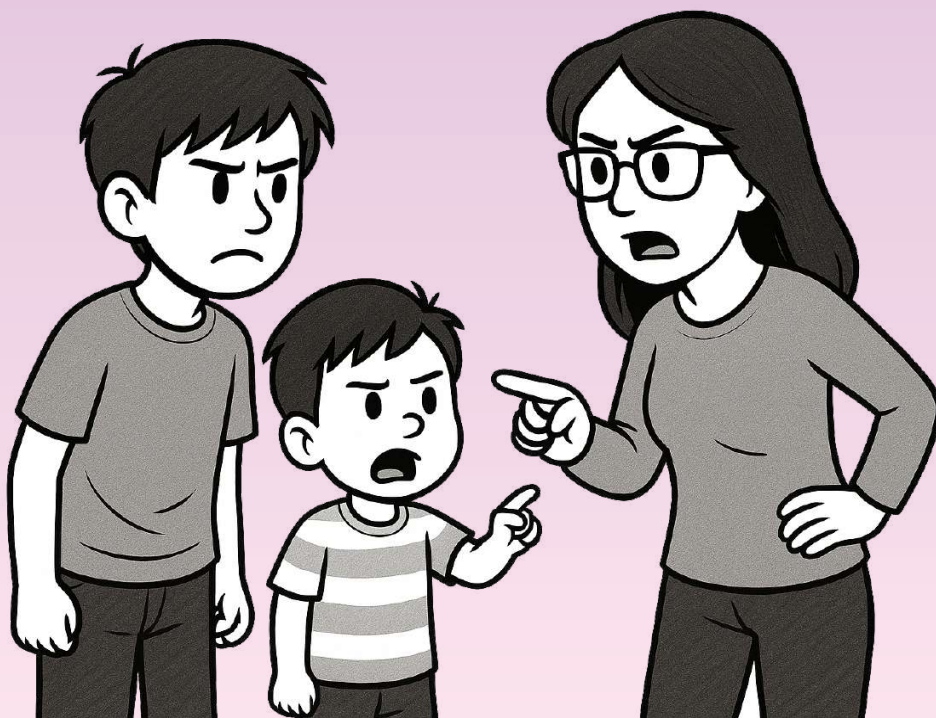


FASE INTERMEDIA: PROMOVER ACTIVAMENTE LA MENTALIZACIÓN FAMILIAR

SESIONES 5 A 9

La etapa intermedia comienza con la presentación a la familia de la formulación de caso elaborada por el terapeuta. Esta instancia se instala como un rito de devolución mutua de las observaciones y experiencias vividas hasta ahora. Esta instancia permite co-construir objetivos focales sobre los que van a avanzar las siguientes sesiones, principalmente orientadas a la promoción intensiva de la mentalización. Además, puede ser un espacio para reformular el contrato terapéutico y los límites de la terapia. Debido a que este es un proceso focal, es un momento idóneo para proponer la necesidad de trabajar con la red (si es que no se ha hecho antes), de delimitar con quienes puede ser preferible trabajar (por ejemplo, la necesidad de mantener un trabajo individual con el adolescente de forma más intensiva), la periodicidad de las sesiones (se puede flexibilizar el formato semanal), la posibilidad de incorporar un formato no presencial (si existen las condiciones materiales para esto), entre otros. Todas estas adaptaciones serán importantes para asegurar condiciones que permitan un trabajo focalizado e intensivo de promoción de la mentalización. Evidentemente la división de etapas cumple un fin más bien didáctico, pues lo central del modelo MBT, es decir, el trabajo sobre el proceso desde una actitud promotora de la mentalización, es algo que se realiza desde el primer encuentro. Lo que diferencia esta etapa más bien es el acuerdo en las metas del tratamiento.

Para el cumplimiento de objetivos puede ser recomendable la incorporación de estrategias lúdico/expresivas en algunos momentos del proceso como forma de favorecer, como hemos señalado, un lenguaje más cercano a algunos adolescentes. Entendemos que en la red pública, contexto en el que principalmente está pensado este modelo, muchos terapeutas que trabajan con adolescentes no han tenido formación en el área infanto-juvenil y posiblemente no acostumbren al trabajo a través de este tipo de estrategias. En este punto es importante destacar que lo que prima es lo genuino y cómodo para las personas. De hecho, para algunas familias y adolescentes, acciones distintas a lo verbal resultan algo incómodas. Seguramente terapeutas experimentados en el trabajo con estrategias lúdicas/expresivas pueden tener herramientas para instalar este tipo de acciones e incluso enfrentar impasses asociados a la negativa de medios menos tradicionales. Es por esto que señalamos que estas técnicas son más bien recomendadas.



17. ¿Qué es la formulación clínica? y ¿Cómo se realiza desde el marco de la mentalización en el trabajo con familias con adolescentes con depresión?

La formulación clínica desde la perspectiva de la mentalización es una herramienta que nos permite organizar el pensamiento del terapeuta, paciente y familia para comprender los patrones relacionales, las respuestas automáticas y las estrategias defensivas que mantienen el malestar del adolescente y su sistema familiar. Busca entender cómo los ciclos no mentalizadores afectan la capacidad del adolescente; y más allá de lo individual; también busca entender cómo afecta e interviene la familia tanto en la sintomatología como en la capacidad de mentalización del adolescente.

Es esencial que la formulación de casos sea una co-construcción entre el terapeuta, el paciente y su familia. Este proceso es bidireccional, lo que significa que no se trata únicamente de la perspectiva del terapeuta como profesional, sino que se integra la voz y la experiencia de todos los involucrados. Esta colaboración permite que cada miembro de la familia se sienta escuchado y validado, lo que a su vez fomenta un sentido de pertenencia y compromiso con el proceso terapéutico.

A lo largo de este proyecto, la entrega de la devolución de la formulación se realizó en forma de carta o escrito, que se conversa con el paciente y su familia. Esto no solo facilita la comprensión de los hallazgos y las recomendaciones, sino que también proporciona un espacio para la reflexión y el diálogo. Al discutir la formulación en conjunto, además de ser un ejemplo de mentalización, de que somos conscientes de nuestros propios pensamientos y perspectivas, también busca mostrar que tenemos en mente a los demás. Cuando realizamos entrevistas de seguimiento de los participantes, consultamos sobre hitos que destacan a lo largo del tratamiento. Fue interesante escuchar que para muchas familias, este “rito” representó un momento de inflexión que les permitió poner en conjunto y en perspectiva la experiencia vivida y facilitó la cohesión y acuerdo para avanzar en el proceso terapéutico. Para algunas familias se vivió como un momento de elevada carga emocional al verse reflejados en un documento.

La devolución escrita algunas veces puede ser hecha a lo largo de sesiones distintas. A veces será recomendable realizar una devolución al adolescente y luego al adolescente y su familia por ejemplo. En este sentido, se insiste en que lo central no es la técnica, si no la sensibilidad y contingencia para realizarla. Así, por ejemplo, trabajamos con familias que recibieron de forma atenta y sensible esta devolución, y casos en donde se requería construir con más tiempo un contexto receptivo a las necesidades de los adolescentes. En estos casos, por ejemplo, se trabajó conjuntamente con el adolescente en preparar lo que quería que presentar familiarmente y en paralelo con los cuidadores para estar abiertos a recibir esta información. Algunas veces preparar esta devolución fue en realidad el objetivo de esta fase.

En esta línea, es importante destacar que la formulación se realiza de manera tentativa, lo que implica que el terapeuta presenta sus observaciones y conclusiones como hipótesis que deben ser verificadas con el paciente y su familia. Este proceso de verificación es crucial, ya que permite comprobar si la formulación resuena con la experiencia vivida por ellos, asegurando que se sientan representados y comprendidos en su realidad. ¿Te entendí bien?, ¿Te hace sentido?, ¿Quieres agregar algo más?



A continuación se explican los objetivos, estructura y elementos centrales en la formulación de casos de adolescentes:

Objetivos de la Formulación de Caso:

1. Proponer objetivos terapéuticos colaborativos

- Establecer metas que involucren tanto al adolescente como a su familia
- Identificar objetivos focales alcanzables en un tiempo limitado
- Salir de la mirada individual para adoptar una perspectiva sistémica

2. Organizar el pensamiento clínico

- Estructurar la comprensión de los patrones relacionales
- Identificar los ciclos no mentalizadores que mantienen el sufrimiento
- Desarrollar un plan de intervención coherente con la perspectiva de mentalización

Estructura de la Formulación de Casos

1. Antecedentes

- Historia del desarrollo del adolescente
- Contexto familiar y social
- Eventos significativos que han impactado en el funcionamiento actual

2. Mapa de Relaciones y Estilo de Personalidad

- Patrones de apego y vinculación
- Capacidad de mentalización
- Nivel de confianza epistémica
- Estrategias defensivas predominantes

3. Plan de Manejo de Crisis

- Identificación de factores de riesgo
- Reconocimiento de gatillantes específicos
- Comprensión de las respuestas típicas del adolescente y los padres
- Estrategias de intervención en crisis

Elementos Centrales de la Formulación

1. El Anhelo, la Amenaza y la Emoción

- Identificar la necesidad de apego o anhelo del adolescente (sentirse seguro, visto, valorado, reconocido...)
- Reconocer las amenazas percibidas a estos anhelos o necesidades de apego
- Comprender las emociones que surgen en respuesta a estas amenazas
- Explorar las respuestas automáticas y no mentalizadas
- Precisar los estados prementalizantes (equivalencia psíquica y modo simulado)

2. Respuestas Automáticas No Mentalizadas

Aquí se describen los modos prementalizantes que presenta mayoritariamente el paciente (modo simulado, modo teleológico o equivalencia psíquica) en base a la hiperactivación o desactivación del apego y de la conexión o desconexión de la experiencia interna.

3. Consecuencias en las Relaciones y la Mentalización

Impacto en la capacidad de confiar en otros.

Efectos en la autoconfianza y la agencia personal.

Consecuencias para el proceso terapéutico.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Ejemplo de formulación clínica

Contexto:

Sofía (nombre modificado) es una adolescente de 14 años que vive con su madre y ha tenido varios duelos y pérdidas en su vida desde muy pequeña. Se ha mudado de país y de ciudad varias veces. Sufrió de bullying el año pasado y está empezando en un colegio nuevo.

Formulación:

Cuando nos vimos por primera vez, describieron las diferentes experiencias difíciles que Sofía y la familia han tenido a través del tiempo. De tu cambio de colegio y algunas actitudes que han tenido contigo tus compañeros, pienso que ha contribuido a tu ánimo a veces deprimido. ¿Estarían de acuerdo?

Sofía, en nuestras conversaciones has hablado de lo importante que es para ti lo que piense de ti tu mamá, hermanos, familiares, amigos y otras personas importantes para ti. A veces esto te preocupa, especialmente en las noches, incluso a veces te impide disfrutar de algunos días en el colegio o contarle a tu mamá o a tus hermanos o amigos como te sientes, por temor a preocuparlos. De cierta manera sientes que así los estás cuidando. Otras veces, no comentas como te sientes, por temor a que no les gustes a otros. O por vergüenza a que no te entiendan o no acomodarte de alguna manera a ellos y que al final te quedes solo. ¿Entendí bien esto?

Me parece que eres una joven que ha tenido que enfrentarse, con mucho valor, a varias situaciones difíciles en tu vida. Una demostración de ello, es que estemos aquí. Tal vez a veces puede ser demasiado valor. Mi impresión es que eres una persona muy inteligente, y quizá más sensible de lo que has podido manejar, ya que notas y respondes a las percepciones negativas de otras personas, o cuando otros no te entienden, con gran agudeza y con mucha intensidad y dolor.

En particular, cuando percibes la desaprobación o la crítica en la mirada de otros, me da la impresión que sientes una profunda amenaza, en particular amenaza tu anhelo de sentirte vista y de ser aceptada, de sentirte segura de ti misma, que puedes contar con otros y confiar que te perciben sin crítica ni con intención de rechazarte.

La vergüenza, el dolor y el miedo son tan amenazantes y dolorosos que te llevan a querer evitar a otros, y hasta evitar tus propios sentimientos, tus propios anhelos. Me da la impresión que cuando te encuentras en esta situación, de alguna manera cambias esta incertidumbre (les caigo bien, me aceptan, quieren estar conmigo) por la certeza de que ya perdiste la batalla. ¿Crees que esto te pasa?

A mí también me pasa, al menos me pasó la última vez que nos vimos. Me dio un poco de ansiedad, tristeza y rabia; supongo que a tu mamá le pasa un poco lo mismo.

Esta protección es muy entendible. Desafortunadamente, es una respuesta que te hace sentir incluso sola, menos entendida, que no puedes contar con nadie.

Lo que he podido observar en nuestros encuentros, es que cuando experimentas ese torbellino emocional tu respuesta protectora bastante entendible es querer desconectarte de tus emociones, y te quedas solo en los pensamientos y explicaciones propias, que pueden ser no tan ciertas como lo imaginas.

Este esfuerzo para protegerte tiene consecuencias dañinas para ti, puedes faltar al colegio, aislarte y algo que he podido ver es que hablas de tus emociones, pero me da la impresión que te cuesta realmente sentirlas.

Esto puede llevar a que puedas provocar en los demás, justo lo que tanto temes, que te aparten o incluso que te moleste. Dime en que le acerté y ¿en que no te entendí bien...?

Si esto tiene sentido para ti, he pensado sobre esto y en mi propia respuesta cuando estoy contigo. A veces puedo reaccionar sintiéndome ansiosa por protegerte y esa ansiedad me empuja a tratar de darte tareas y soluciones rápidas, en vez de tratar de entenderte, que es lo que realmente quiero hacer. Me pregunto si algo parecido ocurre con tu mamá y su pareja, lo que quizá resulta en que o están muy presentes informándote de temas tal vez a destiempo o tal vez con muchos detalles, lo que luego te puede hacer sentir preocupación o que no tienes el control, más aislada, más convencida que otras personas te aíslan y no te valoran y más desconectada de otros y hasta de ti misma, y sin saber que hacer.

Al poner todas estas impresiones por escrito me sentí triste, en particular por lo sola y aislada que te puedes sentir y por la falta de esperanza de que las cosas puedan mejorar. Sin embargo, me alentó sentir que algunas veces merecí tu confianza, porque logré entenderte y, más importante, tu lograste sentirte entendida, me pareció y los dos me han dicho que un poco cambiaba tu actitud y te sentí más dispuesta a tomar el riesgo de confiar en mí, aunque sea con ciertas reservas muy entendibles.

El tratamiento que te proponemos, está pensado para que aprendas a usar tus emociones y tu mente en forma más efectiva, manejando las emociones que te abruman en tus relaciones. La clave es que puedas decirte: “espera, haz una pausa, respira” antes que las emociones se te desborden y entre la pensadera. Si logras hacer esa pausa trata de reflexionar: ¿qué estás sintiendo? ¿qué pasó antes de que sintieras esto? ¿pasó algo entre tú y otra persona? ¿Puedes crear un espacio en tu mente antes de que estés segura sobre cómo se sienten y piensan otras personas?

Objetivos terapéuticos:

Intentar conectarte con tu cuerpo, de cómo te sientes y en qué le pasa a tu cuerpo cuando alguien te pasa a llevar o cuando ves a alguien que quieres “bajoneado”, preocupado o triste

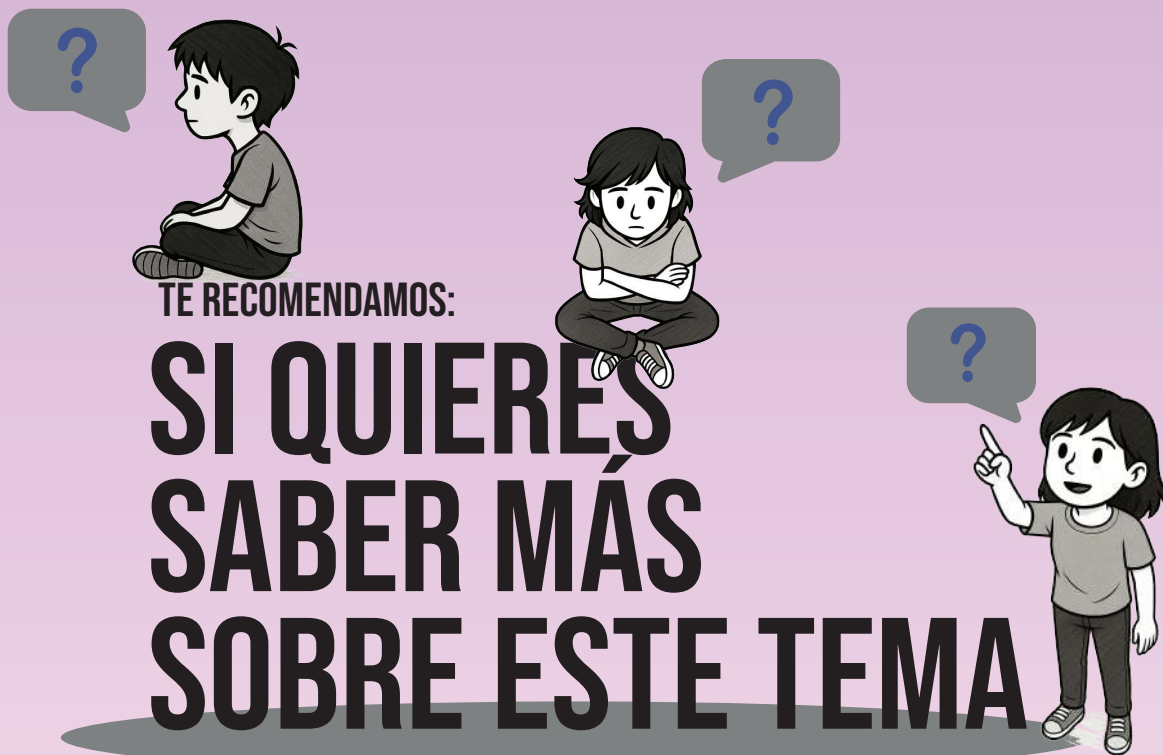
Si tu mamá te pregunta y crees que está dispuesta a escuchar, intentar decirle cómo te sientes, si tuviste un día difícil en el colegio

Pensar en otras opciones que no dependan de ti (como que la persona tuvo un mal día o es algo que le molesta en general) cuando crees que alguien te trata de una forma que no esperabas o es grosero contigo.

Plan de tratamiento:

Te propongo un tratamiento que consiste de:

- Vernos una vez a la semana, los jueves como hemos hecho hasta ahora
- Tener sesiones con tu mamá
- Tener sesiones contigo y tu mamá



Bleiberg, E. (2013). Mentalizing-based treatment with adolescents and families

Asen, E., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-based family therapy

Hagelquist, J. Ø., & Rasmussen, H. (2020). Mentalization in the family

18. ¿Qué acciones terapéuticas realizamos para promover activamente el uso de la mentalización?

A lo largo del proyecto de investigación trabajamos en la adaptación de la escala de competencias clínicas para el modelo de MBT-F (v.4.0) diseñada por investigadores del Anna Freud Centre for Families de Londres. Esta escala evalúa el logro de competencias de terapeutas en el modelo a lo largo de siete dimensiones. Este tipo de instrumentos, presentes en la mayoría de los modelos terapéuticos, se usan originalmente para evaluar la adherencia de los profesionales a los principios técnicos de estos. Adicionalmente, permite a los profesionales tener criterios más precisos para poder autoevaluar su desempeño y modelar el aprendizaje en contextos de entrenamiento clínico. Debido a la relevancia de este instrumento, a continuación vamos a presentar los elementos que componen esta escala para mostrar a modo general, el tipo de acciones terapéuticas específicas que los terapeutas que trabajan desde esta perspectiva pueden usar para el avance terapéutico. La descripción que hacemos a continuación es igualmente válida para el trabajo familiar como para el trabajo individual o con el subsistema parental:

Promover la capacidad para **mantener el balance en la sesión es una competencia básica del modelo**. Mentalizar justamente implica ser capaz de mantener equilibrio entre la referencia a otros o al sí mismo, entre lo afectivo y lo cognitivo y entre el hacer referencia a lo observable y lo interno y propiamente psicológico. En contextos familiares, este equilibrio se vuelve especialmente desafiante para los terapeutas, quienes entonces tienen la función de activo regulador del clima emocional y modelador del diálogo, interviniendo con agilidad cuando detecta desbalances, tanto evidentes como sutiles, y sosteniendo su propio equilibrio afectivo para no alinearse con ninguna de las partes. A veces los terapeutas van a tener que bajar la intensidad de la interacción, pero muchas veces, en momentos en los que predomina el modo simulado, van a tener que realizar acciones que aumenten la temperatura.



Una función constante que llevan a cabo los clínicos es la de **intervenir para marcar, puntuar o interrumpir interacciones no mentalizadoras**. Este elemento, reitera la necesidad de un terapeuta activo pues el espacio terapéutico se presenta como una oportunidad justamente para promover “la buena mentalización”. Las familias que consultan suelen encontrarse atrapadas en ciclos de interacción rígidos, muchas veces intensamente cargados de afecto, donde se activan modos prementalizadores como la equivalencia psíquica o el modo teleológico. En estas situaciones, los terapeutas debe poder detener la escalada emocional con intervenciones claras, directas y respetuosas, que interrumpen el automatismo sin romper la alianza. Marcar una interacción no mentalizadora, por ejemplo mediante un gesto acordado o una intervención verbal que invite a detenerse, permite que tanto el adolescente como los adultos puedan mirar la escena desde fuera y abrir nuevas posibilidades de comprensión. En términos técnicos, esta acción implica hacer un stop explícito de la interacción para mostrar e invitar a revisar la no mentalización.

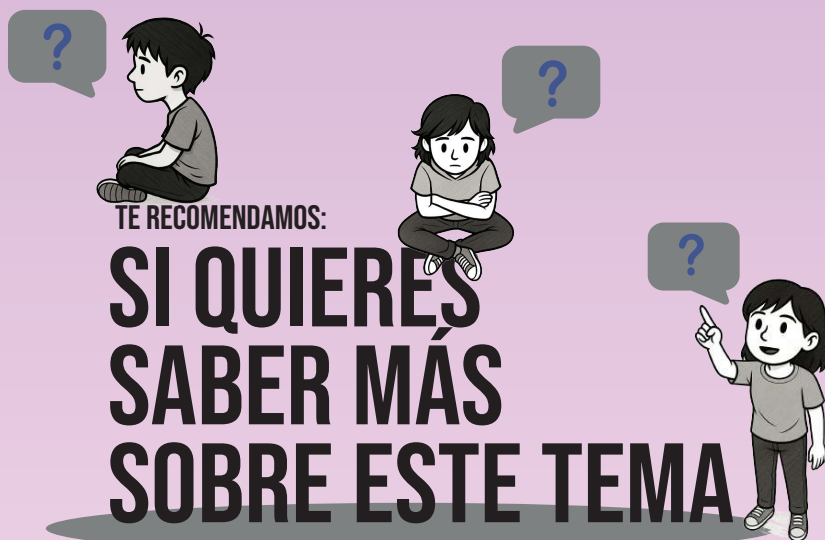
Un tercer recurso, que ha sido descrito en muchos momentos de esta guía, consiste en **mostrar una curiosidad constante sobre los estados mentales** del sistema consultante. El terapeuta se posiciona desde un genuino “no saber”, explorando las experiencias internas que subyacen a las conductas o conflictos relatados. Una actitud curiosa es validadora, pues no asume al otro. También modela en los pacientes el ser curioso por los otros e incluso por la propia mente.

Tal como se espera que los terapeutas estén atentos para mostrar la no mentalización, desde el modelo MBT se propone que sean activos para **destacar explícitamente y reforzar la buena mentalización** (en el punto 1 presentamos ejemplos de cómo se ve “la buena mentalización”). Estos momentos se convierten en oportunidades para nombrar lo que acaba de ocurrir y encapsularlo como una experiencia compartida: se valida el esfuerzo de mentalizar, se reflexiona brevemente sobre qué permitió llegar allí, y se abre la posibilidad de repetirlo. Este tipo de intervenciones no son halagos ni felicitaciones genéricas; son reconocimientos específicos que ayudan a construir un lenguaje común sobre lo que significa mentalizar en el contexto del vínculo familiar.

También, prestamos especial atención a las **fallas en la comunicación** que puedan surgir tanto entre los miembros de la familia como en la relación con el terapeuta. Lejos de ser evitadas o ignoradas, estas fallas se transforman en oportunidades clínicas. Al señalar un malentendido o reparar una intervención fallida, el terapeuta modela una actitud abierta, regulada y mentalizadora frente a la experiencia de no ser comprendido. A su vez, se valida la vivencia subjetiva del otro, reforzando el vínculo terapéutico y promoviendo un entorno en el que es legítimo hablar sobre lo que no fue dicho correctamente o sobre lo que fue escuchado de manera diferente. Estos momentos son fundamentales para promover la confianza epistémica, pues ayudan a reestablecer la seguridad en el otro como fuente de conocimiento “bien intencionado”.

Durante esta etapa del proceso es frecuente que veamos cambios en las formas de conceptualizar situaciones o relaciones en las personas (en este punto sugerimos revisar el influyente trabajo de Mariane Krause sobre indicadores genéricos de cambio en psicoterapia). Muchas veces los síntomas depresivos llevan a las personas a sentir elevada desesperanza que permea todas sus relaciones. El fortalecimiento de la mentalización tiende a llevar a estas personas a poder ver estos con mayor distancia y regulación afectiva situaciones que prontamente las agobiaban. Esto lleva al desafío de **promover la generalización y la consideración de opciones de cambio a la luz de nuevos entendimientos**. Una vez que se logran avances en la comprensión mutua, es crucial ayudar a la familia a integrar esas nuevas perspectivas y aplicarlas en sus interacciones cotidianas. Aquí el terapeuta invita explícitamente a reflexionar sobre cómo estas comprensiones podrían transformar situaciones similares en el futuro: ¿qué podrían hacer diferente?, ¿cómo podrían responder si la situación se repite? Este tipo de intervenciones refuerzan la agencia tanto del adolescente como de sus cuidadores, y permiten trasladar el trabajo clínico desde la sesión hacia la vida diaria. Definitivamente esta es una habilidad que se practica de forma intensiva en la última parte del tratamiento.

Finalmente, una herramienta valiosa en esta fase es el **uso del sí mismo por parte del terapeuta**, particularmente cuando se transparentan procesos mentales propios que pueden modelar modos mentalizadores. No se trata de relatar historias personales, sino de mostrar cómo el terapeuta entiende o interpreta la situación desde su propia mente, ofreciendo una perspectiva distinta e invitando al adolescente y a los adultos a ampliar su mirada. Esta transparencia intencionada es cuidadosamente dosificada y siempre regulada, de modo de no desestabilizar el proceso, sino de sostenerlo desde una posición humana y disponible.



Anna Freud National Centre for Children and Families. (s.f.). MBT-F Therapist Adherence Scale (Version 4.0). [Manuscrito no publicado].

Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 299-325.

Bateman, A., Bales, D., & Hutsebaut, J. (2014). A quality manual for MBT. Geraadpleegd via <https://www.annafreud.org/media/1217/a-quality-manual-for-mbt-edited-april-23rd-2014-2.pdf>.

19. ¿Qué técnicas podemos utilizar para promover la mentalización?

En el trabajo clínico con adolescentes y sus familias es frecuente el uso de técnicas. En general, es importante destacar que estas no constituyen un simple repertorio de herramientas, sino más bien medios para promover y sostener procesos intersubjetivos que permitan la elaboración de experiencias emocionales intensas, la exploración de conflictos relacionales y la construcción de significados compartidos a través de lenguajes expresivos, metafóricos o lúdicos alternativos a los formatos conversacionales tradicionales.

Para algunos adolescentes este resulta un medio más cómodo y natural para comunicarse, permitiéndoles el despliegue de su creatividad e imaginación. Para muchas familias que participaron del proyecto de intervención significó un espacio para conectar con los adolescentes a través de lenguajes que parecían más propios de ellos, abriendo entonces formas nuevas de acercamiento. En más de una ocasión incluso fue un momento para el humor. En otros momentos, la técnica permitió amplificar los afectos para abordar temas más difíciles de traer a la sesión, favoreciendo la conexión desde un espacio menos amenazante para mentalizar conjuntamente.

A continuación queremos presentar algunas estrategias utilizadas para acompañar la intervención terapéutica.

El acuario familiar mentalizador.

Parte 1. Mi propio animal marino:

Adaptada al modelo MBT, la propuesta consiste en que cada integrante dibuje un animal marino que represente a cada uno de los miembros de la familia. Al momento de crear o seleccionar cada animal, se les solicita que este tenga alguna característica compartida con la persona a la que representa.

Como alternativa al dibujo, se pueden ofrecer materiales previamente impresos con diversos animales marinos para recortar. Esta opción puede agilizar la selección, pero al mismo tiempo interrumpir el proceso creativo que se activa al dar espacio para trabajar sobre cada animal.

Una vez que cada miembro de la familia ha elegido o creado su conjunto de animales marinos, se les invita, por turnos, a presentar uno de ellos. En esta etapa, cada participante debe indicar únicamente a quién representa el animal dentro del sistema familiar, sin explicar todavía las razones de su elección. A continuación, se invita al resto de la familia a intentar mentalizar al presentador, formulando conjeturas sobre por qué ese animal podría representar a la persona mencionada. Se sugiere que lo hagan intentando hablar desde la perspectiva del miembro que hizo la elección, explorando posibles estados mentales, percepciones, emociones o aspectos relacionales que podrían haber motivado la selección. Este ejercicio promueve activamente la diferenciación entre la perspectiva propia y la ajena.

El terapeuta, desde una actitud curiosa, puede modelar preguntas que estimulen el proceso reflexivo (por ejemplo: ¿Qué te imaginas que pensó Daniel cuando eligió ese animal?), así como marcar con sensibilidad los momentos en que surjan modos no mentalizadores, o bien destacar explícitamente interacciones que evidencien buena mentalización.

Al finalizar esta etapa, se puede invitar al presentador a compartir si las interpretaciones le hicieron sentido y cuál era,

en su experiencia, la intención o sentimiento que lo llevó a hacer esa elección. Este paso permite dar un cierre, validando la subjetividad del participante, pero también abriendo la posibilidad de contrastes y nuevas comprensiones.

Parte 2: Nuestra familia marina

En una segunda parte de la actividad, se invita a cada miembro de la familia a elegir el animal marino que mejor lo representó, entre aquellos que fueron seleccionados previamente. De este modo, se fomenta que cada persona tome en cuenta los distintos puntos de vista recibidos, pero también tenga la posibilidad de decidir por sí misma cómo quiere ser representada.

Luego se les pide que peguen todos los animales marinos en el espacio del acuario. Si lo desean, pueden decorar el entorno una vez finalizada esta etapa.

Finalmente, se invita a la familia a construir una historia conjunta sobre los animales del acuario, en representación de la familia. Esta fase busca activar un we-mode, donde el terapeuta tiene el rol de acompañar la elaboración de significados conjuntos, facilitando la reflexión sobre los aspectos emergentes de la narrativa. Esto puede incluir reconstruir elementos de la historia, buscar alternativas y explorar perspectivas múltiples. Para cerrar la actividad, se sugiere invitar a la familia a reflexionar con preguntas como: ¿De qué manera esta historia habla sobre cómo somos como familia?

Mi iceberg personal

Esta actividad idealmente pensada para trabajar individualmente, invita al adolescente a explorar distintas capas de su experiencia personal y relacional, utilizando la metáfora del iceberg como recurso visual y simbólico. El objetivo es facilitar el reconocimiento y la diferenciación entre lo que es observable desde fuera y lo que se experimenta internamente, promoviendo la reflexión sobre los estados mentales propios y la apertura hacia la posibilidad de ser comprendido por otros.

Se entrega al adolescente una imagen de un iceberg. Se explica que el iceberg tiene una parte visible sobre el agua, la más pequeña, y una parte mucho más grande que está sumergida, aquella que no se ve fácilmente. La consigna es que, con ayuda de cartas proyectivas tipo Dixit, el adolescente pueda seleccionar imágenes que representen distintos niveles de sí mismo, escribiéndolos o explicándolos en relación a las siguientes categorías:

1.- Lo que ven de mí las personas que no me conocen: Esta es la parte más visible del iceberg. Se refiere a la primera impresión, aquello que otros podrían decir al verme, sin saber mucho de mí. Puede incluir conductas, expresiones, estilos o frases típicas.

2.- Lo que ven de mí las personas que más me conocen: Este nivel se ubica justo debajo de la superficie. Implica lo que las personas cercanas como familia o amigos pueden ver o conocer de mi mundo interno, mis emociones o motivaciones.

Una especificación adicional para ampliar esta descripción puede ser incluir también:

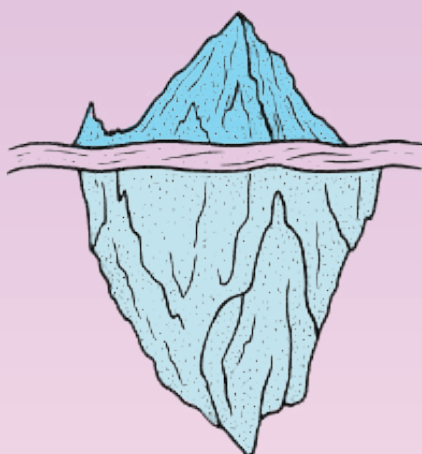
Lo que no muestro a nadie: Esta parte más profunda del iceberg contiene experiencias, emociones, pensamientos o aspectos de sí mismo que el adolescente suele ocultar, ya sea por vergüenza, miedo o porque no encuentra un espacio seguro para compartirlo.

Lo que me gustaría que los demás vieran de mí: Aquí se trabaja con lo deseado pero no percibido, aquello que el adolescente quisiera que los demás notaran o valoraran, pero que siente que no logra mostrar o no ha sido reconocido.

Cada selección con cartas Dixit puede estar acompañada de una breve explicación, escrita o verbal, según el nivel de comodidad del adolescente. El terapeuta puede utilizar intervenciones breves y abiertas para acompañar el proceso, validando las elecciones, haciendo preguntas que inviten a pensar en términos de estados mentales reforzando el valor de ser comprendido en distintos niveles de profundidad: Por ejemplo: “¿Cómo crees que los demás llegan a esa primera impresión tuya?”; “¿Qué hace que algunas cosas no se muestren? ¿Qué pasaría si se vieran?”; “¿Qué imagen te gustaría que alguien cercano tuviera de ti?”

Esta actividad puede realizarse también en contexto familiar, invitando a cada miembro a construir su propio iceberg o bien a colaborar en la lectura del iceberg del adolescente, siempre que exista un vínculo de seguridad suficiente. En ese caso, se recomienda preparar cuidadosamente el encuadre para garantizar que la exposición de aspectos internos no se vuelva una fuente de juicio o tensión, sino una oportunidad para desarrollar sensibilidad y empatía mutua. La actividad del iceberg puede ser una herramienta ideal para facilitar el reconocimiento y la expresión emocional, activar la curiosidad sobre los estados internos y generar hipótesis sobre cómo los otros nos perciben y comprenden.

Lo que ven de mí
las personas que no me conocen



Lo que ven de mí
las personas que más me conocen

Ponte en mis zapatos

Esta actividad busca promover el desarrollo de la capacidad de tomar la perspectiva del otro desde lo simbólico y vivencial. Se propone como una instancia para explorar diferentes puntos de vista, comprender emociones ajenas y facilitar la reflexión intersubjetiva en el contexto de una situación familiar relevante.

El terapeuta invita a cada miembro de la familia a dibujar sobre una hoja el contorno de sus propios pies. Para ello se les entrega papel y lápices, se les pide que se paren sobre la hoja y marquen el contorno de ambos pies escribiendo dentro de cada uno su nombre.

Una vez que todos han completado su dibujo, estos se intercambian entre los miembros de la familia. Entonces cada persona debe ubicarse sobre los pies de otro miembro del grupo. A partir de este gesto simbólico de “ponerse en los zapatos del otro”, se invita a que intenten pensar y responder como si fueran esa persona.

El terapeuta puede guiar la reflexión a través de preguntas relacionada con una situación relevante para el sistema familiar. Esta puede ser una situación que se ha identificado durante la misma sesión o bien, para discutir sobre una experiencia que se haya vivido recientemente. Quien responde debe hacerlo como si fuera el otro miembro de la familia, intentando imaginar su mundo interno: qué piensa, qué siente, qué le preocupa. Si es necesario, el terapeuta puede acompañar con preguntas que estimulen el proceso, por

ejemplo: ¿Cómo crees que esta persona ve a los demás en esta situación?, ¿Qué emociones pueden estar detrás de sus reacciones?, ¿Qué podría estar pensando cuando se queda callado o se enoja?

Esta actividad no busca ser un role playing en que cada persona interactúa libremente desde el rol de quien representa, sino más bien, se invita a detenerse para tener un momento con el terapeuta, poniéndose en el lugar del otro. Solo si se hace necesario el terapeuta puede proponer que se interactúe. En estos casos, se propone que esto se pause de manera inmediata y se invite ahora a discutir desde el punto de vista de la persona aludida:

Mamá: Mmm... me sentiría molesta si mi mamá me dice eso. Me daría ganas de responderle. De decirle que me deje tranquilo.

Terapeuta: Cómo se lo dirías?

Mamá: Si fuera Pablo, lo haría como no tan enojado, para que no se note tanto. Pero en el fondo estaría muy molesto. El siempre se enoja así, a veces no parece



realmente enojado. Y después nos damos cuenta porque deja de hablarnos. Se va como para adentro.

Terapeuta: Pablo (dirigiéndose al Pablo real). ¿Tu lo ves así?

Pablo: jeje... algo así. Es que no sé por qué...

T: ¿Probemos que pasa si le dices? Me gustaría qué pensemos porque Pablo se va tan para adentro y no logra enojarse. ¿Les parece ok?

Después de que todos hayan tenido la oportunidad de ponerse en los zapatos de otro, se puede abrir un espacio para la reflexión conjunta, invitando a la familia a comentar cómo se sintieron al representar a otro, si algo les hizo sentido o si descubrieron alguna nueva forma de entender a esa persona. También se puede invitar a quien fue representado a comentar qué tanto sintió que fue comprendido, validando su propia perspectiva.

Esta actividad, que integra lo simbólico y lo lúdico con un acompañamiento más directivo, permite la exploración de temas difíciles desde una distancia emocional que puede facilitar el diálogo y un posicionamiento más empático.

La nota de prensa mentalizadora

Esta actividad busca promover la mentalización a través de la integración narrativa de alguna experiencia importante entre el adolescente y sus cuidadores. Mediante el uso de un formato lúdico y simbólico, se invita a tomar distancia emocional de un evento para poder explorarlo desde diversas perspectivas, facilitando la comprensión de los estados mentales asociados a la situación desde el punto de vista de sus protagonistas.

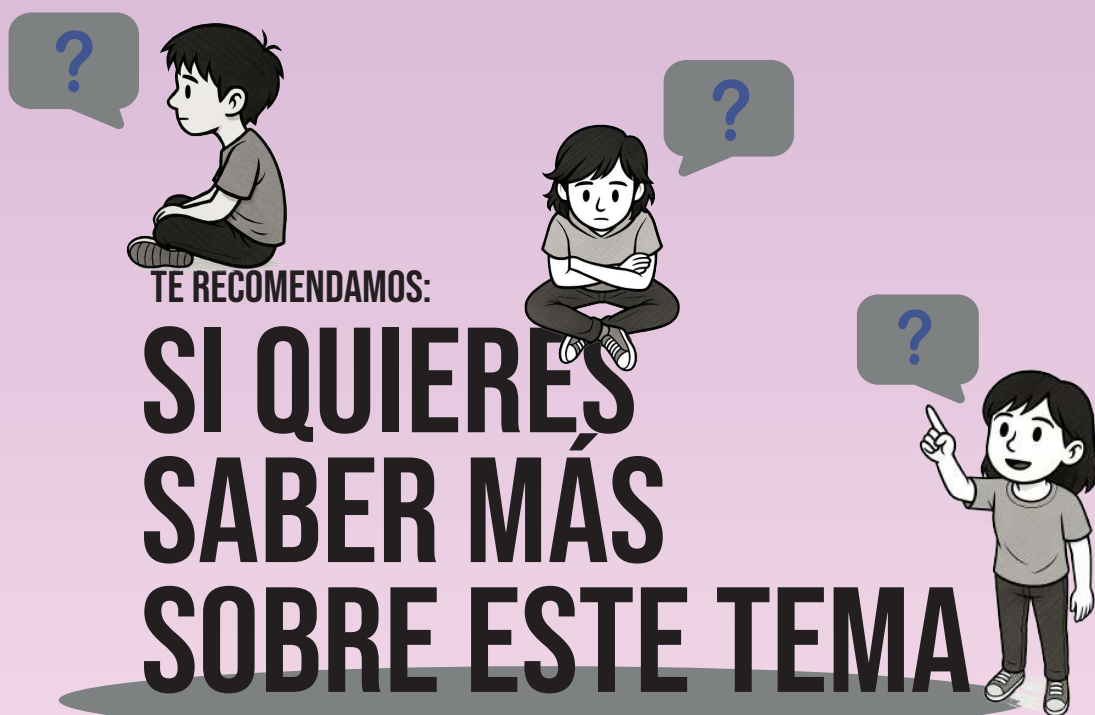
Se propone al adolescente asumir el rol de entrevistador o reportero. Para ello, se le pide que formule preguntas a sus padres o cuidadores sobre alguna situación de conflicto en que haya participado el adolescente. Se simula la grabación de una entrevista con algún aparato que cumpla la función de “grabadora”. El terapeuta puede apoyar en la preparación del formato y la selección del evento a explorar, asegurando que se trate de una situación que haya sido significativa, pero que pueda ser abordada sin generar sobrecarga emocional.

Durante la entrevista, se alienta al adolescente a mantener una postura curiosa y abierta, interesándose no solo en los hechos ocurridos sino también en las emociones, pensamientos y motivaciones de los adultos. El terapeuta puede modelar preguntas que inviten a mentalizar, tales como: “¿Qué pensaron en ese momento?”, “¿Qué los preocupaba?”, “¿Qué esperaban que yo hiciera?”. En caso de que los padres respondan desde un lugar más conductual o normativo, se puede apoyar el proceso sumando al terapeuta como “co-reportero”.

Una vez finalizada la entrevista, se invita al adolescente a redactar una breve “nota de prensa” sobre el evento, integrando lo que vivió con lo que ha escuchado de sus entrevistados. Esta narrativa debe relatar los hechos desde una mirada más compleja, considerando los distintos puntos de vista e incluyendo elementos emocionales y relacionales. Puede presentarse en forma escrita o en formato oral. Sin embargo, es importante aprovechar los recursos e intereses de los adolescentes. A veces nos encontramos con jóvenes que son realmente editores profesionales de video y están gustosos de llevarse una tarea para la casa.

El terapeuta puede leer o revisar la nota junto al adolescente, valorando las comprensiones alcanzadas y destacando momentos en que se logró una visión más amplia o empática del conflicto. En caso de que el encuadre lo permita, la nota puede ser compartida con los cuidadores como forma de promover un diálogo conjunto, reforzando la posibilidad de construir significados compartidos a partir de experiencias difíciles.

Una actividad de este tipo es especialmente útil con adolescentes que presentan buena capacidad simbólica, interés por medios creativos o afinidad con el lenguaje audiovisual. Puede desarrollarse dentro de la sesión o proponerse como ejercicio en casa, siempre que se haya construido un vínculo terapéutico suficientemente seguro que resguarde el sentido de la tarea.



Hagelquist, J. O. (2018). The mentalization guidebook. Routledge.

Asen, E., & Fonagy, P. (2011). Mentalizing and the family. En A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (pp. 139–162). American Psychiatric Publishing.

FASE DE CIERRE: MIRANDO EN RETROSPECTIVA Y HACIA ADELANTE

SESIONES 10 A 12

La fase de cierre cumple el objetivo de evaluar el proceso de cambio a lo largo de las sesiones previas y reflexionar sobre los desafíos futuros que permitan la mantención de cambios y la prevención de recaídas.

Es importante recordar que estamos trabajando con un modelo flexible que incorpora objetivos y tareas particulares por etapas. Esto implica la necesidad de adaptación a las particularidades de cada caso. En este sentido, la propuesta que se realiza para la etapa de cierre considera el cumplimiento o avance significativo de los objetivos focales propuestos para el trabajo terapéutico hasta la fecha. De lo contrario, se hace necesario reevaluar el foco de intervención y/o evaluar la necesidad de extender el tratamiento. En el caso de los pacientes atendidos a lo largo de este proyecto poco más de $\frac{3}{4}$ de los adolescentes que concluyeron el tratamiento, lograron cumplir objetivos clínicos, demostrando una disminución sintomática relevante, según el informe de sus tratantes.

20. ¿Cómo organizamos las sesiones de cierre del proceso de intervención?

La siguiente corresponde a la estructura general que se utilizó durante este proyecto piloto para la etapa de cierre de la intervención. En consideración a que es un proceso de intervención de tiempo limitado (12 sesiones) se organizaron acciones específicas para cada sesión. A continuación describimos esta estructura, que se presenta como una propuesta, evidentemente flexible en virtud de las necesidades particulares de cada familia. Para esto consideramos el término del tratamiento como un proceso que incluye acciones específicas y un desarrollo particular, no como un hito específico.

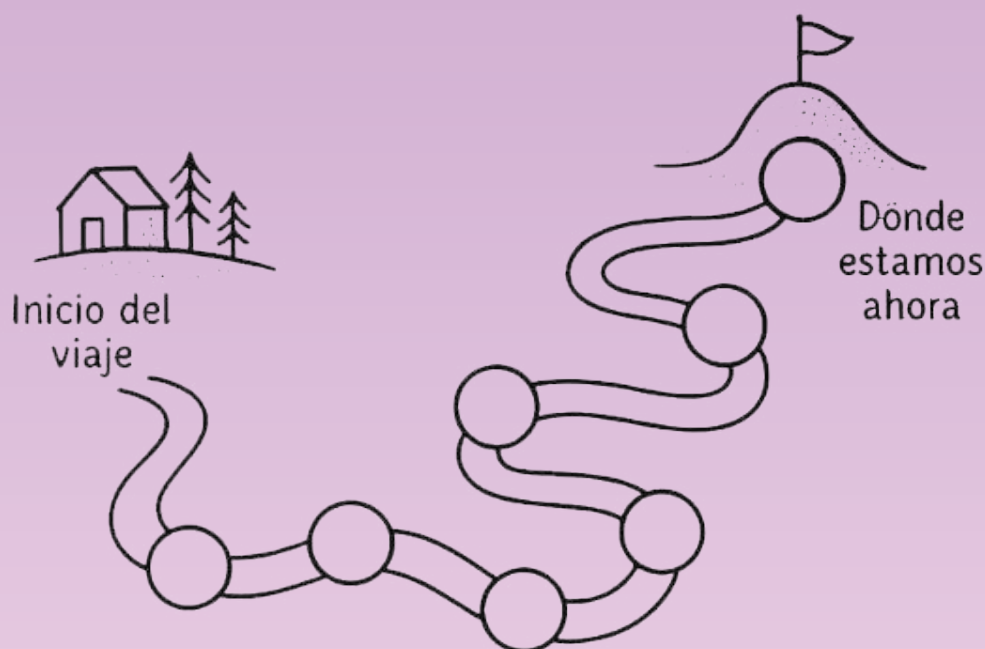
Sesión 1 del proceso de cierre:

Esta sesión cumple el objetivo de evaluar junto al grupo familiar los cambios percibidos desde el inicio del proceso hasta el presente. Este espacio está orientado a mirar con perspectiva el camino recorrido a lo largo del proceso, identificando hitos relevantes vinculados al cambio, así como aprendizajes personales y familiares. Debido a que comprendemos la depresión como una respuesta al estrés interpersonal es que el chequeo sintomático no basta para dar cuenta de mejoras. Es importante indagar sobre el cambio a nivel de las relaciones por familiares y qué creen que ayudó a esto, como forma de relevar la influencia mutua. La técnica del “Mapa del viaje familiar” puede servir para establecer un espacio teleológico sobre el que puedan ir marcando en conjunto todos estos descubrimientos y reflexiones. El uso de esta técnica puede servir para explicitar la noción de cronología y dinamismo de este viaje, así

como intensificar el uso de metáforas compartidas.

En este mapa es importante identificar además elementos de riesgo para el viaje a los que a veces volvemos y hacen que aparezcan formas automáticas de mentalización que inician ciclos coercitivos no mentalizadores. Es importante identificar estos momentos para discutir además cómo han aprendido a hacerles frente:

“Para Magdalena, el inicio del año escolar se hace generalmente difícil. Para ella adaptarse a los cambios ha sido algo difícil a lo largo de su vida. Junto a su familia comprendieron que marzo es un mes particularmente difícil que requiere especial compañía y planificación. No es cosa de un par de días, sino de al menos un mes en que es importante que puedan conversar sobre su adaptación y acompañarla cuando el temor a no lograr un buen rendimiento o a que su grupo de amigas no la acepte la atrape. Ella ya sabe que cuando se conecta con estas emociones, que parecen tan reales, se aleja y se cierra. A lo largo de este proceso hemos podido entender más de esta dinámica que se mantiene en la familia: cuando viven situaciones difíciles, se activa el modo hágalo usted mismo’, como le denominan. Entonces cuando Magdalena comienza a sentirse deprimida, le exigen que tire para arriba’, que depende de ella estar bien”.



Sesión 2 del proceso de cierre:

Esta sesión se orienta principalmente a evaluar la mantención de cambios. Se focaliza en discutir sobre cómo a nivel cotidiano han logrado lidiar con aquellos estresores que a lo largo de las sesiones se han identificado como particularmente riesgosos. Por lo general se lleva a cabo al menos dos semanas posteriores a la sesión 1 de cierre.

“Felipe había dejado de asistir a clases debido a sus síntomas depresivos. Había terminado una relación de pareja con una compañera de curso y le dolía verla todos los días. Empezó a sentir que no valía la pena vivir si no estaba con ella, que sus amigos no lograban llenar el vacío que sentía. Al término del proceso había retomado la relación con sus amigos. Jugar en el equipo de basketball le había dado un nuevo sentido y motivación. Sentía que había encontrado una familia ahí. Por ese entonces su ex pareja, que ahora era una amiga cercana, había comenzado una nueva relación con un chico de un curso



superior recientemente. Descubrimos a lo largo del proceso que para Felipe esto lo conectaba con sentimientos muy parecidos a los que sentía cuando se enteró que su papá tenía una nueva familia. Al comenzar el proceso, sólo se ponía muy triste cuando se conectaba con estas emociones, que no entendía bien y solo le causaban un dolor que no sabía cómo manejar. Si bien estos estresores se mantienen, a lo largo del proceso terapéutico se pudieron pensar en conjunto y organizar. El fuerte anhelo de Felipe era el de tener un espacio en donde sintiera que es especial, que es valioso. Ahora podíamos mentalizar este afecto y aprender de él. Usamos cartas Dixit en esta sesión individual para discutir sobre lo que sintió cuando vio a Laura esa semana de la mano de su nueva pareja y pudimos reflexionar sobre aquello que había aprendido durante este proceso respecto a las emociones que se le venían encima cuando recordaba lo que pudo tener y que ya no es posible. El estresor se mantenía, pero ahora sabía que era capaz de conversar de esto con su grupo de amigos, en quienes confiaba tanto en la vida como en la cancha”.

Como podemos ver en esta viñeta, evaluar la mantención de cambios no es sólo un espacio de seguimiento y check de síntomas, sino más bien, un momento para mentalizar lo cotidiano a partir de las habilidades adquiridas a lo largo del proceso. Es un espacio para relevar los aprendizajes y discutir sobre la fuerza de estos elementos de resiliencia para hacer frente aquello que antes se vivía con una intensidad insoportable.

Sesión 3 del proceso de cierre:

Esta sesión generalmente se programa como un espacio de seguimiento a más largo plazo, idealmente un mes posterior a la sesión de cierre.

Esta sesión busca consolidar los aprendizajes asociados a todo el proceso. Se estructura como un rito en el que se invita a la familia a discutir nuevamente sobre lo aprendido y se señalan desafíos futuros. Se invita a los participantes a construir una historia que hable del proceso vivido. La historia se organiza como una construcción colectiva en base a la siguiente estructura sobre la que el terapeuta va incentivando a que desarrollen el relato según la siguiente estructura:

1. Personajes: se invita a que identifiquen a los personajes principales que pueden ser ellos mismos, pero con nombres ficticios o transformados en personajes ficticios como animales, viajeros, etc.

2. Escenario inicial: ¿Dónde comienza esta historia?, ¿cómo eran las cosas al iniciar la historia?, ¿qué sentían, qué les preocupaba, cómo se relacionaban?

3. Desencadenante / Conflicto inicial: ¿Qué hizo que comenzara esta travesía? ¿cuál fue la dificultad que los llevó a buscar ayuda?

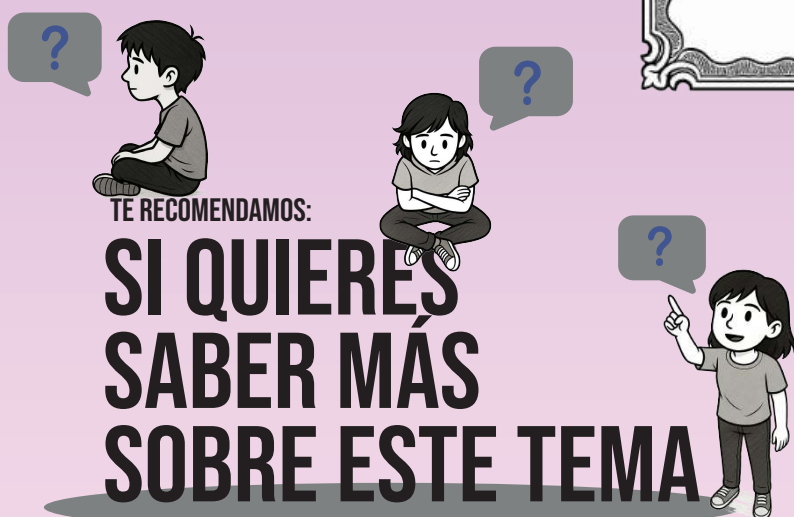
4. Viaje / Camino recorrido: ¿Qué desafíos enfrentaron en el camino?, ¿Qué momentos fueron importantes?, ¿Qué recursos usaron para avanzar?, ¿Qué cosas cambiaron en el camino?

5. Momentos de transformación: ¿Hubo momentos en que alguno de los personajes cambió?, ¿Cuándo?, ¿Qué pasó?, ¿Qué entendieron de sí mismos y del otro?

6. Desenlace: ¿De que manera termina la historia?, ¿Qué diferencias notan en comparación con el inicio?

7. Reflexión final / Futuro: ¿Qué aprendizajes se llevan los personajes?, ¿Qué quieren recordar si en el futuro se encuentran con otra dificultad?

En general, poner sobre un producto colectivo el trabajo realizado a lo largo del proceso puede traer diversos afectos que requieren, en todo momento, ser acompañados por el terapeuta. Como sabemos, el proceso de psicoterapia se puede convertir en un espacio transformador para muchas familias. Es por este motivo que una actividad de este tipo es importante promueva el desarrollo de conclusiones que representen a las voces de todo el sistema consultante. Puede ser útil para esto, poner en un documento alguna idea asociada a un aprendizaje importante que la familia quiera relevar. Esto puede ser puesto en un documento, tal como un diploma, que declare el cierre del proceso.



Fox, H. (2003). Using therapeutic documents-A review. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 2003(4), 26-36.

21. ¿Cómo se concibe la supervisión clínica desde la perspectiva de la mentalización?

La supervisión clínica en terapia basada en la mentalización resulta un componente esencial del modelo. A lo largo del proceso de intervención mantuvimos reuniones semanales de supervisión grupal a través del mismo equipo de terapeutas y adicionalmente tuvimos una serie de encuentros bimensuales con el Dr. Efrain Bleiberg para este mismo fin.

En el espacio de supervisión se reiteran los principios de la intervención, orientada a evaluar, promover y fortalecer la mentalización; pero esta vez: de quienes intervienen. A lo largo de esta guía se ha señalado en muchos momentos que la intervención con adolescentes y sus familias tiende a ser desafiante, exigiendo un uso intensivo de la función reflexiva de los profesionales, quienes deben ser capaces de mentalizar tanto a los propios adolescentes en crisis como a sus familias y contextos. Como respuesta a esta demanda, la supervisión clínica desde el modelo MBT se convierte en un espacio principalmente orientado a fortalecer la capacidad de mentalización de los interventores a través del acompañamiento de otro/s que actúa/n como verdadero/s catalizador/es de la función reflexiva.

Tal como ha demostrado la literatura, el efecto de este tipo de prácticas no solo se observa en la efectividad del trabajo clínico específico, algo esperado, sino que también ha mostrado efecto sobre el desgaste emocional de los profesionales. La razón de esto es sencilla: trabajar desde este modelo implica sobre todo posicionarnos desde una actitud curiosa, no enjuiciadora, abierta al descubrimiento, promotora de la transparencia emocional y la justa validación de la experiencia del otro. Desde esta posición invitamos al otro a trabajar en conjunto, a “co-laborar”, poniendo nuestros estados mentales a disposición para apuntalar los suyos. El resultado largamente lo hemos visto en la intervención clínica: el desarrollo/fortalecimiento de la capacidad para confiar en otros como fuente de conocimiento epistémico. Dicho de otra forma, la implementación de este tipo de dispositivos tiene como resultado el paso de un modelo basado en diversos profesionales que intervienen a los sistemas consultantes (figura a)



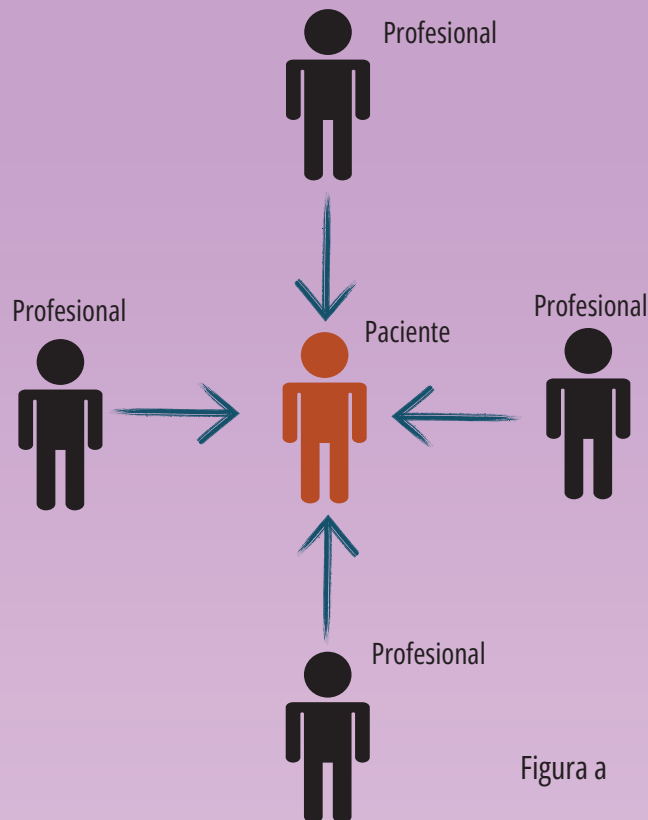


Figura a

hacia a un modelo que incorpora como parte del rol un posicionamiento general de disponibilidad a intervenir y ser intervenido por sus pares (figura b). Este elemento es justamente el que promueve una postura de colaboración entre supervisado/a y supervisor/a/o/as/os y una cultura de equipo que implica que todos poseen algún grado de responsabilidad de ayuda a sus colegas, sobre todo en momentos de especial estrés.

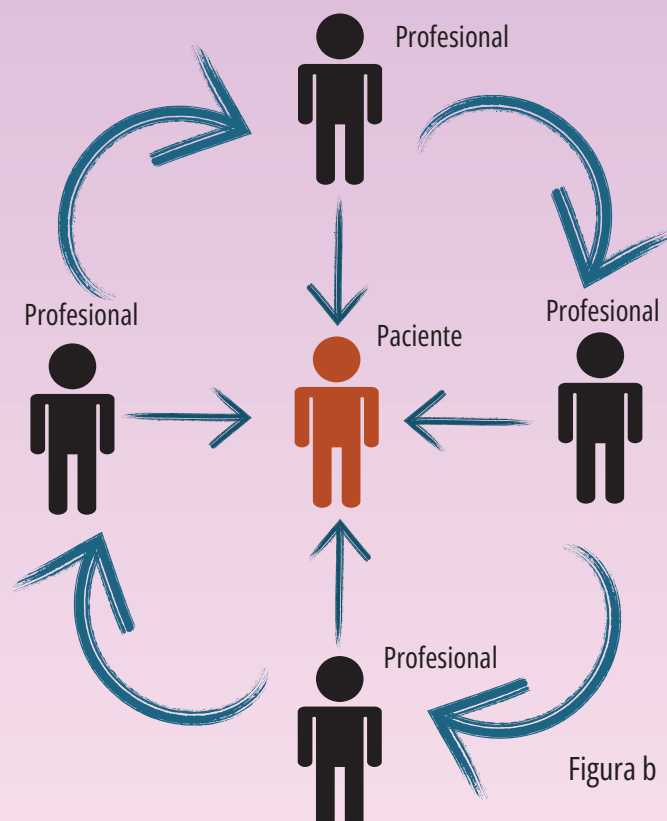


Figura b

El rol del supervisor no es entregar respuestas cerradas, sino modelar una forma de pensar: detenerse, explorar las emociones implicadas, preguntarse por lo no dicho, tolerar la incertidumbre y pensar juntos el caso. Esto implica moverse desde la certeza hacia la exploración conjunta, desde la reacción automática hacia la reflexión colaborativa. En la práctica, esto se traduce en revisar no solo lo que ocurrió en una sesión, sino cómo se vivió, qué emociones se activaron en el terapeuta, qué dinámicas se pudieron haber co-construido y cómo podrían estar influyendo en la capacidad de mentalizar del profesional. Por ejemplo, si un terapeuta se siente sobrepasado por la desesperanza de un adolescente, la supervisión puede ofrecer un espacio para reconocer esa vivencia, explorar su impacto y abrir nuevas formas de comprender y actuar clínicamente, sin negar la emocionalidad involucrada.

Además, la supervisión desde esta mirada cumple una función reguladora. En contextos como la atención primaria, donde la carga emocional y la complejidad de los casos son altas, estos espacios ofrecen contención profesional y prevención del desgaste. Lejos de centrarse en evaluar errores, se busca comprender las fallas de mentalización como oportunidades de aprendizaje. Supervisar desde la mentalización es, por tanto, una forma de cuidar la mente que cuida: la del terapeuta, para que pueda sostener la del consultante.

NOTAS PARA TERAPEUTAS:

Algunas recomendaciones para instalar espacios de supervisión en contextos clínicos:

1. Fomentar un clima de seguridad epistémica

Instalar un espacio de supervisión reflexiva requiere construir un entorno en el que los/as terapeutas se sientan emocional y profesionalmente seguros/as para compartir dudas, errores y experiencias difíciles. Quienes participan del espacio de supervisión deben comprometerse a promover activamente el desarrollo de la confianza mutua, reconociendo la legitimidad de los estados mentales propios y ajenos. Esto implica una actitud explícita de no juicio, apertura a la experiencia emocional y validación del impacto del trabajo clínico.

2. Establecer una rutina protectora y predecible

La continuidad del espacio de supervisión es clave para que cumpla su función reguladora. Es importante bloquear horarios con antelación y asegurar su cumplimiento, incluso en momentos de alta demanda asistencial. El solo hecho de saber que se cuenta con ese espacio puede tener un efecto estabilizador y de sostén para los terapeutas.

3. Entender la supervisión como una práctica de equipo, no solo un recurso para “resolver casos”

Calendarizar las supervisiones permite que todos los miembros se sientan parte del proceso, incluso si no presentan un caso en cada sesión. Esta dimensión colectiva refuerza la idea de un equipo mentalizador, donde se comparte la responsabilidad por el bienestar de los terapeutas y la calidad de las intervenciones.

4. Promover y sostener estados mentales mentalizadores en el espacio de supervisión

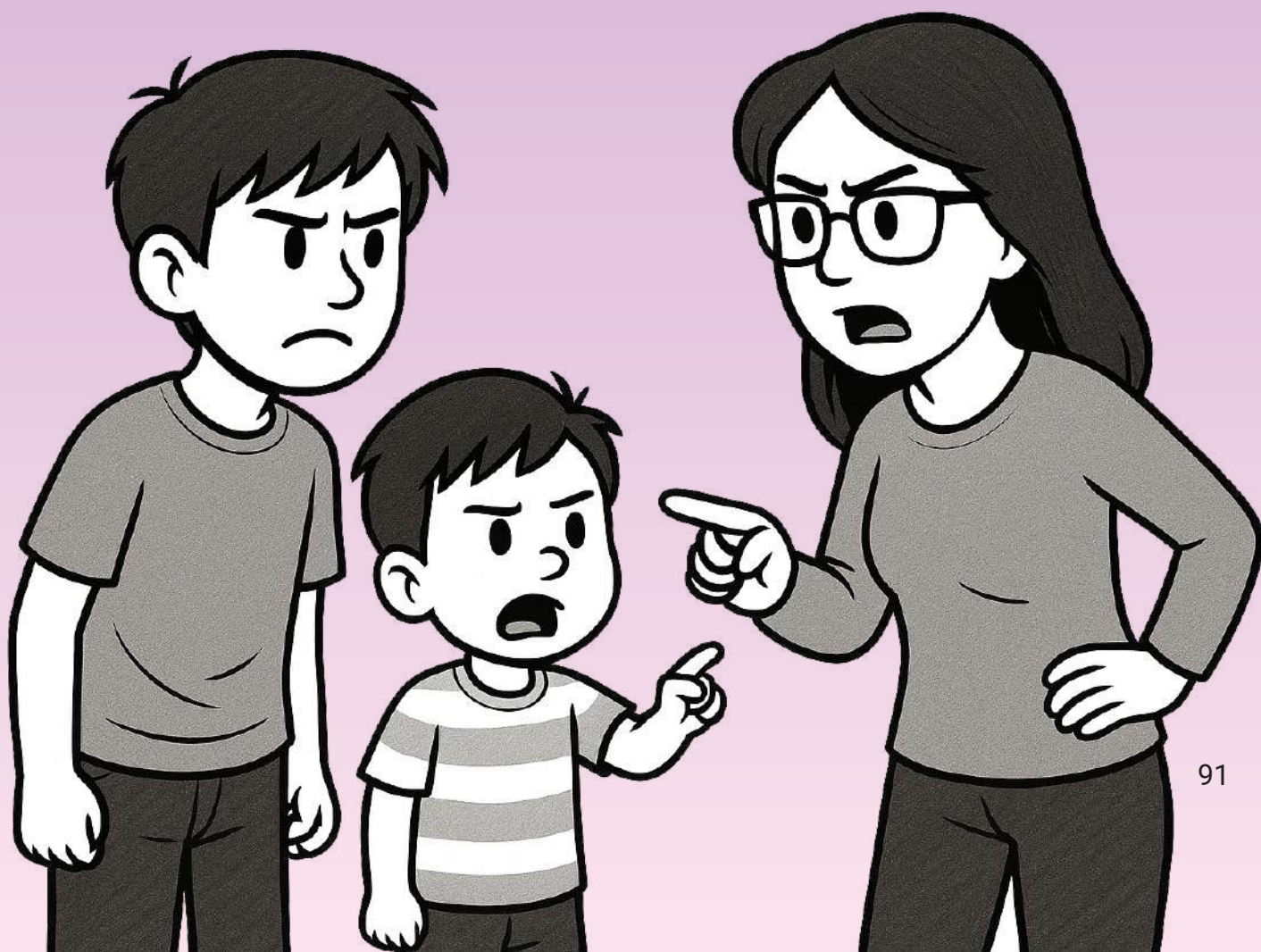
La supervisión desde el modelo MBT tiene como eje central favorecer la capacidad del terapeuta para mantenerse en un estado mentalizador, especialmente en situaciones clínicas complejas. Esto implica detenerse, preguntarse por las emociones implicadas, distinguir entre lo observado y lo interpretado, y explorar significados alternativos. El supervisor tiene un rol clave como regulador y modelo de esta actitud.

5. Utilizar ejercicios experienciales como el role-playing mentalizador

Cuando sea posible, incluir ejercicios breves de dramatización puede ser altamente útil. Un formato recomendable es pedir al terapeuta que represente al/la consultante mientras otro/a profesional toma el rol de terapeuta. Esta inversión de roles permite acceder a dimensiones emocionales más difíciles de verbalizar y facilita una comprensión más empática de lo que podría estar ocurriendo en la relación terapéutica.

6. Recordar siempre que el foco no es el caso, sino el/la terapeuta que trabaja el caso

Lo central es acompañar al profesional en su propio proceso de comprensión, más que construir una respuesta clínica cerrada. Supervisar desde la mentalización implica cuidar la mente que cuida, sostener al terapeuta para que este pueda sostener al adolescente y su familia.



Estructura para una sesión de supervisión-covisión en equipos clínicos:

Propuesta de estructura para las sesiones de supervisión reflexiva

Presentación del caso clínico: Descripción breve del contexto, historia relevante y momento actual del proceso.

Formulación de la pregunta de supervisión: ¿Qué le preocupa al terapeuta?, ¿Qué no logra comprender o sostener?, ¿Qué emociones se activan?

Exploración conjunta: El supervisor no entrega respuestas, sino que abre la posibilidad de pensar el caso juntos. Se privilegia el uso de preguntas que favorezcan la reflexión, no la resolución.

Reflexión sobre los estados mentales involucrados: ¿Qué siente el terapeuta?, ¿Qué puede estar sintiendo el adolescente o su familia?, ¿Qué dinámicas podrían estar interfiriendo en la capacidad de mentalizar?

Cierre mentalizador: Identificar lo que ha sido útil en la conversación, cómo se siente el terapeuta luego de la supervisión, y si aparecen nuevas ideas o caminos posibles.



Jordet, H., & Kjølbye, M. (2023). Mentalization based supervision. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(1), 84-102.

Tohme, P., & Kolev, M. (2021). Mentalizing glasses: multifocal attention in mentalization-based treatment and the role of the supervision. *Frontiers in Psychology*, 12, 708393.

